

Rapport 2006 des Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

Table des matières

Avant-propos

Introduction

Chapitre I Travaux des commissions
 Cadre légal
 Rôle des commissions
 Évolution en 2006

Chapitre II État des lieux

Chapitre III Critères de rigueur
 Définition générale des critères
 Implications spécifiques
 a. Demande volontaire et mûrement réfléchie
 b. Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration
 c. Information du patient
 d. Absence d'une autre solution raisonnable
 e. Consultation d'un médecin indépendant
 f. Rigueur médicale
 Information des commissions

Annexes

I Les signalements par région
 A. Groningue, Frise et Drenthe
 B. Overijssel, Gueldre, Utrecht et Flevoland
 C. Hollande-Septentrionale
 D. Hollande-Méridionale et Zélande
 E. Brabant-Septentrional et Limbourg

Avant-propos

Ce rapport présente les travaux des commissions de contrôle de l'euthanasie effectués l'année dernière.

En 2006, plus de 1900 cas d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide ont été signalés. Une seule fois, la commission a jugé que le médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur.

Comme les années précédentes, ce rapport examine quelques signalements afin d'éclairer les considérations sur lesquelles se fonde la décision des commissions. Ces cas concrets permettent de dégager les questions spécifiques qui se sont posées au cours de l'année écoulée. Nous tenons toutefois à préciser que la grande majorité des signalements n'ont occasionné aucun problème particulier.

Nous estimons que cette publication contribue à mieux faire comprendre la problématique de l'euthanasie par le public, ainsi qu'à surveiller et à améliorer la qualité de cet acte médical. D'autres décisions (anonymisées) des commissions de contrôle peuvent être consultées sur notre site Internet www.toetsingscommissies euthanasie.nl.

Nous espérons que ces informations permettront une meilleure appréhension des questions d'ordre médical, juridique et éthique qui interviennent dans la procédure de contrôle. Grâce à la pluridisciplinarité des commissions, les signalements sont analysés sous trois angles différents, ce qui rehausse indéniablement la qualité des délibérations. Toutefois, chaque discipline ayant son propre jargon, il n'est pas simple de rédiger un rapport s'adressant à la fois à des médecins, à des juristes et à des éthiciens.

La disposition des médecins à signaler les cas d'euthanasie reste un point essentiel dans cette problématique. Aussi attendons-nous avec impatience les résultats de la quatrième évaluation nationale de la procédure de contrôle de l'euthanasie.

Plus le pourcentage de signalements est élevé, plus la pratique de l'euthanasie devient transparente. C'est là un objectif important de la politique des Pays-Bas en matière d'euthanasie.

Arnhem, mai 2007

R.P. De Valk - Van Marwijk Kooy

Président coordinateur des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

Introduction

Les commissions ont pour tâche de contrôler les signalements d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide. Si le médecin qui a pratiqué et signalé l'euthanasie a appliqué les critères de rigueur fixés par la loi, il n'a pas commis d'acte punissable. L'existence de cette législation, en vigueur depuis 2002, nous distingue d'un grand nombre d'autres pays.

L'année 2006 ne diffère guère des années précédentes, le nombre de signalements s'étant stabilisé à un peu plus de 1900. Toutefois, pour juger de l'évolution de la disposition des médecins à signaler les cas et pour évaluer la législation en vigueur, il est nécessaire de connaître le nombre annuel d'euthanasies pratiquées. Les résultats de cette évaluation devraient être connus courant 2007.

Tout comme les années précédentes, ce rapport présente le cadre légal, le rôle des commissions de contrôle, les chiffres et leur interprétation. De même, la présentation de cas concrets vient éclairer l'application des critères de rigueur.

Note site Internet a été rénové en 2006. On peut y consulter un grand nombre, et même à partir de 2007 en principe, toutes les décisions (anonymisées) des commissions, afin de mieux comprendre comment elles procèdent. Le mode d'anonymisation et de publication a fait l'objet de multiples discussions au sein des commissions. Le principe de base est que l'information donnée ne doit pas permettre d'identifier une personne, sans pour autant réduire la valeur informative des jugements.

L'année dernière, la sédation palliative, qui consiste à diminuer à dessein l'état de conscience d'un patient dans la dernière phase de sa vie, a été au cœur du débat. L'intérêt marqué pour ces soins n'a cependant pas fait disparaître la demande d'euthanasie : la sédation palliative ne supprime pas toujours les souffrances insupportables ; de plus, certains patients refusent catégoriquement ces soins car ils souhaitent rester conscients jusqu'à la fin.

Le rôle du médecin consultant reste primordial. Ces dernières années, la mise en place du programme SCEN (Soutien et consultation en matière d'euthanasie) a permis une importante amélioration de la qualité des rapports de ces médecins. Il importe qu'ils s'en tiennent à leur rôle de soutien et de conseiller indépendant des médecins pratiquant l'euthanasie. Ce sont ces derniers qui doivent respecter les critères de rigueur, eux seuls sont responsables de l'acte pratiqué.

Le dernier sujet abordé est celui de la relation entre euthanasie et démence. En 2006, les commissions ont reçu 6 signalements¹ d'euthanasie concernant des patients atteints d'un syndrome démentiel. Ces cas restent exceptionnels.

Aux Pays-Bas, plus de 10 000 patients décèdent chaque année en phase terminale de démence. Ils meurent presque tous de mort naturelle chez eux, dans une maison de retraite médicalisée ou un hôpital de long séjour, souvent après des décisions médicales portant sur la fin de vie, comme les réductions de soins, les soins palliatifs ou l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation. Dans un nombre de cas très limité seulement, on peut dire qu'il y a eu euthanasie en tant que forme particulière d'aide à mourir. Cette issue, qui reste exceptionnelle, est réservée aux personnes se trouvant dans la situation, à la fois rare et douloureuse, combinant un début de démence à la conscience encore parfaite de la gravité de

¹ Cinq ont conduit à une décision définitive en 2006, un en 2007.

leur maladie. Cela rend leurs souffrances insupportables. Étant capables d'exprimer leur volonté, elles font parfois, dans cette phase, une demande d'euthanasie.

Les cas présentés dans ce rapport, de même que les informations placées sur le site Internet à ce sujet, montrent clairement que les médecins sont particulièrement prudents dans ces circonstances.

Chapitre I

TRAVAUX DES COMMISSIONS

CADRE LÉGAL

Aux Pays-Bas, la notion d'euthanasie est encore souvent mal comprise.

On entend par euthanasie « le fait de mettre fin à la vie d'une personne à la demande expresse de celle-ci ». Aux termes de la loi néerlandaise, l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide sont punissables (code pénal, articles 293 et 294).

Il n'en est autrement que si ces actes ont été effectués par un médecin qui a respecté les critères de rigueur fixés par la loi et signalé le cas au médecin légiste de la commune. Si ces deux conditions sont remplies, l'acte accompli par le médecin n'est pas considéré comme punissable. Cette exception est incluse dans les articles cités ci-dessus comme cause légale d'exemption de peine.

Les critères de rigueur sont inscrits dans la loi relative au contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide, dite loi WTL, tandis que l'obligation de signalement découle de la loi sur les funérailles et sépultures.

La loi WTL prévoit que les commissions régionales de contrôle (ci-après : commissions) sont chargées de contrôler les signalements d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide, et de juger si le médecin a respecté les critères de rigueur légaux. Dans le cas d'interruption de la vie sur demande, 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.

La législation en vigueur depuis 2002 a pour vocation de surveiller et de promouvoir la qualité des actes des médecins en matière d'interruption de la vie. Le principe fondamental est que le médecin qui pratique une euthanasie doit en rendre compte et accepte d'être contrôlé sur le respect des critères de rigueur. Cette procédure garantit la transparence de la pratique de l'euthanasie.

Avant l'entrée en vigueur de cette législation, il existait déjà aux Pays-Bas, depuis quelques décennies, une pratique de l'euthanasie dont les modalités s'étaient précisées au cours du temps. Le respect des « critères de rigueur », dégagés petit à petit de la jurisprudence², étaient à la base de la décision d'engager des poursuites.

Cette pratique a été formalisée en 1990 dans la procédure de signalement qui a reçu son ancrage légal en 1994.

Les médecins qui signalaient des cas de demande d'interruption de vie sur demande ou d'aide au suicide et rendaient compte de leurs actes n'étaient en général pas poursuivis pénalement. S'ils avaient respecté les critères de rigueur, ils pouvaient en effet invoquer la force majeure (article 40 du code pénal), résultant d'un conflit de devoirs : d'une part le devoir de protéger la vie du patient et, d'autre part, celui d'écourter ses souffrances. Si la force majeure était reconnue, aucune peine ne leur était infligée.

