

# Rapport 2008 des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

## Table des matières

Avant-propos

Chapitre I   Évolution en 2008  
                  Signalements  
                  Rigueur médicale  
                  Problèmes d'ordre psychiatrique

Chapitre II   Critères de rigueur généraux  
  
                  Critères de rigueur spécifiques  
                  a. Demande volontaire et mûrement réfléchie  
                      Testament de vie  
                  b. Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration  
                      Souffrances insupportables et situations particulières  
                      Sédation palliative  
                  c. Information du patient  
                  d. Absence d'une autre solution raisonnable  
                  e. Consultation  
                  f. Rigueur médicale

Chapitre III  Travaux des commissions  
                  Cadre légal  
                  Rôle des commissions

## Annexes

I               État des lieux  
                  Total des signalements  
  
                  Signalements par région (ne figure pas dans le présent résumé)  
                  A. Groningue, Frise et Drenthe  
                  B. Overijssel, Gueldre, Utrecht et Flevoland  
                  C. Hollande-Septentrionale  
                  D. Hollande-Méridionale et Zélande  
                  E. Brabant-Septentrional et Limbourg

II              Loi relative au contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (ne figure pas dans le présent résumé)

## Avant-propos

Le présent rapport rend compte des travaux effectués en 2008 par les cinq commissions régionales de contrôle de l'euthanasie et de leur conformité aux dispositions de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (loi WTL). En complément de ce compte rendu, les commissions publient en principe, après anonymisation, tous leurs jugements sur le site [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl). Ces deux publications permettent ainsi de répondre, de façon précise mais sans porter atteinte au respect de la vie privée, aux exigences de la loi WTL en matière de présentation des cas : mention du nombre de signalements, nature des cas signalés, jugements émis et leurs motivations.

En 2008, les commissions ont enregistré 2 331 signalements. Dans dix de ces cas, elles ont jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur établis par la loi WTL. Dans tous les autres, elles ont estimé que les critères avaient été respectés.

Le nombre de signalements a augmenté de 10 %, et ce, pour la deuxième année consécutive. Les commissions ont chargé M<sup>me</sup> Agnes van der Heide, du service de santé sociale du centre hospitalier Erasmus, d'étudier les raisons qui pourraient expliquer cette tendance, apparue dès 2003.

Ses recherches révèlent que l'augmentation concerne uniquement les interruptions de la vie sur demande, pratiquées par les médecins de famille, sur des patients majoritairement cancéreux. C'est dans ces cas que l'interruption de vie sur demande a toujours été le plus pratiquée. Deux facteurs, pouvant se renforcer, peuvent expliquer l'augmentation des signalements :

- la distinction euthanasie - sédation palliative est plus claire, notamment grâce à la directive de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG). C'est vraisemblablement la raison pour laquelle la sédation palliative est appliquée moins fréquemment qu'on le pensait comme alternative à l'euthanasie.
- La dernière évaluation nationale de la loi WTL, en 2005, estimait le pourcentage de signalements à 80 %. Les 20 % restants concernaient des décès induits par la morphine. Il est probable que l'utilisation d'euthanasiant recommandés devenant plus fréquente, cette catégorie diminue, entraînant par là-même l'augmentation du pourcentage de signalements.

Les commissions souscrivent à ces conclusions. Cependant, pour les établir avec certitude, une nouvelle évaluation nationale paraît souhaitable. Elle permettrait non seulement de rechercher les causes de la forte progression des signalements mais aussi de suivre attentivement la pratique de la décision médicale concernant la fin de vie.

Vos réactions offrent de précieux enseignements pour les commissions, et je vous invite à les transmettre à l'adresse électronique mentionnée ci-dessous.

La Haye, avril 2009

M. J.J.H. Suyver

Président coordinateur des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

Courriel : [ic.spitters@toetscie.nl](mailto:ic.spitters@toetscie.nl)

## Chapitre I Évolution en 2008

### *Signalements*

Les commissions régionales de contrôle (dénommées ci-après « les commissions ») ont enregistré 2 331 cas d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide<sup>1</sup>, contre 2 120 en 2007, soit une augmentation de 10 %. Dans chaque cas, les commissions ont examiné si le médecin avait agi dans le respect des 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 loi WTL). À dix reprises, elles ont conclu qu'il n'en avait pas été ainsi. Les principaux passages des jugements émis sont repris au chapitre II, dans les études de cas correspondant à chacun des critères de rigueur. Les textes intégraux de tous les jugements de la commission sont publiés sur le site [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl), à l'exception de ceux dont la parution pourrait nuire à l'anonymat du patient.

### *Rigueur médicale*

Dans la pratique, les commissions sont confrontées à l'utilisation de produits autres que les substances dites prioritaires, préconisées dans l'avis de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la pharmacie (KNMP)<sup>2</sup>. Il arrive aussi que les signalements ne mentionnent pas la posologie utilisée pour l'euthanasiant choisi, ou que celle-ci ne soit pas conforme aux recommandations de la KNMP.

Les commissions fondent leur jugement en matière de rigueur médicale sur les normes en vigueur dans la théorie et la pratique médicales et pharmacologiques.

Elles considèrent le *Standaard Euthanatica* de la KNMP comme la référence à suivre en ce qui concerne la méthode, les moyens et la posologie à utiliser ou à éviter en matière d'euthanasie et d'aide au suicide.

L'Institut scientifique des pharmaciens néerlandais (WINAp), rattaché à la KNMP, confirme la distinction établie par cette dernière entre les substances à choisir prioritairement ou en seconde instance pour l'induction du coma. Recensés au paragraphe « Solutions de secours » du *Standaard Euthanatica*, les produits de la seconde catégorie ont une action moins bien connue mais peuvent, si nécessaire, remplacer les produits prioritaires, contrairement à la troisième catégorie de substances dont l'usage est déconseillé.