Les médecins acceptant de plus en plus souvent de signaler les cas d'euthanasie, la transparence de la pratique en la matière a augmenté régulièrement, comme le montrent les

² Voir notamment l'arrêt Schoonheim de 1984, dans lequel la Cour suprême stipule que les médecins qui respectent un certain nombre de critères de rigueur peuvent invoquer la force majeure (article 40 du code pénal) résultant d'un conflit de devoirs : d'une part le devoir de protéger la vie du patient et d'autre part celui d'écourter ses souffrances. Depuis l'arrêt Postma de 1973, ces critères de rigueur sont repris dans la jurisprudence en faisant référence aux documents stratégiques de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG).

études effectuées tous les cinq ans. L'intensification des contrôles a également permis d'accroître la qualité du processus de décision de fin de vie. C'est afin de poursuivre sur cette voie qu'ont été instaurées en 1998 les commissions régionales pluridisciplinaires chargées d'évaluer les actes du médecin et de conseiller le ministère public. Cependant, les médecins, pour qui l'euthanasie reste une question d'une grande gravité, avaient du mal à accepter que leurs actes soient jugés dans un cadre pénal.

Aussi la législation de 2002 visait-elle à dépénaliser l'euthanasie et l'aide au suicide et à accroître la sécurité juridique des médecins l'ayant pratiquée, à condition qu'ils aient respecté les critères de rigueur – désormais inscrits dans la loi WTL – et signalé le cas. La loi modifiait le code pénal, y introduisant une cause légale d'exemption de peine applicable dans les conditions citées ci-dessus. Enfin, la décision d'accorder aux commissions régionales, qui n'avaient précédemment qu'une tâche de conseil, la compétence de contrôler les actes du médecin a également marqué un pas important vers la dépénalisation de l'euthanasie. Désormais, les commissions ne transmettent au ministère public et à l'Inspection de la santé que les cas où les critères de rigueur n'ont pas été respectés.

Cette législation vise donc à encourager les médecins à signaler les cas d'interruption de la vie, afin d'améliorer la qualité du processus décisionnel et la transparence de la pratique de l'euthanasie.

Rôle des commissions

Le médecin qui a pratiqué une euthanasie ou une aide au suicide signale le cas au médecin légiste de la commune en joignant un rapport argumenté quant au respect des critères de rigueur³. Le médecin légiste examine le corps et procède à la vérification des moyens utilisés. Il vérifie si le rapport du médecin est complet et joint au dossier la déclaration du médecin consultant ainsi que, éventuellement, le testament de vie du défunt.

Enfin, il signale le cas à la commission compétente et lui fait parvenir toutes les pièces requises et autres documents pertinents (journal du patient, lettres des spécialistes, etc.). La commission envoie un accusé de réception au médecin légiste ainsi qu'au médecin pratiquant. Les commissions sont chargées de juger si le médecin a respecté les critères de rigueur. Si un signalement soulève des questions, la commission concernée prend contact avec le médecin signaleur et lui demande un complément d'information, le plus souvent par écrit, mais parfois aussi par téléphone.

Si l'information fournie n'est toujours pas suffisante, il peut lui être demandé de se présenter devant la commission pour donner des précisions. Il lui est alors possible de donner des explications détaillées sur le déroulement du cas signalé.

La commission 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.

Dans la presque totalité des cas, les commissions pluridisciplinaires estiment que le médecin a respecté les critères de rigueur légaux. Seul le médecin signaleur est alors informé. En 2006, la commission a jugé une seule fois que le médecin n'avait pas agi dans le respect de ces critères. Dans un tel cas, elle communique son jugement à l'Inspection de la santé et au collège des procureurs généraux, qui examine s'il y a lieu de procéder à des poursuites.

L'Inspection de la santé s'interroge quant à elle, 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 organisent une concertation annuelle avec le collège des procureurs généraux et l'Inspection de la santé.

³ Pour rédiger ce rapport, il peut s'appuyer sur le modèle disponible sur www.toetsingscommissies euthanasie.nl, qu'il peut remplir ou utiliser comme fil conducteur pour la rédaction de son propre texte.

Les commissions régionales de contrôle sont au nombre de cinq. C'est le lieu du décès qui détermine quelle commission est compétente pour traiter le signalement. Chaque commission comprend trois membres – un juriste (le président), un médecin et un spécialiste des questions d'éthique – ayant chacun un suppléant. Le secrétaire de la commission – un juriste – a voix consultative lors des délibérations. L'ensemble des secrétaires et de leurs assistants forment le secrétariat des commissions, qui, du point de vue organisationnel, relève d'un organe d'exécution du ministère de la Santé. Les secrétariats sont basés à Groningue, à Arnhem et à La Haye, où les commissions se réunissent tous les mois.

Les commissions sont compétentes pour statuer sur les cas d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide pratiquées par un médecin.

Elles ne le sont pas⁴ pour traiter les signalements où il n'y a pas eu demande de la part du patient.

Si le médecin a pratiqué l'acte sans que le patient en ait fait la demande expresse, le médecin légiste transmet l'affaire directement au procureur de la Reine.

Les commissions ne sont pas compétentes dans le cas d'euthanasie pratiquée sur un enfant de moins de 12 ans, ni dans celui d'actes médicaux normaux, car ils ne relèvent pas de la procédure de contrôle établie par la loi WTL.

Est considéré comme un acte médical normal le fait de ne pas entamer ou de stopper un traitement, soit eu raison de son inutilité, soit à la demande du patient. Il en est de même lorsque le patient décède des suites d'un traitement nécessaire pour soulager ses souffrances intenses. Les actes médicaux normaux ne relèvent pas du droit pénal, leur signalement n'est pas nécessaire.

Grâce à leur rapport annuel et à l'information générale qu'elles diffusent, les commissions œuvrent à une meilleure compréhension et à un contrôle social plus effectif de la pratique de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide.

Elles 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.

Elles font par ailleurs des présentations dans les centres municipaux de santé, devant les associations de médecins généralistes, les hôpitaux et les délégations étrangères, en s'appuyant sur des cas concrets pour expliquer la procédure et les critères de rigueur.

Afin de veiller à l'uniformité de leurs décisions, les présidents des commissions et leurs suppléants se concertent régulièrement. Ils ont convenu de transmettre les projets de décision tendant à établir le non-respect des critères de rigueur, pour commentaire, à tous les membres et suppléants de la commission concernée, et de les soumettre également, pour avis, à tous les membres et suppléants des autres commissions.

ÉVOLUTION EN 2006

Parmi les activités des commissions, signalons les éléments suivants.

Site Internet

⁴ Cf. article 1, paragraphe 2, des directives du 21 novembre 2006 relatives aux méthodes de travail des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie.

Le site Internet des commissions a été rénové en 2006. Il présente notamment, sous forme anonyme, des décisions des commissions, permettant au public de se faire une idée des cas traités et des considérations sur lesquelles celles-ci se fondent. Après de multiples discussions au sein des commissions sur le mode d'anonymisation et de publication des décisions, il a été décidé d'opter pour la forme actuelle, car l'information donnée est complète sans toutefois permettre d'identifier les personnes concernées.. L'anonymat risque d'être menacé dans le cas d'une combinaison peu fréquente de maladies et de faits spécifiques.

La commission concernée – et éventuellement la concertation des présidents – examine comment procéder à la publication sans enfreindre le principe de non-identification. Dans quelques rares cas, elle peut être amenée à conclure qu'il convient d'y renoncer.

Du fait de difficultés techniques de mise en route, le nombre de décisions de 2006 publiées sur le site est encore limité.

Signalements en 2006 : chiffres et comportement des médecins

Bien que la pratique de l'euthanasie aux Pays-Bas se caractérise par sa transparence, chaque année, les chiffres sur le signalement par les médecins posent problème. En effet une augmentation ou une diminution du nombre de signalements ne peut être mise en relation directe avec la disposition des médecins à signaler les euthanasies pratiquées. Pour évaluer cette volonté, il faudrait connaître le ratio entre le nombre de signalements et le nombre total de cas.

Cette année, les commissions ont reçu 1923 signalements, contre 1933 en 2005.

En 2006 a été effectué de nouveau l'étude de la pratique de l'euthanasie par les médecins, organisée tous les cinq ans, et dont l'objectif est, cette fois, d'évaluer la législation entrée en vigueur en 2002. Les dossiers des commissions ont été utilisés – dans le respect de la confidentialité des données – pour cette étude, dont les résultats devraient être publiés en mai 2007. Cette analyse devrait permettre de comparer le nombre de cas d'euthanasie en 2001 et en 2006, et donc de montrer l'évolution du pourcentage de signalements entre ces deux années⁵.

⁵ Cf. aussi J. Griffiths, Medisch Contact, 16 mars 2007, 62 n° 11, p. 466.

Chapitre II

État des lieux

Période du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006

Signalements

Les commissions ont enregistré 1923 signalements.

Euthanasie et aide au suicide

Dans 1765 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 132 cas d'aide au suicide et dans 26 cas d'une combinaison des deux.

Les médecins signaleurs

Dans 1692 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 151 cas un spécialiste hospitalier et dans 80 cas un médecin d'établissement de long séjour.