La commission demandera à un médecin n'ayant pas utilisé les substances prioritaires d'expliquer son choix. La rigueur médicale n'est pas a priori incompatible avec l'emploi de produits classés parmi les solutions de secours, sous réserve de justification suffisante par le médecin. Si ce n'est pas le cas, ou si le médecin a utilisé des produits qui ne sont pas reconnus comme solutions de secours ou qui sont déconseillés, il devra s'expliquer devant la commission. Il en est de même s'il n'a pas précisé la posologie utilisée. Le médecin doit en outre justifier toute posologie s'écartant des recommandations de la KNMP, faute de quoi la commission l'interrogera.

### *Problèmes d'ordre psychiatrique*

Les commissions ont enregistré deux signalements concernant l'aide au suicide de patients souffrant de troubles psychiatriques. Dans les deux cas, la commission a jugé que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur. En règle générale, le médecin doit observer la plus grande prudence en ce qui concerne les demandes d'interruption de la vie ou d'aide au

---

<sup>1</sup> Les données chiffrées sont jointes en annexe.

<sup>2</sup> *Standaard Euthanatica, Toepassing en bereiding 2007* (Norme pour les euthasiantes : utilisation et préparation, 2007), KNMP/WINAp.

suicide motivées par des souffrances causées par une maladie ou des troubles d'ordre psychiatrique. En effet, il est alors plus difficile de juger du caractère insupportable et de l'absence de perspective d'amélioration de ces souffrances, et de s'assurer que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie. Le comportement du médecin doit être à la hauteur de cette exigence.

Dans les deux cas signalés, les explications fournies étaient détaillées et le long processus ayant mené à la décision clairement exposé à la commission par le médecin signaleur. L'avis de consultants indépendants et autres experts, dont plusieurs psychiatres, a été sollicité. Après avoir examiné les patients et s'être entretenus avec eux, ils ont émis un jugement argumenté sur le respect des critères de rigueur. Ces deux cas sont présentés dans le rapport.

## Chapitre II

### Les critères de rigueur

#### DÉFINITION GÉNÉRALE

Les commissions contrôlent si le médecin signaleur a agi conformément à tous les critères de rigueur mentionnés dans la loi WTL et jugent s'il les a respectés.

Ces critères prévoient que le médecin doit :

- a. avoir acquis la conviction que la demande du patient a été volontaire et mûrement réfléchi ;
- 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 informations fournies par le médecin signaleur sont d'une importance cruciale pour le jugement par les 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.

Cette année encore, la grande majorité des signalements n'ont pas suscité de discussion ni de questions de la part des commissions. Dans la quasi-totalité des cas, elles ont jugé que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur. Parfois, le signalement a donné lieu à un examen plus poussé et un complément d'information, oral ou écrit, a été demandé au médecin. Ce chapitre présente des cas ayant posé problème.

#### CRITÈRES DE RIGUEUR SPÉCIFIQUES

##### **a. Demande volontaire et mûrement réfléchi**

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

Le médecin doit s'assurer que la demande a été faite librement et qu'elle a été mûrement réfléchi. La mise en place d'un dialogue sur la fin de vie prochaine du patient ainsi que la discussion de ses souhaits et des éventuels moyens de les concrétiser sont des éléments essentiels de sa démarche professionnelle. Le patient doit avoir adressé une demande explicite au médecin.

Certains aspects sont ici essentiels.

Tout d'abord, le patient doit lui-même formuler la demande d'euthanasie ou d'aide au suicide, qui doit en outre être libre et volontaire. Ce qui implique, d'une part, que le patient jouisse de toutes les facultés mentales permettant de déterminer son choix (acte volontaire) et, d'autre part, qu'il exprime sa demande sans subir de pression ou d'influence extérieure (acte libre).

En troisième lieu, pour être mûrement réfléchie, la décision du patient doit reposer sur des informations complètes et sur une compréhension claire de sa maladie.

Le patient peut être considéré comme apte à exprimer sa volonté s'il est capable d'un choix volontaire et mûrement réfléchi.

#### *Maladie et troubles psychiatriques*

En règle générale, le médecin doit observer la plus grande prudence en ce qui concerne les demandes d'interruption de la vie ou d'aide au suicide motivées par les souffrances dues à une maladie ou des troubles d'ordre psychiatrique. Il doit alors s'attacher avec une attention redoublée à établir si la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie. Un patient souffrant d'une maladie ou d'un trouble psychiatrique peut être dans l'incapacité de déterminer son choix de façon libre et volontaire. Le médecin doit vérifier s'il est apte à exprimer sa volonté et s'assurer notamment qu'il saisit bien les informations pertinentes, qu'il comprend sa maladie et mène une réflexion cohérente. Il est également essentiel de demander sur ce point, outre l'avis d'un consultant indépendant, celui d'un ou plusieurs experts, dont un psychiatre.

Lorsque les compétences d'autres médecins ont été sollicitées, il importe d'informer les commissions des avis émis.

#### *Troubles dépressifs*

Les troubles dépressifs peuvent altérer la capacité d'un patient à exprimer sa volonté. En cas de doute, il est généralement fait appel à l'avis d'un psychiatre, parallèlement à celui du médecin consultant indépendant. 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 qu'un médecin décide, après réflexion, de ne pas avoir recours aux services d'un expert ou de ne pas le consulter à nouveau. Une considération de ce genre constitue une information précieuse pour la commission.

#### *Démence*

Les signalements concernent parfois l'interruption de la vie sur demande ou l'aide au suicide de patients souffrant de syndrome démentiel. Dans les cas signalés en 2008, les commissions ont jugé que les critères de rigueur avaient été respectés. Les patients concernés se trouvaient au début du processus de démence et avaient encore une bonne compréhension de leur maladie et de leurs symptômes d'altération de l'orientation et de la personnalité. Conscients des conséquences de leur demande, ils ont été jugés aptes à exprimer leur volonté.

Pour les commissions, le médecin doit redoubler de prudence face à la demande d'interruption de la vie d'un patient engagé dans un processus de démence.