Affections

Les pathologies se répartissaient comme suit :

Cancer	1 656
Pathologies cardiovasculaires	55
Pathologies du système nerveux	105
Pathologies pulmonaires non cancéreuses	58
Autres affections	45
Polypathologies	6

Lieu où a été pratiquée l'interruption de vie

Dans 1528 cas, l'interruption de vie a eu lieu au domicile du patient, dans 145 cas à l'hôpital, dans 79 cas dans un établissement de long séjour, dans 79 cas dans une maison de retraite médicalisée et dans 70 cas dans un autre lieu (unité de soins palliatifs ou domicile d'un membre de la famille).

Compétence des commissions et jugement

Dans tous les cas, les commissions se sont estimées compétentes.

Dans un cas seulement, elles ont jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur⁶.

Délai d'examen

Un délai moyen de 29 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi du jugement.

⁶ L'état des lieux porte sur tous les signalements enregistrés en 2006. Vu la durée de la procédure, les signalements transmis en fin d'année sont traités l'année suivante. Les conclusions à leur sujet sont présentées dans le rapport portant sur cette année-là.

Chapitre III

Les critères de rigueur

DÉFINITION GÉNÉRALE

Les commissions jugent si le médecin a agi conformément aux critères de rigueur. Ces critères, 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.

Dans la quasi-totalité des cas, les commissions ont jugé que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur. La grande majorité des signalements n'ont pas donné lieu à discussion pour les commissions. Ce chapitre présente des cas ayant posé problème.

Cas n° 1

Il importe que le médecin qui pratique l'interruption de vie sur demande ou l'aide au suicide s'assure que les critères de rigueur inscrits dans la loi WTL ont été respectés. Cela s'applique également au médecin qui se charge de pratiquer l'euthanasie à la demande d'un de ses collègues.

Ce cas concernait une patiente entre 50 et 60 ans, présentant des métastases osseuses d'une tumeur primitive inconnue, probablement un carcinome pancréatique, et une lésion médullaire progressive due à des fractures pathologiques. La patiente, qui devait endurer des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, fit une demande volontaire et mûrement réfléchie d'euthanasie. Le médecin informa la patiente sur sa situation et ses perspectives et acquit, avec elle, la conviction que, dans son état, il n'y avait pas d'autre solution raisonnable. Consulté, un médecin indépendant examina la patiente et fit une déclaration écrite motivée expliquant pourquoi il estimait que les critères de rigueur étaient respectés. L'interruption de la vie fut pratiquée avec la rigueur médicale requise.

Lors de l'examen du signalement, la commission souhaita être plus amplement informée sur le moment auquel le médecin était entré en contact avec la patiente et avait été impliqué dans la procédure d'euthanasie, ainsi que sur la façon dont la décision d'euthanasie avait été prise. Après avoir pris connaissance de la réponse écrite du médecin, la commission le convoqua pour un entretien.

Dans les informations qu'il avait fournies par écrit, le médecin avait indiqué qu'il n'avait été qu'exécutant. Il apparut lors de l'entretien que c'est le médecin de famille qui avait suivi le cheminement de la patiente jusqu'à sa décision de demander l'euthanasie, en accord avec lui et la famille de celle-ci. Lorsque le médecin de famille estima que le moment était venu de pratiquer l'euthanasie, il prit contact avec le médecin signaleur au sujet de la suite de la procédure. Lors de cet entretien, le médecin de famille avait indiqué ne pas souhaiter, pour

des raisons affectives, pratiquer lui-même l'interruption de la vie et avait demandé à son confrère de s'en charger.

Après la visite d'un médecin consultant indépendant, qui avait conclu que les critères de rigueur étaient respectés, le médecin exécutant se rendit auprès de la malade, s'entretint avec elle et s'informa brièvement de son état. Le médecin avait trouvé la patiente allongée sur le canapé. Elle était consciente et lucide. La morphine ne l'avait pas rendue somnolente, si bien qu'il était tout à fait possible de communiquer avec elle. Elle implora le secours du médecin. Ils convinrent que l'interruption de la vie sur demande aurait lieu dans les jours suivants. Le jour de l'euthanasie, le médecin reçut et lut le rapport du médecin consultant. Comme mentionné plus haut, il avait déjà vu la patiente, s'était entretenu avec elle et avait étudié son dossier médical, que le médecin traitant lui avait fait parvenir. Le médecin avait la conviction que toutes les possibilités médicales étaient épuisées. Les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Il en ressentait très nettement le caractère insupportable. Il avait également interrogé la patiente sur son souhait de subir une euthanasie et s'était entretenu avec elle à ce sujet. Il estimait s'être assuré de l'état de la patiente et de l'authenticité de sa demande. Il partageait le point de vue du médecin de famille et de son collègue du SCEN selon lesquels l'euthanasie était justifiée dans le cas en question.

La commission a fait remarquer que l'article 293, paragraphe 2, du code pénal requiert que le médecin pratiquant l'interruption de la vie sur demande ou l'aide au suicide – pour pouvoir invoquer la cause légale d'exemption de peine inscrite à ce code– doit satisfaire lui-même aux critères de rigueur tels que mentionnés dans l'article 2 de la loi WTL (même lorsque le patient lui a été transmis), et ensuite en rendre compte en remettant un rapport motivé au médecin légiste de la commune, conformément à l'article 7, paragraphe 2, de la loi sur les funérailles et sépultures. Dans un premier temps, le médecin s'étaient présenté comme l'exécutant de décisions prises par le médecin de famille. De l'avis de la commission, il ne pouvait pas invoquer la cause légale d'exemption de peine. Ce n'est que lors de l'entretien que la commission comprit que le médecin avait respecté les critères de rigueur exigés par la loi, alors que celui-ci aurait dû, dans son rapport écrit, rendre compte de la façon dont il s'en était assuré.

Compte tenu des faits et circonstances, la commission a considéré que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

IMPLICATIONS SPÉCIFIQUES

Pour chaque critère de rigueur sont présentés ci-dessous les aspects considérés comme particulièrement pertinents par les commissions. Ils sont illustrés à l'aide de cas sur lesquels les commissions se sont prononcées en 2006.

a. Demande volontaire et mûrement réfléchie

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

Le médecin doit s'assurer que la demande a été faite librement et qu'elle a été mûrement réfléchie. 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.

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

puisse être mûrement réfléchi, le patient doit être bien au fait de sa maladie, de sa situation, du pronostic ainsi que des alternatives qui peuvent s'offrir à lui pour améliorer sa situation. Si un patient est dépressif, sa capacité d'exprimer sa volonté peut s'en trouver altérée. En cas de doute, il est souvent fait appel, dans la pratique, à l'avis d'un psychiatre, parallèlement à celui du médecin consultant. Le médecin doit pouvoir établir ou faire établir que le patient dispose de la capacité d'exprimer sa volonté. Il importe de signaler aux commissions si les compétences d'autres médecins ont été sollicitées. Il arrive également qu'un médecin décide, après réflexion, de ne pas avoir recours aux services d'un expert ou de ne pas le consulter à nouveau. Ce sont aussi des informations qu'il convient de communiquer aux commissions. La présentation, dès le signalement, de toutes les étapes qui ont mené à sa décision, peut éviter au médecin d'avoir à répondre ultérieurement aux questions des commissions. Dans le cas n° 2, le médecin a précisé l'ensemble des considérations prises en compte.

D'une façon générale, le désir d'euthanasie émanant de patients atteints de démence doit être accueilli avec la plus grande réserve. On peut en effet douter qu'un patient souffrant de démence dispose véritablement de la capacité d'exprimer sa volonté et que, compte tenu de la nature de l'affection, sa demande soit volontaire et mûrement réfléchi.

Pour prendre sa décision, le médecin devra tenir compte de l'évolution de la maladie et d'autres circonstances spécifiques. À un stade avancé, le patient ne sera, dans quasiment tous les cas, plus capable d'exprimer sa volonté.

Si un médecin estime qu'un patient se trouve dans une phase initiale de démence, il importe qu'il consulte un ou deux experts, outre son collègue intervenant en tant que médecin consultant.

En dehors de la question du choix volontaire et mûrement réfléchi – sur laquelle porte le cas n° 3 –, les aspects de souffrances insupportables, sans perspective d'amélioration, sont particulièrement délicats en cas de démence. Nous y reviendrons plus loin.

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 réfléchi. En général, cette demande est faite oralement.

Le médecin ne peut jamais être contraint d'accéder à une demande d'euthanasie ; il doit toujours se livrer à un examen personnel de la situation, puisque c'est lui qui devra se justifier. Il est essentiel que les choses soient claires, entre le médecin et le patient, en ce qui concerne le souhait de ce dernier. Même si le patient est capable d'exprimer sa volonté et de demander l'euthanasie verbalement, le testament de vie écrit est susceptible d'apporter plus de clarté et d'étayer la demande orale.