Il devra tenir compte de la phase de la maladie et des autres circonstances spécifiques à la situation donnée. 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 lui est recommandé de consulter un ou deux experts, en dehors du confrère intervenant en tant que consultant.

Outre le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, l'absence de perspective d'amélioration et le trait insupportable des souffrances – examiné plus loin – doivent être, dans de tels cas, très soigneusement pesés par le médecin. Les commissions lui conseillent d'entourer sa décision de précautions supplémentaires, dont il doit clairement faire mention.

#### **Testament de vie**

En ce qui concerne le testament de vie, il est utile d'apporter quelques précisions. Selon la loi WTL, le médecin doit avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie. C'est presque toujours au cours d'un entretien entre médecin et patient, donc oralement, que cette demande est formulée. Il s'agit avant tout que les choses soient claires, entre le médecin et le patient, en ce qui concerne le souhait de ce dernier.

Le testament de vie, inscrit dans la loi WTL, est prévu pour les patients qui, au moment où l'euthanasie pourrait être envisagée, ont perdu la capacité d'exprimer leur volonté. Les critères de rigueur étant applicables par analogie, il est essentiel pour le médecin auquel la demande est adressée dans la situation concrète que ce testament soit parfaitement clair. Il est conseillé de le rédiger suffisamment tôt, de l'actualiser régulièrement et d'y décrire de façon aussi circonstanciée que possible les circonstances concrètes dans lesquelles le patient souhaite que l'euthanasie soit pratiquée. Plus le testament de vie est précis, plus il offre d'éléments permettant au médecin de fonder sa décision. Celui-ci doit, comme le médecin consultant, juger, en confrontant la situation décrite et celle dans laquelle se trouve effectivement le patient, du caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, du caractère insupportable et dépourvu de perspective d'amélioration des souffrances, et de l'absence d'alternative raisonnable. Un testament manuscrit, dans lequel le patient s'exprime avec ses propres mots, apporte généralement un éclairage personnel complémentaire. Le cas n° 11 expose le rôle joué par le testament de vie dans l'évaluation de la demande volontaire et mûrement réfléchie d'un patient devenu par la suite incapable d'exprimer sa volonté.

Si le patient est capable d'exprimer sa volonté et de demander l'euthanasie, un testament de vie écrit, quoi qu'alors non requis, peut cependant dissiper toute ombre éventuelle en étayant la demande faite oralement.

Contrairement à une opinion courante, la loi WTL n'exige en effet pas la rédaction d'un testament de vie. Certes, dans la pratique, ce dernier facilite l'examen a posteriori du processus de décision de fin de vie. Les commissions entendent néanmoins souligner qu'il ne saurait être question de faire rédiger une telle déclaration par le patient dans le laps de temps parfois très court précédant son décès, et donc de le soumettre inutilement à une pression considérable.

Le médecin peut, lui aussi, contribuer à une plus grande clarté en gardant dans le dossier du patient des notes des entretiens consacrés au souhait d'euthanasie de celui-ci et des étapes de la décision de fin de vie. Ceci s'avère également précieux pour les observateurs éventuels et les autres personnes impliquées dans ce processus.

**Cas n° 1 (ne figure pas dans le présent résumé)**

**Cas n° 2 (ne figure pas dans le présent résumé)**

**Cas n° 3 (demande volontaire et mûrement réfléchie)**

**Patiente souffrant de troubles psychiatriques Pour plus de clarté, le cas est présenté de façon exhaustive, ce qui permet de mieux cerner le caractère insupportable et sans perspective d'amélioration des souffrances.**

La patiente, entre 60 et 70 ans, a été hospitalisée dans un établissement psychiatrique, après une succession d'hospitalisations et de traitements semi-ambulatoires. Atteinte d'un grave trouble dépressif chronique, résistant aux thérapies, elle souffrait depuis plusieurs années de sévères dépressions récidivantes, accompagnées de pulsions suicidaires. Elle avait été traitée

selon différentes méthodes : thérapie électroconvulsive (TEC), luminothérapie et privation de sommeil. Elle avait également suivi plusieurs traitements psychologiques. Selon les connaissances actuelles en matière de traitement des troubles dépressifs, il ne restait plus aucune option thérapeutique.

Parallèlement à l'expression régulière de ses idées suicidaires, la patiente avait, depuis fin 2007, formulé des demandes concrètes et réitérées d'euthanasie envers son médecin. Celui-ci avait à diverses reprises vérifié si la patiente comprenait bien ce qu'une aide au suicide signifiait et quelles en étaient les conséquences pour elle-même et pour les autres. Ce faisant, il avait particulièrement été attentif à toute éventuelle hésitation de sa part causée par les éléments évoqués. Explicitement questionnée, la patiente avait à chaque fois indiqué avoir bien compris l'objet de l'entretien. Elle s'était montrée capable d'en distinguer les différents aspects. Par ailleurs, début 2008, un examen neuropsychologique avait été pratiqué.

Conformément aux conclusions cliniques, il n'avait révélé chez la patiente aucun signe d'incapacité à saisir la portée de sa demande.

Les souffrances de la patiente étaient caractérisées par des sentiments d'angoisse et d'abattement, l'empêchant d'entreprendre toute activité sociale. Elle était incapable d'éprouver aucun plaisir et avait indiqué de façon réitérée ne pas souhaiter continuer à vivre ainsi. Elle avait déclaré à plusieurs reprises vouloir se suicider si on ne l'aidait pas à mourir (et elle avait déjà fait une tentative en ce sens).

Le médecin était convaincu que les souffrances de la patiente étaient sans perspective d'amélioration. Aucun des stades du protocole de traitement de la dépression ne s'était conclu par un quelconque progrès. Son état dépressif persistant était tel qu'un rétablissement spontané apparaissait improbable. Et s'il se produisait néanmoins, une rechute était à craindre, comme cela avait été le cas après sa première TEC. Moins de six mois après, la patiente avait à nouveau été hospitalisée pour une récurrence des symptômes dépressifs, survenue deux mois après la TEC.