Le testament de vie, inscrit dans la loi WTL, est prévu pour les patients n'étant plus capables d'exprimer leur volonté au moment où l'euthanasie pourrait être envisagée. Il est conseillé au patient de rédiger ce testament assez tôt, de l'actualiser régulièrement et d'y décrire le plus concrètement possible la façon dont il souhaite que l'euthanasie soit pratiquée. Plus le testament de vie est concret et précis, plus il offre d'éléments permettant au médecin de prendre une décision. Un testament manuscrit, dans lequel le patient donne des précisions dans ses propres mots, peut parfois contenir des informations déterminantes.

Pour les patients capables d'exprimer leur volonté jusqu'à leur mort, le testament de vie n'est pas requis. Les commissions constatent cependant qu'un tel document a été rédigé dans la

quasi-totalité des cas signalés. Si elles apprécient cette pratique, elles tiennent cependant à souligner qu'elle n'est pas obligatoire, afin d'éviter que, peu avant son décès, le patient soit inutilement poussé à rédiger un testament.

Les rapports adressés aux commissions font souvent état d'une inquiétude inutilement vive chez le patient et sa famille autour de la rédaction de ce texte.

Cas n° 2 (demande volontaire et mûrement réfléchi)

Demande volontaire ou consécutive à un état dépressif ?

Un homme entre 70 et 80 ans souffrait d'une pathologie multiple : hypertension, défaillance cardiaque et carcinome prostatique. Il faisait des chutes fréquentes causant des fractures. Sa mobilité était réduite et difficile, même avec des appareils adéquats. Son état physique se dégradait de plus en plus. Le moment où il ne put entrer dans son lit et en sortir qu'à l'aide d'un lève-malades fut décisif. Le critère des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration était alors rempli. Le patient était conscient de sa maladie et savait quelles étaient ses perspectives. Toutes les possibilités de traitement étaient épuisées.

Le patient avait déjà exprimé son désir d'euthanasie à plusieurs reprises, mais il revenait sur sa décision dès qu'il se sentait un peu mieux. Finalement il persista dans sa demande. Son médecin prit contact avec un médecin indépendant qui communiqua par écrit son avis sur le respect des critères de rigueur. Dans son rapport, le médecin consultant indiquait que la maladie causait un sentiment croissant de solitude chez le patient. Il lui arrivait d'avoir des pensées suicidaires et il avait fait une tentative de suicide, croyant initialement que sa demande d'euthanasie avait été refusée. Comme il ne pouvait pas établir avec certitude que le patient était suffisamment capable d'exprimer sa volonté, le consultant conseilla au médecin de demander l'avis d'un psychiatre pour en juger et éventuellement prescrire une médication contre la dépression et la nervosité. Si le psychiatre estimait le patient suffisamment capable d'exprimer sa volonté, le consultant considérerait alors les critères de rigueur respectés.

Suite à cet avis, un psychiatre rendit visite au malade chez lui.

S'il jugeait le patient capable d'exprimer sa volonté, il présumait toutefois que ses troubles dépressifs jouaient un rôle dans sa demande d'euthanasie. Il proposa au médecin de prescrire des antidépresseurs. Bien que très irrité que la procédure soit ainsi retardée, le patient accepta tout de même de prendre les médicaments prescrits. Au bout de trois semaines environ, le médecin s'entretint à nouveau avec lui. Le traitement de sa dépression ne l'avait pas fait changer d'avis quant à sa demande d'euthanasie. Contacté par le téléphone, le psychiatre conseilla d'augmenter les doses d'antidépresseurs et d'observer l'effet obtenu. Il suggéra également de poursuivre ensuite le traitement avec un autre médicament. Cela impliquait que le médecin refuse pendant encore trois mois de donner suite à la demande d'euthanasie, ce qui, estimait-il, n'était pas justifiable devant son patient. Il jugeait inhumain de lui faire subir pendant des mois un traitement antidépresseur. Il connaissait son patient depuis 1980 et avait eu, de nombreux entretiens avec lui.

Au fil des ans, il l'avait vu perdre petit à petit une grande partie de ses capacités du fait de sa grave maladie neurologique dégénérative. Le patient avait fini par accepter de mettre vingt minutes pour aller de son lit à son scooter électrique. Mais, avec l'arrivée du lève-malades dans sa vie, les limites de l'acceptable étaient dépassées. Il serait désormais dépendant de l'aide des autres pour chaque déplacement : c'était là une source de souffrances insupportables qu'il ne pouvait plus accepter et que le médecin pouvait appréhender. Celui-ci avait toujours attribué à sa maladie l'état dépressif de son patient : il était à son sens parfaitement logique d'être découragé quand on perd totalement la maîtrise de son corps. À son avis, l'intensité des souffrances ressenties par son patient n'était pas influencée par sa

dépression. Le médecin estimait le patient capable d'exprimer sa volonté et la demande de celui-ci volontaire et mûrement réfléchie. Il en fit part au psychiatre, qui manifesta son désaccord avec la décision du médecin d'arrêter le traitement et de suivre son propre jugement. Pour le médecin consultant, le fait que le psychiatre ait déclaré le patient capable d'exprimer sa volonté était un argument décisif. Après avoir de nouveau examiné le patient, il fit savoir par téléphone au médecin qu'à son avis le patient pouvait être considéré comme capable d'exprimer sa volonté.

Le médecin pratiqua l'interruption de la vie sur demande avec la rigueur médicale requise. Compte tenu des faits et circonstances, la commission a conclu que le médecin pouvait avoir acquis la conviction que la demande de son patient était volontaire et mûrement réfléchie, et qu'il avait agi dans le respect des critères de rigueur.

Cas n° 3 (demande volontaire et mûrement réfléchie ; démence)

Dans ce cas de demande d'euthanasie par un patient atteint de démence, c'est la demande qui occupe une place centrale. Pour les aspects des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, nous renvoyons au cas n° 4, qui a trait au même signalement.

Chez une patiente entre 70 et 80 ans, la maladie d'Alzheimer avait été diagnostiquée. D'après un examen complémentaire, il s'agissait d'une forme débutante de cette maladie. Aucun traitement n'était envisageable. La patiente savait exactement quelles étaient ses perspectives. Elle avait pleinement conscience de sa maladie et saisissait parfaitement qu'aucun traitement ne pourrait la stopper ou la ralentir. Elle avait toujours été très autonome, active et débordante de vie, même une fois à la retraite. Elle avait été témoin plusieurs fois dans sa famille très proche, du développement de la maladie d'Alzheimer. Son état se dégradant nettement, son désir de mourir au moment qu'elle aurait choisi se faisait de plus en plus fort. Le médecin prit contact avec un consultant indépendant, qui examina la patiente deux fois et fit savoir par écrit qu'il estimait que les critères de rigueur étaient remplis. L'aide au suicide fut pratiquée avec la rigueur médicale requise.

Début 2006, à un stade précoce de la maladie, la patiente avait déjà communiqué au médecin son désir d'euthanasie, ce qu'elle avait répété à chaque rencontre avec celui-ci. Si, pendant la dernière période, elle ne pouvait plus gérer sa vie quotidienne, lors des entretiens, elle était encore capable de raisonner et de reprendre ce qui avait été dit antérieurement. Dans les entretiens sur l'euthanasie, elle continuait d'être capable d'énoncer les différents aspects de la question. Elle indiqua à plusieurs reprises que son état se dégradait rapidement, ce que le médecin avait également constaté. Des années auparavant, confrontée à la maladie d'Alzheimer dans sa famille, la patiente avait exprimé la crainte que cette maladie la frappe aussi et avait déclaré qu'elle souhaiterait l'euthanasie si tel devait être son sort. Elle avait rédigé des testaments de vie. La patiente indiquait qu'elle craignait qu'à un moment donné il ne soit plus donné suite à sa demande. Dans un premier temps, le médecin avait été réticent devant le moment d'interruption de la vie nommé par la patiente au cours d'un de leurs entretiens parce qu'il estimait que la patiente était encore en trop bon état mental. Mais, petit à petit, il avait acquis la conviction que l'heure d'accéder à sa demande était venue, puisque son état et les perspectives qu'elle avait lui causaient des souffrances insupportables. Le géronto-psychiatre qui examina la patiente et posa le diagnostic d'Alzheimer comprenait, du point de vue professionnel, le désir de la patiente de ne pas attendre le prochain stade de la maladie et respectait sa demande d'euthanasie. Le psychiatre traitant déclara qu'initialement, en janvier 2005, la patiente semblait être dans un état dépressif dû au décès de son partenaire. Il conclut toutefois que les troubles cognitifs, notamment la perte de la mémoire, et le sentiment de plus en plus insupportable pour la patiente – encore très lucide et

percevant bien sa maladie – de n’avoir aucune perspective d’amélioration étaient des éléments décisifs.

Compte tenu des faits et circonstances, la commission a estimé que le médecin avait pu parvenir à la conclusion que la demande était volontaire et mûrement réfléchie.

Pendant ses entretiens avec elle, le médecin avait particulièrement été attentif à l’intensité de la souffrance et à la ténacité du souhait de la patiente. Il indiquait que celle-ci avait constamment été consciente de la portée de sa demande, de son état de santé et de ses perspectives. Le gériatro-psychiatre, le psychiatre traitant et le consultant estimaient tous que la patiente était capable d’exprimer sa volonté et qu’elle avait bien conscience de sa situation et de ses perspectives.

Compte tenu des faits et circonstances, la commission a considéré 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.

En l’absence de toute option thérapeutique réelle, on peut considérer que les souffrances du patient sont sans perspective d’amélioration. La maladie ou l’affection à l’origine des souffrances est incurable et il est peu probable que les symptômes pourront être atténués. C’est au médecin qu’il appartient de constater cette absence de perspective d’amélioration, qui résulte du diagnostic posé et du pronostic de la maladie. 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, dépendant de la personne concernée. Ce critère 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 souvent indiqués comme facteurs de souffrances insupportables sont la douleur, les nausées, l’impression d’étouffer, l’épuisement, la déchéance physique et mentale, ainsi que la perte d’autonomie et de dignité humaine⁷. Ces symptômes et circonstances donnent lieu à des états de souffrance variant d’un patient à l’autre.

C’est pourquoi les commissions examinent si le caractère insupportable de celle-ci a pu être appréhendé par le médecin.

Comme précédemment indiqué, d’une façon générale, le désir d’euthanasie des patients atteints de démence doit être accueilli avec la plus grande réserve. L’aspect de la capacité à exprimer sa volonté dans cette situation a déjà été abordé. L’autre question qui se pose est celle du caractère insupportable des souffrances. Si le patient est conscient de sa maladie et de ses perspectives, il peut véritablement subir une très grande souffrance. Ici aussi, ce sont les circonstances spécifiques à chaque situation qui déterminent si le médecin peut appréhender le caractère insupportable des souffrances du patient. (cf. cas n° 4).

Le milieu médical considère généralement qu’un patient plongé dans un coma profond ne souffre pas de façon insupportable, cela vaut également pour un patient à qui les sédatifs administrés pour combattre des douleurs insupportables ont fait perdre conscience.

⁷ Cf. également : SCEN/KNMG, juin 2006, Évaluation des performances SCEN 2005, p. 5.

Aussi, dans la plupart des cas se rapportant à des patients en état comateux, les commissions ont-elles besoin d'un complément d'information. Elles étudient les faits et circonstances spécifiques à chaque signalement. Ce contrôle peut cependant les conduire à juger que, dans un cas concret, le médecin a agi conformément aux critères de rigueur.

Celui-ci peut avoir acquis la conviction qu'un patient en coma réactif, manifestant des signes extérieurs de douleur, souffre véritablement de façon insupportable. Nous le verrons dans le cas n° 5.

Toutes ces considérations incitent les commissions à conseiller aux médecins d'observer la plus grande circonspection dans les situations où la communication avec le patient n'est plus possible.

Si le médecin traitant a promis au patient de pratiquer l'euthanasie, il peut se trouver confronté à un dilemme le moment venu : la situation peut évoluer de façon imprévue et les souffrances insupportables ne pas apparaître, du fait par exemple que le patient est tombé spontanément dans un état comateux, plaçant le médecin dans une situation très difficile moralement. Les praticiens ont donc intérêt à s'abstenir de faire aux patients des promesses inconditionnelles.

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. Il est alors conseillé de prévoir une deuxième concertation entre le médecin et le consultant. Nous reviendrons sur cet aspect dans le paragraphe consacré à la consultation.

**Cas n° 4 (souffrances insupportables sans perspective d'amélioration : démence)
Il s'agit du même signalement que le cas n° 3, mais les commentaires sont ici essentiellement axés sur les données ayant trait à la souffrance de la patiente.**

La patiente avait toujours été très autonome, active et débordante de vie, même une fois à la retraite. Elle avait été témoin plusieurs fois, dans sa famille très proche, de la progression de la maladie d'Alzheimer. Son état se dégradait nettement.

L'enrichissement intellectuel avait toujours compté dans sa vie. Très érudite, elle s'était intéressée à de multiples domaines. Mais maintenant, elle ne lisait plus les journaux et mettait des mois à finir un livre. Sa vie intellectuelle s'était affaïdi, privant son existence de tout éclat et lui ôtant même, comme elle en prit progressivement conscience sa propre identité. Elle avait en outre de plus en plus de mal à gérer sa vie quotidienne. Elle perdait sa faculté d'orientation, notamment la notion du temps et devenait dépendante de l'aide d'autrui. Elle avait conscience qu'elle avait perdu un grand nombre d'aptitudes. Elle s'était montrée à plusieurs reprises désespérée à l'idée de devoir subir sa longue déchéance intellectuelle progressive. Il lui était insupportable de penser qu'elle finirait par être totalement « inutile » et tomberait dans un vide spirituel. Elle ne pouvait accepter l'idée que son état allait se dégrader au point qu'elle ne serait plus capable de prendre des décisions elle-même et qu'elle deviendrait complètement dépendante des autres.

Compte tenu des faits et circonstances, la commission a estimé que le médecin avait pu parvenir à la conclusion que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Elle a considéré que cette absence de perspective résultait du fait que la maladie d'Alzheimer, maladie incurable et dégénérative, avait été diagnostiquée. S'agissant du caractère insupportable des souffrances, la commission a noté que, selon les rapports du médecin et du consultant indépendant, la patiente avait toujours été très autonome, active et débordante de vie. L'enrichissement intellectuel jouait un rôle capital

pour elle : il donnait sens à sa vie et fondait son identité. La dégradation progressive de ses capacités intellectuelles et sa dépendance croissante la faisaient souffrir, d'autant qu'elle en était pleinement consciente et qu'elle savait comment la maladie allait évoluer. Sa seule perspective était la déchéance. Dès ce stade, l'idée que son état la rendrait incapable de prendre des décisions elle-même et totalement dépendante des autres lui causait des souffrances insupportables. Le médecin, de même que le consultant, les autres médecins et les amis de la patiente, a estimé que, dans les conditions données, il pouvait appréhender le caractère insupportable des souffrances de la patiente, qui, intellectuellement et physiquement, avait toujours été si active et entreprenante. Compte tenu des faits et circonstances, la commission a considéré que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

**Cas n° 5 (souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration)
Pratique de l'interruption de la vie sur demande d'un patient sous sédatifs.**

Le patient, un homme entre 60 et 70 ans, souffrait d'un carcinome gastrique inopérable avec multiples métastases, notamment, dans un stade ultérieur, au foie. La guérison était exclue. La commission a conclu que le médecin pouvait avoir acquis la conviction que la demande de son patient était volontaire et mûrement réfléchie. Le patient avait bien été informé sur sa situation et ses perspectives. Ses souffrances ne pouvaient plus être allégées. Un consultant indépendant avait expliqué dans son rapport pourquoi il estimait que les critères de rigueur avaient été respectés.

Comme le dossier mentionnait l'administration de Dormicum, la commission demanda au médecin de fournir, par écrit puis oralement, de plus amples informations sur les derniers jours du patient. Le médecin déclara que, dès le début de sa maladie, le patient avait indiqué qu'il demanderait l'euthanasie si ses souffrances devenaient insupportables. Le médecin avait à maintes reprises assuré au patient qu'il recevrait des soins de fin de vie et lui avait expliqué en quoi consistaient la sédation palliative et l'euthanasie.

Le vendredi précédant son décès, après la visite du consultant, le patient demanda au médecin de pratiquer l'euthanasie le mardi suivant. Le patient était un homme qui souhaitait rester maître de la situation. Il espérait que ces quelques jours supplémentaires permettraient à sa femme et à un de ses enfants de s'accoutumer à l'idée qu'il décèderait par euthanasie. Pendant le week-end le patient fit venir le médecin. Il ne supportait plus ses douleurs et demandait au médecin de le soulager. Mais il persistait dans sa décision de décéder le mardi suivant par euthanasie. Le médecin lui expliqua alors qu'il pouvait lui administrer des sédatifs, qui pourraient entraîner la mort.

La sédation débuta le dimanche à l'aide de Dormicum (administré par une pompe) selon la posologie indiquée, puis fut poursuivie avec des patchs de Fentanyl. Il était convenu que si, malgré le traitement, les souffrances du patient persistaient encore quelques jours, l'euthanasie serait pratiquée. Pendant les derniers jours, le médecin visita le patient quotidiennement, même deux fois par jour, et eut de longs entretiens avec ses proches. La sédation se révéla peu efficace, le patient restait agité. Malgré l'administration d'ampoules de Nozinan, son état dyspnéique persistait. Ayant appris par la garde de nuit, au téléphone, le mardi matin, que le patient avait de nouveau été très agité, le médecin demanda à la femme de celui-ci s'il devait passer au stade de sédation suivant ; elle lui rappela alors l'engagement qu'il avait pris avec son mari. Le médecin décida de pratiquer l'euthanasie. L'interruption de la vie sur demande se déroula avec la rigueur médicale requise.