Les médicaments existants n'avaient pas pu être efficacement utilisés, ni comme traitement curatif direct, ni comme traitement d'entretien, compte tenu d'effets secondaires insupportables pour la patiente, tels que l'hypertension, la chute des cheveux et l'augmentation des angoisses. Ces effets secondaires lui étaient très pénibles, contribuant ainsi à ses sentiments de désespoir et d'absence de perspectives. Malgré les médicaments, la patiente se plaignait toujours d'une angoisse et d'un abattement insurmontables.

Le médecin était convaincu du caractère insupportable des souffrances de la patiente ainsi que de leur sérieux, la patiente les exprimant toujours de façon cohérente et différenciée. Souhaitant obtenir une seconde opinion, le médecin demanda l'avis d'un psychiatre. Cet expert connaissait la patiente, qu'il avait suivie quatre ans durant à l'occasion de traitements semi-ambulatoires et d'hospitalisations précédentes. Il la décrivit comme quelqu'un manifestement en proie à de très grandes souffrances. Dotée d'une capacité d'expression normale, elle était consciente de sa maladie. Elle était lucide et capable de fixer et de maintenir son attention. L'orientation spatiale, temporelle et identitaire n'était pas altérée, ni la perception. Sa mémoire était globalement intacte, la concentration légèrement diminuée. Si le processus de réflexion était ralenti, il restait cependant logique. Les pensées étaient influencées par son humeur sombre. Elle était préoccupée et angoissée par sa maladie et le fardeau des souffrances afférentes, sans qu'il soit aucunement question de développement d'un délire.

L'expert conclut que si la patiente souffrait d'un trouble dépressif grave et résistant aux traitements, elle était cependant capable d'exprimer sa volonté et que sa demande d'aide au suicide était volontaire et mûrement réfléchi. Son souhait était progressivement devenu persistant, consistant et mûrement réfléchi.

Bien qu'il soit difficile, chez les patients psychiatriques, d'établir objectivement le caractère insupportable des souffrances, l'expert conclut qu'il pouvait appréhender le vécu de la



patiente. Ses souffrances étaient insupportables notamment à cause de la quasi-absence de perspective d'amélioration. Toutes les tentatives de resocialisation avaient échoué. Elle s'était montrée incapable d'améliorer un tant soit peu la qualité de sa vie, en dépit des bons contacts avec quelques membres de la famille et d'une thérapie de soutien de plusieurs années. Le spécialiste conclut que la patiente se trouvait dans une situation où toutes les solutions avaient été épuisées.

Le médecin consulta un autre expert, un psychiatre, sur la pertinence d'une troisième TEC, traitement que refusait la patiente. Selon ce spécialiste, il n'y avait pas grand-chose à attendre de cette option thérapeutique.

Le médecin demanda l'avis de deux consultants indépendants.

Le premier, un psychiatre indépendant, aboutit aux mêmes conclusions que son confrère précédemment consulté en temps qu'expert en ce qui concerne la conscience, l'orientation, la mémoire, la perception et la réflexion de la patiente. Lui aussi jugeait qu'elle était capable d'exprimer sa volonté et que sa demande d'aide au suicide était volontaire et mûrement réfléchi. Son trouble de l'humeur ne suscitait ni n'alimentait de pensée délirante. Le souhait de mourir ne pouvait plus être interprété comme un simple symptôme dépressif, mais résultait de sa décision de ne plus vivre avec ce trouble sévère. La demande d'aide au suicide persistait depuis mi 2006. Dans cette phase, les possibilités de traitement étaient épuisées, compte tenu des résultats insuffisants de la seconde TEC, du traitement médicamenteux complémentaire et de la thérapie de soutien. Il était manifeste que lorsqu'il était apparu que son trouble devenait réellement chronique, la patiente avait exprimé de façon volontaire et mûrement réfléchi une demande d'aide au suicide. Le médecin consultant estimait qu'elle était suffisamment capable de saisir la portée de son souhait et de ses décisions. La gravité de sa dépression ne l'empêchait pas de pouvoir juger raisonnablement de sa situation. Le consultant concluait que la patiente était capable d'exprimer sa volonté.

Selon lui, le caractère insupportable de ses souffrances était dû à un grave trouble dépressif, résistant à la thérapie, devenu chronique et dont elle ne pouvait espérer guérir. Aucune option thérapeutique n'était plus envisageable, tous les stades du protocole de traitement des dépressions ayant été épuisés en vain. On ne pouvait plus raisonnablement espérer d'amélioration, et la patiente ne voyait plus d'issue, tous les traitements ayant échoué. Son incapacité à s'adapter à une quelconque situation ôtait toute valeur à sa vie. Le médecin consultant pouvait appréhender le caractère insupportable de ses souffrances. Il conclut que les critères de rigueur étaient respectés.

Selon le second consultant sollicité, un généraliste et médecin du programme SCEN (Soutien et consultation dans les cas d'euthanasie aux Pays-Bas), il était clair que la demande de la patiente était durable. Sa vie avait perdu toute valeur. La dépression se prolongeait depuis des années, et l'absence de joie de vivre était tangible. La durée de la maladie et l'importance des souffrances constituaient un fardeau insupportable. Le consultant avait constaté que les médecins traitants, les experts indépendants et la patiente n'attendaient plus de guérison. Les souffrances de la patiente étaient sans perspective d'amélioration. Un psychiatre indépendant avait constaté que la patiente était capable d'exprimer sa volonté. Elle avait formulé, de façon autonome, une demande d'aide au suicide afin de mettre fin à des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration. Le médecin consultant jugea que les critères de rigueur étaient respectés.

La commission estima que l'excellent rapport circonstancié du médecin montrait qu'il avait agi de façon très scrupuleuse. L'aide au suicide était l'aboutissement d'un long processus, qui avait impliqué deux médecins consultants indépendants et des spécialistes, dont divers psychiatres, qui s'étaient prononcés de façon argumentée sur le respect des critères de rigueur.