La commission a compris que le patient souhaitait gérer sa fin de vie jusqu'au dernier moment. Il voulait retarder l'euthanasie par égard pour les sentiments de ses proches. C'est pourquoi lorsque, pendant le week-end précédant son décès, ses souffrances sont devenues insupportables, il a demandé au médecin de le soulager, mais pas encore de pratiquer l'euthanasie. Le patient a accepté des sédatifs à condition que le médecin pratique l'euthanasie à la date prévue si ses souffrances étaient encore insupportables.

La commission a considéré que le médecin avait des raisons plausibles de juger que les souffrances de son patient ne pouvaient être suffisamment soulagées à l'aide de la sédation palliative engagée. Estimant que le patient souffrait de façon insupportable au moment où l'euthanasie a été pratiquée, la commission a considéré, compte tenu des faits et circonstances, que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

c. Information du patient

Le médecin 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 ait une parfaite compréhension de sa maladie, des diagnostics des médecins, du pronostic 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. Ce critère a été correctement appliqué dans tous les cas signalés.

d. Absence d'une autre solution raisonnable

Le médecin, en concertation avec le patient, a acquis la conviction qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans l'état où ce dernier se trouvait.

Il doit apparaître clairement que les autres solutions ont été épuisées et que l'euthanasie est la seule issue possible. 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. L'administration de soins palliatifs de qualité est donc au cœur des décisions de fin de vie. 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 de refuser un traitement ou des soins palliatifs. Une telle décision doit faire l'objet d'un entretien approfondi entre médecin et patient.

Elle peut être guidée par le fait que certains traitements ont des effets secondaires difficiles à supporter, qui l'emportent sur leurs effets bénéfiques.

Un patient peut aussi refuser certains soins palliatifs – l'augmentation de la dose de morphine par exemple – par crainte de sombrer dans un état qu'il refuse catégoriquement, tel que la somnolence ou la perte de conscience. Le médecin doit considérer avec le patient si cette crainte est justifiée (ce qui n'est généralement pas le cas).

L'application de ce critère illustre bien le fait que la décision d'euthanasie doit être prise conjointement par le patient et le médecin.

En cas de refus de traitement, les commissions doivent estimer si le médecin, en concertation avec son patient, a pu acquérir la conviction qu'il n'y avait aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouvait.

Cette décision devant être prise conjointement par le médecin et le patient, le médecin doit indiquer dans son rapport comment il a acquis cette conviction.

Cas n° 6 (aucune autre solution raisonnable)

Une patiente atteinte de la maladie de Huntington, ne voulant pas subir la dernière phase de sa maladie et de sa vie, a refusé l'hospitalisation de long séjour.

La patiente, une femme entre 40 et 50 ans, savait depuis 1998 qu'elle était porteuse du gène de la maladie de Huntington. Un de ses parents venait de décéder des suites de cette maladie après un long séjour dans un établissement hospitalier, tandis qu'un autre membre de sa famille était hospitalisé pour la même raison. En 1998, la patiente subit un traitement antidépresseur pour instabilité d'humeur. Cette dépression était sans doute le premier signe de la maladie de Huntington, qui se révéla de façon de plus en plus manifeste à partir de 2000. Les symptômes s'aggravèrent au fil du temps : troubles moteurs, difficultés de l'élocution et de la déglutition. À partir de mi-2002, la patiente fut soignée dans l'unité de court séjour d'un établissement de soins spécialisée dans l'accompagnement des patients atteints de la maladie de Huntington. Elle reçut divers traitements paramédicaux et bénéficia d'un accompagnement et d'un soutien psychosocial. Les dernières années, sa mobilité se dégradait, la rendant dépendante d'appareils d'aide à la mobilité tels que le scooter électrique et le fauteuil roulant. Elle souffrait d'un ralentissement de la fonction cérébrale, de difficultés de concentration et de légers troubles de la mémoire. Elle avait de plus en plus de peine à gérer sa vie quotidienne, tant pour les tâches ménagères que pour les soins personnels. Les affections intercurrentes, bronchites et infections des voies urinaires, étaient de plus en plus fréquentes, de même que les chutes causant des contusions. Elle ne pouvait sortir de chez elle sans l'aide de tiers. Mi-juin 2006, les soins étaient devenus si lourds que le placement dans un établissement de long séjour fut recommandé. La dépendance de la patiente allait encore augmenter, son état continuerait de se dégrader. Elle allait devoir subir la déchéance physique et mentale dont elle avait vu souffrir ses proches. Ces souffrances lui étaient insupportables, aucun traitement ne pouvait plus les alléger. La patiente fit une demande volontaire et mûrement réfléchie d'euthanasie. Elle était parfaitement capable de formuler et de motiver clairement son désir d'euthanasie. Lors des derniers entretiens, elle n'était, selon le médecin, ni dépressive ni atteinte de troubles psychiatriques.

Un médecin consultant visita la patiente à deux reprises et conclut que les critères de rigueur étaient respectés. Il ne faisait aucun doute pour lui que la perte d'autonomie et l'absence de perspective d'amélioration étaient les principaux motifs de la demande d'euthanasie.

La patiente exposa clairement combien elle était attachée à son autonomie. L'idée qu'elle allait subir le même sort que ses proches lui était insupportable. Sa demande était volontaire et mûrement réfléchie. Après sa première visite, le consultant conclut que les critères de rigueur seraient remplis au moment où le placement en établissement de long séjour serait inéluctable. Il déclarait sa conclusion valide pour une durée de deux mois et était disposé à juger à nouveau la situation au-delà de ce délai.

À sa deuxième visite, l'état de la patiente s'était encore dégradé. Il ne faisait aucun doute pour lui qu'il n'était en fait plus possible de la soigner chez elle et qu'il fallait la placer d'urgence en établissement de long séjour. Le médecin consultant conclut que les critères de rigueur étaient respectés. L'interruption de la vie sur demande fut pratiquée avec toute la rigueur médicale requise.

Compte tenu des faits et circonstances, la commission a considéré que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

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 qu'un deuxième médecin examine le patient et émette un jugement écrit quant au respect des critères de rigueur. Le jugement de ce médecin consultant doit donc être indépendant.

Si le médecin traitant omet de consulter un médecin indépendant, les commissions jugeront qu'il n'a pas agi conformément aux critères de rigueur.

Le médecin consultant doit être indépendant tant à l'égard du médecin traitant que du patient. Il ne doit pas avoir de liens de parenté ou de collaboration avec le médecin traitant, ni être un associé du même cabinet. Les commissions sont régulièrement confrontées à différentes formes de collaboration entre médecins généralistes, comme les cabinets médicaux, dans lesquels les praticiens ne sont pas à proprement parler des associés, mais partagent néanmoins des équipements, tels que les locaux, 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.

Le même problème peut se poser si deux médecins opèrent très régulièrement comme médecin consultant l'un de l'autre et finissent par former une sorte de duo, pouvant conduire à une situation indésirable.

Il se peut aussi qu'un médecin signaleur et un médecin consultant se connaissent dans le privé ou parce qu'ils font partie du même groupe d'intervision. Là aussi, ce sont les circonstances qui permettent d'établir si cela nuit ou non à l'indépendance du jugement du médecin consultant. Il importe que les médecins (signaleur et consultant) soient conscients des complications qui peuvent en résulter et expliquent aux commissions leur point de vue à ce sujet.

S'agissant du patient, le médecin consultant ne doit pas avoir de liens de parenté ou d'amitié 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.

Le rapport du médecin consultant⁸ 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. Le consultant doit donner un avis motivé sur le respect des critères de rigueur a. à d. Il est aussi souhaitable qu'il rende compte en détail de sa relation avec le médecin traitant et le patient.

Le médecin consultant est responsable 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 fait son rapport et que celui-ci présente la qualité requise. En cas de divergence d'opinions le médecin signaleur tiendra généralement compte du jugement de son confrère consultant, mais c'est à lui qu'il incombe de trancher. Car ce sont les actes des médecins signaleurs qui sont jugés par les commissions.

Les commissions sont heureuses de constater que le nombre de spécialistes parmi les médecins du SCEN augmente et que ceux-ci – en général des généralistes – sont de plus en plus souvent appelés en consultation à l'hôpital par des spécialistes. Elles se réjouissent des efforts déployés par le SCEN afin d'améliorer la qualité des rapports.

⁸ Une liste de contrôle qui peut être très utile au médecin consultant pour la rédaction de son rapport se trouve sur le site www.toetsingscommissieeuthanasie.nl.

Il arrive parfois que le médecin consultant constate, lors de sa visite au patient, qu'un des critères n'est pas encore rempli. Les rapports n'expriment pas toujours clairement quelle suite a été donnée à un tel constat, les commissions demandent alors un complément d'information au médecin signaleur (cas 7 et 8).

Si, consulté à un stade précoce, le médecin consultant constate que les souffrances du patient ne sont pas encore insupportables ou que sa demande d'euthanasie reste encore vague, une deuxième consultation sera en général nécessaire. En revanche, si le consultant a signalé que les souffrances deviendraient probablement insupportables à très court terme en précisant leur nature, une deuxième consultation ne sera en principe pas indispensable ; il est cependant conseillé de prévoir dans ce cas une concertation téléphonique entre médecin et consultant. 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.

Le programme de soutien et de consultation pour l'euthanasie (SCEN) forme les médecins à leur rôle de consultant en cas d'euthanasie. Dans la plupart des cas, le consultant indépendant est un médecin du SCEN.

Les commissions sont heureuses de constater que le nombre de spécialistes suivant cette formation augmente et que les médecins du SCEN – en majorité des généralistes – sont de plus en plus souvent appelés en consultation à l'hôpital par des spécialistes. Elles se réjouissent des efforts déployés par le SCEN afin d'améliorer la qualité des rapports.

Les commissions soulignent que les médecins du SCEN ont également un rôle de soutien, notamment de conseil. Il arrive qu'un médecin du SCEN, sollicité par un confrère juste avant le week-end, refuse d'examiner le patient avant le lundi suivant.

Dans de tels cas, il peut être important que le médecin du SCEN conseille son collègue, par exemple sur la possibilité d'administrer certains médicaments ou de faire appel à une équipe spécialisée dans les soins palliatifs.

Le médecin, quant à lui, ne doit pas perdre de vue que l'état de son patient risque de s'aggraver si rapidement qu'il lui faudra peut-être pratiquer l'euthanasie plus tôt que prévu.

Cas n° 7 (consultation)

Il s'est écoulé trois mois entre la consultation et l'euthanasie.

Le rapport de consultation n'était pas cohérent. La commission a demandé des explications au médecin et au consultant.

Chez un homme entre 50 et 60 ans, un carcinome urothélial métastatique avait été constaté. Après un peu plus de deux ans, les souffrances du patient étaient devenues insupportables et sans perspective d'amélioration. Le pronostic était très sombre et aucun traitement ne pouvait alléger la douleur. Le patient avait bien été informé sur sa situation et ses perspectives. Sa demande d'euthanasie était volontaire et mûrement réfléchie.

Telle était aussi la conclusion du consultant indépendant qui, à la demande du médecin, avait examiné le patient et jugé sa situation désespérée. Cependant, lorsque le consultant avait examiné le patient, les souffrances de celui-ci étaient encore supportables. Dans son rapport, le consultant indiqua qu'il estimait que les critères de rigueur étaient respectés.

L'euthanasie fut pratiquée trois mois après la consultation avec la rigueur médicale requise.

La commission souhaita que le médecin s'explique sur l'évolution de la maladie dans cet intervalle de trois mois et sur l'absence d'une nouvelle consultation juste avant la pratique de l'euthanasie. Elle avait également été surprise de lire que le consultant, bien qu'ayant

constaté que la situation n'était pas encore insupportable, avait conclu que les critères de rigueur étaient respectés. Le médecin s'était-il rendu compte de cette incohérence et quelle avait été sa réaction ? Vu la longue liste de questions qu'elle souhaitait voir élucider, la commission décida de convoquer le médecin et le consultant à venir s'expliquer oralement.

Le médecin expliqua alors que le patient avait été hospitalisé mi-2006 suite à des complications. À sa sortie d'hôpital, il lui restait tout au plus quelques semaines à vivre. Il était angoissé à l'idée que des complications graves puissent se produire de façon soudaine ; aussi demanda-t-il à son médecin de consulter à temps un de ses confrères.

Au moment de la consultation, les souffrances du malade n'étaient pas insupportables, mais allaient très vraisemblablement le devenir dans les trois semaines suivantes. Contre toute attente, le patient se rétablit étonnamment après la visite du consultant et connut une période de répit de quelques mois. Des métastases cérébrales multiples furent constatées ensuite et l'état du patient se dégrada très vite. Un jour, ses souffrances devinrent soudain insupportables. Tout au long de sa maladie, le patient avait toujours porté un regard très positif sur sa situation. Mais ce matin-là, le patient demanda l'euthanasie avec une insistance qui ne laissait plus aucune marge au médecin pour en retarder la mise en œuvre. C'est pourquoi le médecin n'envisagea pas de s'adresser une deuxième fois au consultant. En revanche, il s'enquit auprès d'un neurologue de l'existence d'autres soins palliatifs. Ayant obtenu une réponse négative, il entama les préparatifs pour réaliser l'euthanasie le jour même.

Le consultant avait examiné le patient peu après sa sortie de l'hôpital. Il savait que, durant son hospitalisation, celui-ci avait subi de longues souffrances insupportables. Il avait alors fondé son jugement sur la donnée que le patient n'avait plus que quelques semaines à vivre. Lorsqu'il l'avait examiné, il avait constaté l'angoisse manifeste qui emplissait le patient à l'idée des terribles sensations de suffocation, de étouffements et de la douleur auxquels il allait être exposé bientôt. Il fut très étonné d'apprendre que le patient avait encore vécu trois mois après sa visite. Le consultant n'avait eu aucun contact avec le médecin après l'examen du patient. Il indiqua avoir tiré un précieux enseignement de la remarque de la commission signalant le manque de cohérence entre la relation des faits et la conclusion de son rapport. Il était prêt à en tenir compte dorénavant.

Compte tenu des faits et circonstances, la commission a considéré que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

Cas n° 8 (consultation)

Le médecin consultant a indiqué que la demande d'euthanasie du patient ne s'appliquait pas au moment actuel, mais à celui où son état (à court ou moyen terme) s'aggraverait. Les critères de rigueur seraient alors remplis. La commission a demandé au médecin de lui fournir un complément d'information sur l'évolution des souffrances du patient entre la visite du consultant et le décès du patient.

Un homme entre 70 et 80 ans, souffrait depuis longtemps déjà de MPOC. En 2000 une endocardite et une sténose aortique valvulaire furent constatées, entraînant une péricardectomie partielle et la pose d'une prothèse vasculaire. Les six derniers mois furent marqués par une progression rapide de la MPOC. Le patient reçut un niveau de soins maximum pour sa MPOC ainsi qu'une médication cardiaque. Plus aucun traitement n'était envisageable. Le patient fit une demande d'euthanasie volontaire et mûrement réfléchie. Un consultant indépendant fut consulté ; il examina le patient et donna par écrit son avis sur le respect des critères de rigueur prévus aux paragraphes a. à d. de l'article 2 de la loi WTL. Le patient lui décrit sa vie et sa souffrance. Il déclara vouloir continuer à vivre tant que son état

était relativement bon, mais souhaiter l'euthanasie au moment où les douleurs réapparaîtraient. Le médecin consultant indiqua que la demande d'euthanasie du patient ne s'appliquait pas au moment actuel, mais à celui où son état (à court ou moyen terme) s'aggraverait. Il arrivait à appréhender l'angoisse du patient, c'est pourquoi il estimait que les critères de rigueur seraient alors remplis.

Tous les critères de rigueur n'étant pas encore remplis au moment de la visite du médecin consultant (la demande d'euthanasie ne portant pas sur le moment présent mais sur une situation ultérieure, lorsque l'état du patient s'aggraverait), la commission demanda au médecin de lui fournir un complément d'information sur l'évolution des souffrances du patient entre la visite du consultant et son décès. Le médecin expliqua que, le jour de la visite du médecin consultant, l'état du patient était particulièrement satisfaisant car il réagissait bien aux médicaments administrés. Cette amélioration avait cependant été de courte durée. Les douleurs étaient revenues et les difficultés respiratoires s'étaient aggravées, si bien que le patient n'était quasiment plus capable de se laver et de s'habiller seul. Malgré l'augmentation des doses d'analgésiques et la prescription d'un traitement pulmonaire intensif, l'état du patient ne s'était pas amélioré. Une bonne semaine après la visite du consultant, il avait demandé à plusieurs reprises au médecin de pratiquer l'euthanasie. Au cours du dernier mois, le patient avait réussi à convaincre le médecin que ses souffrances étaient insupportables.

La commission a considéré, compte tenu des faits et circonstances ainsi que du complément d'information fourni, que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

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.

Les commissions constatent que, contrairement à ce qui est conseillé, le midazolam ou des combinaisons d'opiacés sont de plus en plus souvent utilisés dans la phase d'induction du coma. Elles n'y sont guère favorables et préfèrent que soient administrés des produits ayant un effet avéré, car les benzodiazépines ne sont parfois pas assez puissantes.

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 solution buvable 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, auquel cas le médecin peut 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'autres personnes.

Seuls des motifs solides peuvent exceptionnellement justifier 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.

⁹ Standaard Euthanatica : Toepassing en bereiding (2007) [Norme pour les euthanasiants : utilisation et préparation].

¹⁰ Généralement une solution de 100 millilitres contenant 9 grammes de pentobarbital ou de secobarbital sodiques.