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

#### **Cas n° 4 (ne figure pas dans le présent résumé)**

##### **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.*

Les souffrances d'un patient sont considérées comme *sans perspective d'amélioration* lorsqu'elles sont dues à une maladie ou une affection incurable, et qu'aucun rétablissement partiel, permettant une atténuation des symptômes telle qu'elles deviennent tolérables, n'est non plus possible. C'est au médecin qu'il appartient de constater l'absence de perspective d'amélioration, résultant du diagnostic posé et du pronostic de la maladie. Pour juger de la perspective réelle de soulagement des symptômes, il faut prendre en compte l'amélioration que peut procurer un traitement palliatif comme les effets secondaires qu'il peut entraîner chez le patient. En ce sens, ce sont la maladie ou l'affection et les symptômes qui sont dépourvus de perspective d'amélioration. Les patients utilisent également cette expression pour indiquer qu'ils ne peuvent accepter le fait qu'aucune amélioration de leur état n'est plus possible et qu'ils souhaitent la fin de leurs souffrances. L'absence de perspective d'amélioration ressentie par le patient contribue alors au caractère insupportable des souffrances.

Notion subjective, *ce caractère insupportable* est plus difficile à établir car il s'agit d'une notion subjective. Il est déterminé par les perspectives que voit le 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 explications données dans les signalements pour justifier du caractère insupportable des souffrances mentionnent souvent des symptômes physiques tels que douleur, nausées, suffocation, tous basés sur les déclarations des patients, ainsi que l'épuisement, la déchéance et la dépendance grandissantes, et la perte croissante de dignité. Comme nous l'avons vu, ces symptômes et ces circonstances, propres à un individu donné, sont par définition ressentis différemment d'une personne à l'autre.

Le médecin doit pouvoir appréhender le caractère insupportable des souffrances du patient. Il ne s'agit pas de savoir si elles seraient ressenties comme telles par la plupart des personnes ou par le médecin lui-même, mais par ce patient précis. Le médecin doit donc se projeter non seulement dans la situation de ce dernier mais aussi dans sa perspective.

Pour le jugement des commissions, il est essentiel que le médecin montre qu'il a pu appréhender le caractère insupportable des souffrances.

##### *Souffrances insupportables et situations particulières*

###### *Démence*

Comme indiqué dans le paragraphe consacré à la demande volontaire et mûrement réfléchie, le souhait d'euthanasie des patients atteints de démence doit être accueilli avec la plus grande vigilance. Nous avons déjà abordé à ce propos l'aspect concernant la capacité à exprimer sa volonté.

L'autre aspect particulièrement pertinent en cas de démence est celui du caractère insupportable des souffrances. Il réside ici souvent dans le fait de voir sa personnalité, ses fonctions et ses compétences s'altérer et se dégrader progressivement, tout en sachant que ce processus ne fera que s'amplifier pour aboutir à une dépendance totale et à une complète perte de soi. Si le patient perçoit être entré dans cette spirale et est conscient de ses perspectives, il peut véritablement être en proie à une très grande souffrance. En ce sens, « l'angoisse devant les souffrances à venir » correspond à une juste prévision du processus de dégradation de son état. Ici aussi, ce sont les circonstances spécifiques à chaque situation qui déterminent si le médecin peut appréhender le caractère insupportable des souffrances du patient.

### *Maladie et troubles psychiatriques*

Le paragraphe consacré au caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande décrit deux cas d'aide au suicide signalés aux commissions concernant des patients souffrant de troubles psychiatriques. Les commissions ont compris que les souffrances de ces patients ne pouvaient pas être soulagées, en dépit d'années de traitement intensif. Les effets secondaires d'un énième traitement n'étaient pas proportionnés aux résultats, sans doute minimes, pouvant en être attendus. Les médecins se sont entretenus longuement avec les patients et ont conclu avec eux qu'il ne restait aucun traitement thérapeutique raisonnable. Les souffrances étaient sans perspective d'amélioration. Les commissions ont constaté que les patients les ressentaient depuis déjà longtemps comme insupportables. Dans les deux cas, la commission a estimé que, s'appuyant sur ses connaissances et son expérience professionnelles et déontologiques, le médecin avait raisonnablement pu juger que les souffrances devaient être considérées comme insupportables.

### *Coma*

Le cas des patients plongés dans le coma pose un autre problème majeur. Les professionnels de la santé considèrent généralement qu'un patient plongé dans un coma profond n'éprouve pas de souffrance, a fortiori de souffrance insupportable. À titre de comparaison, les sédatifs administrés en phase terminale afin de combattre des symptômes insupportables n'ont d'autre but que de provoquer la perte de conscience du patient qui cesse alors de ressentir la souffrance.

Le médecin peut avoir acquis la conviction qu'un patient plongé dans un coma réactif et manifestant encore des signes extérieurs de douleur souffre véritablement de façon insupportable. En dépit de la marge autorisée dans l'évaluation de la profondeur du coma, les commissions estiment que la plus grande prudence est de mise en ce qui concerne l'euthanasie d'un patient avec lequel il n'est plus possible de communiquer.

Aussi dans la plupart des cas se rapportant à des patients en état comateux réclament-elles un complément d'information afin de contrôler les faits et circonstances spécifiques. Et il n'est alors pas exclu que, sur la base de ces données, une commission juge que le médecin a agi conformément aux critères de rigueur.

La situation est parfois encore compliquée par l'engagement pris, sans tenir compte de l'éventualité d'un coma, par le médecin du patient. Si la situation change brutalement, par exemple à cause d'un coma spontané qui annihile les souffrances insupportables du patient, le médecin se trouve placé devant un dilemme : peut-il encore tenir la promesse faite au patient alors que le critère de souffrances insupportables n'est plus rempli. Il se peut aussi que, dans une telle situation, la famille du patient insiste pour que le médecin exécute la promesse faite, exerçant ainsi une pression morale. C'est pourquoi les commissions conseillent aux médecins de s'abstenir de faire aux patients des promesses inconditionnelles et leur recommandent de

signaler la possibilité d'un glissement dans le coma qui interdirait en principe la poursuite de la procédure d'interruption de vie sur demande.