Il peut arriver qu'une confusion existe chez les médecins quant à leur rôle précis dans le cadre d'une procédure d'euthanasie.

Ainsi, si l'euthanasie est signalée par un médecin autre que celui qui l'a pratiquée, ce dernier devra tout de même signer le signalement et sera considéré par la commission comme le signaleur¹¹.

Information des commissions

Les documents du signalement doivent permettre aux commissions d'évaluer si le médecin a respecté les critères de rigueur prévus à l'article 2 de la loi WTL. Si une commission estime que l'information fournie par le médecin est insuffisante, elle peut lui demander de donner des précisions oralement ou par écrit ou l'inviter à s'entretenir avec elle, de façon à pouvoir prendre une décision fondée¹².

Si le médecin refuse, il se prive de la possibilité d'expliquer ses actes et court le risque que la commission ne puisse conclure qu'il a agi dans le respect des critères de rigueur, le signalement devant alors être transmis au ministère public et à l'Inspection de la santé. C'est ce qui s'est passé dans le cas présenté ci-dessous.

¹¹ Cf. article 3, paragraphe 1, des directives du 21 novembre 2006 relatives aux méthodes de travail des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie.

¹² Cf. article 9 des directives du 21 novembre 2006 relatives aux méthodes de travail des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie.

Cas n° 9 (Information des commissions)

Si le médecin ne fait pas usage de la possibilité de fournir des précisions à la commission, celle-ci risque de ne pas pouvoir établir qu'il a satisfait aux critères de rigueur. Dans le cas présent, elle a conclu qu'ils n'avaient pas été respectés.

Une femme entre 40 et 50 ans, atteinte d'un carcinome mammaire largement métastasé, avait fait une demande volontaire et dûment réfléchie d'euthanasie. Le médecin l'avait informée sur sa situation et ses perspectives. En concertation avec la patiente, le médecin avait acquis la conviction qu'il n'y avait aucune autre solution raisonnable dans la situation où elle se trouvait.

Un médecin indépendant avait formulé ses conclusions par écrit. Il jugeait que tous les critères de rigueur étaient respectés.

Le médecin fournit un complément d'information à la commission en réponse aux questions écrites de celle-ci concernant la mise en œuvre de l'interruption de la vie sur demande. Pour la commission, il ne faisait aucun doute que, jusqu'à la veille du jour où l'euthanasie fut pratiquée, la patiente subissait des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration. La commission s'interrogeait cependant sur, notamment, le caractère insupportable des souffrances de la patiente au moment de l'euthanasie, et souhaitait avoir des précisions sur l'évolution de l'état de la patiente et les raisons ayant poussé le médecin à procéder finalement à l'euthanasie le jour suivant. C'est pourquoi elle pria le médecin de venir l'éclairer à ce sujet. Le médecin ne donna pas suite à cette invitation.

En formulant des réponses trop succinctes aux questions de la commission et en refusant par deux fois de se présenter devant celle-ci pour fournir un complément d'information, le médecin ne lui a pas permis de conclure que les souffrances de la patiente étaient effectivement insupportables. La commission n'ayant pu établir, dans le cas présent, que le médecin avait respecté les critères de rigueur, elle a conclu que ces critères avaient été enfreints et a transmis le dossier au collège des procureurs généraux et à l'Inspection de la santé.

Annexe I Les signalements par région

A. Groningue, Frise et Drenthe

Période du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006

Signalements

La commission a enregistré 229 signalements.

Euthanasie et aide au suicide

Dans 201 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 23 cas d'aide au suicide et dans 5 cas d'une combinaison des deux.

Médecins signaleurs

Dans 210 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 11 cas un spécialiste hospitalier et dans 8 cas un médecin d'établissement de long séjour.

Affections

Les pathologies se répartissaient comme suit :

Cancer	186
Pathologies cardiovasculaires	7
Pathologies du système nerveux	21
Pathologies pulmonaires non cancéreuses	15
Autres affections	0

Lieu où a été pratiquée l'interruption de la vie

Dans 177 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 11 cas à l'hôpital, dans 8 cas dans un établissement de long séjour, dans 11 cas dans une maison de retraite médicalisée, et dans 22 cas dans un autre lieu.

Compétence de la commission et décision finale

Dans tous les cas, la commission s'est estimée compétente. Elle s'est réunie 12 fois. Dans tous les cas, elle a jugé que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

Délai d'examen

Un délai moyen de 24 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi de la décision.

B. Overijssel, Gueldre, Utrecht et Flevoland

Période du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006

Signalements

La commission a enregistré 468 signalements.

Euthanasie et aide au suicide

Dans 440 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 24 cas d'aide au suicide et dans 4 cas d'une combinaison des deux.

Médecins signaleurs

Dans 409 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 41 cas un spécialiste hospitalier et dans 18 cas un médecin d'établissement de long séjour.

Affections

Les pathologies se répartissaient comme suit :

Cancer	403
Pathologies cardiovasculaires	14
Pathologies du système nerveux	21
Pathologies pulmonaires non cancéreuses	10
Autres affections	20

Lieu où a été pratiquée l'interruption de la vie

Dans 371 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 40 cas à l'hôpital, dans 16 cas dans un établissement de long séjour, dans 22 cas dans une maison de retraite médicalisée et dans 19 cas dans un autre lieu (unité de soins palliatifs ou domicile d'un membre de la famille).

Compétence de la commission et décision finale

Dans tous les cas, la commission s'est estimée compétente. Elle s'est réunie 12 fois. Dans tous les cas, elle a jugé que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

Délai d'examen

Un délai moyen de 32 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi de la décision.

C. Hollande-Septentrionale

Période du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006

Signalements

La commission a enregistré 485 signalements.

Euthanasie et aide au suicide

Dans 427 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 48 cas d'aide au suicide et dans 10 cas d'une combinaison des deux.

Médecins signaleurs

Dans 418 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 45 cas un spécialiste hospitalier et dans 22 cas un médecin d'établissement de long séjour.

Affections

Les pathologies se répartissaient comme suit :

Cancer	419
Pathologies cardiovasculaires	15
Pathologies du système nerveux	23
Pathologies pulmonaires non cancéreuses	20
Autres affections	8

Lieu où a été pratiquée l'interruption de la vie

Dans 381 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 42 cas à l'hôpital, dans 24 cas dans un établissement de long séjour, dans 23 cas dans une maison de retraite médicalisée et dans 15 cas dans un autre lieu (par exemple unité de soins palliatifs ou domicile d'un membre de la famille).

Compétence de la commission et décision finale

Dans tous les cas, la commission s'est estimée compétente. Elle s'est réunie 13 fois. Dans tous les cas, elle a jugé que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

Délai d'examen

Un délai moyen de 27 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi de la décision.

D. Hollande-Méridionale et Zélande

Période du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006

Signalements

La commission a enregistré 400 signalements.

Euthanasie et aide au suicide

Dans 372 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 24 cas d'aide au suicide et dans 4 cas d'une combinaison des deux.

Médecins signaleurs

Dans 349 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 32 cas un spécialiste hospitalier et dans 19 cas un médecin d'établissement de long séjour.

Affections

Les pathologies se répartissaient comme suit :

Cancer	359
Pathologies cardiovasculaires	13
Pathologies du système nerveux	16
Pathologies pulmonaires non cancéreuses	7
Autres affections	5

Lieu où a été pratiquée l'interruption de la vie

Dans 320 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 30 cas à l'hôpital, dans 20 cas dans un établissement de long séjour, dans 12 cas dans une maison de retraite médicalisée et dans 18 cas dans un autre lieu (par exemple unité de soins palliatifs ou domicile d'un membre de la famille).

Compétence de la commission et décision finale

Dans tous les cas, la commission s'est estimée compétente. Elle s'est réunie 11 fois. Dans un cas, elle a jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur.

Délai d'examen

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

E. Brabant-Septentrional et Limbourg

Période du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006

Signalements

La commission a enregistré 341 signalements.

Euthanasie et aide au suicide

Dans 325 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 13 cas d'aide au suicide et dans 3 cas d'une combinaison des deux.

Médecins signaleurs

Dans 306 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 22 cas un spécialiste hospitalier et dans 13 cas un médecin d'établissement de long séjour.

Affections

Les pathologies se répartissaient comme suit :

Cancer	289
Pathologies cardiovasculaires	6
Pathologies du système nerveux	25
Pathologies pulmonaires non cancéreuses	12
Autres affections	9

Lieu ou a été pratiquée l'interruption de la vie

Dans 279 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 22 cas à l'hôpital, dans 11 cas dans un établissement de long séjour, dans 11 cas dans une maison de retraite médicalisée et dans 18 cas dans un autre lieu (unité de soins palliatifs ou domicile d'un membre de la famille).

Compétence de la commission et décision finale

Dans tous les cas, la commission s'est estimée compétente. Elle s'est réunie 12 fois. Dans tous les cas, elle a jugé que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

Délai d'examen

Un délai moyen de 29 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi de la décision.