### *Sédation palliative*

La sédation palliative consiste à diminuer à dessein l'état de conscience d'un patient dans la dernière phase de sa vie afin de supprimer les souffrances réfractaires. Sa mise en œuvre est conditionnée à l'imminence du décès<sup>3</sup>.

La possibilité d'une sédation palliative ne signifie pas forcément que l'euthanasie ne soit plus réclamée. Certains patients, souhaitant rester conscients jusqu'à la fin, refusent catégoriquement la sédation palliative.

### **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 dispose de tous les éléments nécessaires concernant sa maladie, les diagnostics des médecins, les possibilités de traitement et les pronostics. Il est de la responsabilité du médecin de veiller à ce que le patient soit pleinement informé et de s'en assurer activement. Dans aucun des cas signalés les commissions n'ont formulé d'observations concernant le respect de ce critère.

### **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 qu'aucune autre issue n'est réellement envisageable et que l'interruption de la vie sur demande ou l'aide au suicide est la seule solution restante pour mettre fin aux souffrances du patient. 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 guérison n'apparaît plus possible ou que le patient refuse toute poursuite thérapeutique. 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 par exemple être guidée par le fait que certains traitements ont des effets secondaires difficiles à supporter, voire inacceptables pour ce patient, qui l'emportent à ses yeux sur leurs effets bénéfiques.

Le patient peut aussi refuser l'augmentation des doses de morphine par crainte de sombrer dans la somnolence ou le coma. Le médecin doit lui fournir les informations nécessaires et considérer avec lui si cette crainte est justifiée, ces effets secondaires étant assez souvent passagers.

Lorsqu'ils ont conclu ensemble en faveur de l'interruption de la vie, le médecin doit indiquer dans le rapport destiné à la commission les motifs pour lesquels le patient n'a pas jugé raisonnables ou acceptables les autres solutions éventuelles.

Dans la pratique, ce critère de rigueur n'a pas posé de problème.

---

<sup>3</sup> Cf. la version 2009 de la directive relative à la sédation palliative de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG).

## **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 présentés sous a jusqu'à d. Ce praticien doit pouvoir juger en toute indépendance.

La loi exige que le médecin demande cette consultation préalablement à toute interruption de vie sur demande ou aide au suicide, dans le but de garantir un processus décisionnel aussi scrupuleux que possible. Le médecin consultant examine le patient afin de vérifier que le confrère qui a décidé de pratiquer l'euthanasie n'a omis aucun aspect des critères de rigueur à respecter. Il s'agit d'une consultation formelle, portant sur des points précis : la commission entend par là que le médecin prend connaissance des conclusions du consultant et qu'il en tient compte dans son évaluation de la demande d'interruption de la vie formulée par le patient.

Dans le cas n° 7, on ne peut selon ces termes parler de consultation, le médecin ayant pratiqué l'interruption de la vie sur demande avant même de connaître les conclusions du consultant.

Dans le cas n° 10 non plus, le médecin n'avait pas pris connaissance du rapport du consultant. Dans le cas n° 9, un médecin traitant remplaçant a estimé au cours d'un entretien sur l'état du patient et les possibilités de traitement que les critères de rigueur étaient remplis. Ceci ne peut être considéré comme l'équivalent de la consultation d'un confrère indépendant. Comme dans les cas 7 et 10, la commission a jugé ici que le médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur.

Le médecin consultant doit être indépendant tant à l'égard du patient que du médecin traitant. Il ne doit notamment pas avoir de lien de parenté ou de collaboration avec ce dernier, ni être un associé de son 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 assurant en équipe les soins aux patients, mais partagent néanmoins des équipements communs, tels que les locaux professionnels locatifs, le système informatique ou les fichiers des patients. En l'absence générale d'information à ce sujet, 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 régulièrement comme médecin consultant l'un de l'autre et finissent par former une sorte de duo. Ceci peut créer une situation indésirable et susciter à juste titre des questions sur leur indépendance. Les commissions estiment qu'il n'est pas souhaitable qu'un médecin fasse toujours appel au même consultant car cela peut rapidement nuire à l'indépendance du jugement de celui-ci. Il faut éviter tout semblant d'atteinte à cette indépendance.

Il se peut aussi qu'un médecin signaleur et un médecin consultant se connaissent de par leur vie privée ou parce qu'ils font partie du même groupe d'analyse des pratiques professionnelles. Si, dans le premier cas, un jugement indépendant n'est pas nécessairement exclu, l'apparence de connivence est gênante. Le second cas, celui d'une activité somme toute professionnelle, ne crée pas forcément cette ambiguïté : tout dépendra des conditions dans le groupe d'intervention. Quoi qu'il en soit, il importe que les médecins (signaleur et

consultant) soient conscients des complications qui peuvent résulter de telles situations et expliquent à la commission leur point de vue à ce sujet.

S'agissant du patient, le médecin consultant ne doit notamment 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. Dans le cas n° 5, l'indépendance du consultant, médecin de famille de la patiente, était sujette à caution. La commission a conclu qu'il ne pouvait pas être considéré comme un consultant indépendant. Dans les cas 9 et 11 également, c'est un médecin traitant qui a été appelé comme consultant. Dans le cas 8, la praticienne consultante ne pouvait pas être considérée comme indépendante vis-à-vis de la patiente. En effet, elle était déjà intervenue auprès de cette dernière en tant que conseillère en soins palliatifs et s'était donc déjà forgé un avis sur sa situation.

L'exigence d'indépendance est inscrite non seulement dans l'article 2, paragraphe 1e, de la loi WTL, mais figure également dans les travaux préparatoires à cette loi. Il y est mentionné à divers endroits qu'un médecin qui envisage de souscrire à la demande d'euthanasie d'un patient est tenu de consulter un collègue indépendant.

Dans le document précisant son point de vue concernant l'euthanasie, le bureau de la fédération de la KNMG a clairement indiqué que l'indépendance du médecin consultant doit être assurée.

Selon ce document, cela implique qu'un collègue du même cabinet médical, un associé, un interne, un membre de la famille ou un médecin ayant une quelconque relation de dépendance avec le médecin demandeur ne peut en principe pas intervenir comme consultant. Il est également précisé qu'il faut éviter tout semblant d'atteinte au principe d'indépendance.

Le rapport écrit du médecin consultant<sup>4</sup> est un élément essentiel pour l'examen du signalement. Une description détaillée de l'état du patient au moment de la visite du médecin, et de la façon dont il s'exprime sur sa situation et formule ses souhaits, aide la commission à former son jugement.

Le consultant évalue le respect des critères de rigueur a. à d.. Il est également souhaitable qu'il explicite sa relation avec le médecin et avec le patient.

Le médecin consultant est responsable de son propre rapport, mais c'est au médecin signaleur que revient la responsabilité finale quant au respect des critères de rigueur et à la mise en œuvre de l'euthanasie. Il doit donc s'assurer de la qualité du rapport rédigé par son confrère consultant et vérifier que ce dernier y formule son avis quant au respect de l'ensemble des critères de rigueur, et si besoin lui demander des précisions.

Il arrive parfois que le médecin consultant constate, lors de sa visite au patient, qu'un des critères n'est pas ou n'a pas encore été rempli. Les rapports n'exprimant pas toujours clairement quelle suite a été donnée à un tel constat, les commissions demandent alors un complément d'information au médecin signaleur. Si, intervenant à un stade précoce, le consultant constate que les souffrances du patient ne sont pas encore insupportables ou que celui-ci n'a pas encore fait de demande concrète, une deuxième consultation sera en général nécessaire.

Elle ne sera en principe pas indispensable si le consultant a indiqué que les souffrances deviendraient probablement insupportables à très court terme en précisant leur nature. Il est cependant conseillé dans ce cas de prévoir une concertation téléphonique entre médecin et consultant. Si l'état du patient évolue moins vite ou de façon moins prévisible, le médecin consultant devra en principe s'entretenir une deuxième fois avec le patient. Ainsi dans le cas

---

<sup>4</sup> Une liste de contrôle qui peut être très utile au médecin consultant pour la rédaction de son rapport se trouve sur le site [www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl).

n° 6, la commission a estimé que, le consultant ayant examiné le patient cinq mois avant la mise en œuvre de l'euthanasie, son intervention ne pouvait être considérée comme une consultation au sens de la loi. Après cet examen, l'état de la patiente s'était stabilisé et était demeuré supportable durant une longue période. De ce fait, lorsque la patiente avait expressément demandé que l'euthanasie soit pratiquée, la situation n'était plus la même et réclamait une nouvelle consultation. Cinq mois s'étant écoulés depuis la visite du consultant, le médecin aurait alors dû réaliser qu'il devait solliciter à nouveau l'avis d'un médecin indépendant, avant de pratiquer l'euthanasie. La commission a considéré que, dans la pratique de l'euthanasie, on admet généralement que les conclusions de la consultation ont une « durée de validité » limitée, en tout cas inférieure à cinq mois. La commission a considéré que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur.

Il est important que le médecin signaleur informe d'emblée la commission qu'il a eu une deuxième concertation avec le consultant, ou que ce dernier a examiné une seconde fois le patient.

En cas de divergence d'opinions, le médecin signaleur tiendra largement 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.

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 médecins du SCEN ont également un rôle de soutien, notamment de conseil.

### **Cas n° 5 (consultation)**

#### **Non respect des critères de rigueur**

**Le praticien consultant était le médecin de famille de la patiente. En tant que tel, il ne pouvait être considéré comme indépendant vis-à-vis d'elle. La commission a rejeté l'argument du médecin ayant pratiqué l'interruption de la vie selon lequel c'était lui qui devait être considéré comme consultant. Le même médecin ne peut en effet à la fois pratiquer l'euthanasie et intervenir en tant que consultant. La commission a conclu que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur.**

Une patiente, entre 70 et 80 ans, souffrant de problèmes abdominaux, présentait un carcinome sigmoïdien accompagné de métastases hépatiques, traité par chimiothérapie. Au bout de quelques mois, la maladie avait progressé et des métastases osseuses avaient été constatées. Les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Elle parla à plusieurs reprises d'euthanasie avec son médecin de famille. Cinq jours avant son décès, elle formula pour la première fois une demande concrète. Ne souhaitant pas lui-même pratiquer l'interruption de vie, notamment à cause de ses convictions, mais estimant que tous les critères de rigueur étaient réunis, le médecin de famille demanda à un confrère membre du même collectif médical que lui de le faire. Deux jours avant le décès de la patiente, ce confrère la contacta par téléphone, puis lui rendit visite le lendemain et discuta longuement avec elle et son mari de sa demande. Après avoir conclu que les critères de rigueur étaient respectés, il demanda au médecin de famille de faire office de consultant. Tous deux estimaient agir dans l'esprit de la loi WTL, persuadés que le confrère appelé pouvait être considéré comme indépendant et le médecin de famille comme celui ayant une relation thérapeutique de longue durée avec la patiente. Cinq jours avant l'interruption de la vie, le

médecin de famille eut un long entretien avec la patiente et son mari, dont il fit un compte rendu. Il conclut que les critères de rigueur étaient respectés.

La commission a estimé qu'il n'y avait pas eu de consultation d'un second médecin indépendant au sens de la loi, dans la mesure où le médecin qui a pratiqué l'aide au suicide ne pouvait pas simultanément intervenir en tant que consultant indépendant. La commission a rejeté le point de vue du médecin selon lequel les critères de rigueur prévus par la loi ont matériellement été remplis, lui-même devant être considéré comme le consultant indépendant et le médecin de famille comme celui ayant une relation thérapeutique de longue durée avec la patiente. Selon la commission, l'article 2, paragraphe 1<sup>e</sup>, de la loi WTL ne peut être compris que d'une seule façon : le médecin qui envisage de répondre à la demande d'aide au suicide d'un patient doit solliciter l'avis d'au moins un autre médecin indépendant. Ce qui n'a pas été le cas ici. La commission a jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur et a transmis le dossier au Collège des procureurs généraux et à l'Inspection de la santé.

Le Collège a classé l'affaire. L'Inspection de la santé a convoqué le médecin et le consultant pour un entretien et a clos le dossier.

### Cas n° 6 (consultation)

#### Non-respect des critères de rigueur

**Mise en œuvre cinq mois après la consultation. Après la consultation, l'état de la patiente s'était stabilisé et était demeuré supportable durant une longue période. De ce fait, lorsque la patiente avait expressément demandé que l'euthanasie soit pratiquée, la situation n'était plus la même et réclamait une nouvelle consultation. Le médecin aurait donc de nouveau dû solliciter l'avis d'un consultant.**

Une femme, entre 60 et 70 ans, présentait un carcinome mammaire métastasé. La guérison était exclue. L'état de la patiente se détériorait au fil du temps. Elle endurait des souffrances insupportables, sans perspective d'amélioration, et avait fait une demande d'interruption de la vie à son médecin. Ce dernier fit appel à un consultant indépendant, généraliste et médecin du programme SCEN, qui examina la patiente cinq mois avant la mise en œuvre effective de l'interruption de vie. Le consultant perçut que les souffrances de la patiente deviendraient très rapidement insupportables. Il conclut dans son rapport que les critères de rigueur étaient respectés.

La commission a constaté que ce rapport avait été rédigé cinq mois avant la mise en œuvre de l'euthanasie alors que, dans la pratique, on admet généralement que les conclusions de la consultation ont une « durée de validité » limitée, inférieure en tout cas au délai relevé. Elle a en outre estimé que le consultant n'avait pas établi que les souffrances de la patiente étaient insupportables mais seulement qu'elles le deviendraient sous peu, ce qui ne l'avait cependant pas empêché de conclure au respect des critères de rigueur. Selon la commission, le consultant n'avait ainsi pas correctement informé le médecin. La commission les a tous deux convoqué à venir s'expliquer oralement.

La commission a estimé que la visite du médecin consultant ayant eu lieu cinq mois avant la mise en œuvre de l'euthanasie, elle ne pouvait être considérée comme une consultation au sens de la loi WTL. En outre le rapport du consultant jugeait les critères de rigueur respectés alors qu'il indiquait que les souffrances deviendraient insupportables *sous peu*.

La commission a jugé que le médecin aurait dû comprendre, au vu de l'évolution de la maladie après la consultation, que l'indication du consultant, selon laquelle les souffrances de la patiente deviendraient rapidement insupportables, n'était qu'une estimation, démentie par



la réalité. Après la consultation, l'état de la patiente s'était stabilisé et était demeuré supportable durant une longue période. De ce fait, lorsque la patiente avait expressément demandé que l'euthanasie soit pratiquée, la situation n'était plus la même et réclamait une nouvelle consultation. Cinq mois s'étant écoulés depuis la visite du consultant, le médecin aurait dû réaliser qu'il devait solliciter à nouveau l'avis d'un médecin indépendant avant de pratiquer l'euthanasie. La commission a jugé que, ne l'ayant pas fait, le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur et a transmis le dossier au Collège des procureurs généraux et à l'Inspection de la santé.

Le Collège a classé l'affaire. L'Inspection de la santé a convoqué le médecin pour un entretien et a clos le dossier.

### **Cas n° 7 (consultation)**

#### **Non-respect des critères de rigueur**

**Le médecin avait pratiqué l'interruption de la vie sur demande avant d'avoir pris connaissance des conclusions du consultant qu'il avait appelé. La commission a conclu qu'il n'y avait pas eu de consultation d'un second médecin indépendant et a conclu que les critères de rigueur n'avaient pas été respectés.**

Un homme, âgé de plus de 90 ans, souffrait d'une tumeur oculaire incurable. Le médecin sollicita l'avis d'une consultante indépendante, spécialiste et médecin du programme SCEN, qui conclut que les critères de rigueur étaient remplis.

À l'examen du signalement, la commission s'est posé plusieurs questions. Comme il apparaissait en effet que le médecin n'avait pas attendu le résultat de la consultation, elle s'est interrogée sur la date exacte à laquelle la consultante avait fait part au médecin de ses constatations et de ses conclusions. Elle a également remarqué que le rapport de cette dernière était daté du jour où l'euthanasie avait été pratiquée mais que sa télécopie n'avait été envoyée que deux jours plus tard. En conséquence, la commission s'est demandé dans quelle mesure la consultante avait pu rédiger son rapport en toute indépendance. La commission convoqua les deux praticiens à venir s'expliquer oralement.

Au vu des faits et circonstances exposés, la commission a fait les observations suivantes : par « consultation », la commission entend que le médecin prend connaissance des conclusions du consultant et qu'il en tient compte dans son évaluation de la demande d'interruption de la vie formulée par le patient.

La commission a estimé que, dans le cas concerné, il n'y avait pas eu de consultation d'un second médecin indépendant au sens de la loi, dans la mesure où le médecin avait pratiqué l'interruption de la vie sur demande *avant* d'avoir pris connaissance des conclusions de la consultante.

Le médecin ne s'en était pas informé de lui-même auprès de la consultante. Il l'avait au contraire laissé établir le contact et n'avait en aucune manière cherché à la joindre afin de connaître ses vues.

Selon la commission, le médecin avait agi en se fiant uniquement à son propre jugement. Il avait empêché la nécessaire réflexion sur son action, qui est justement le but de la consultation, en renonçant délibérément à prendre connaissance d'une seconde opinion.

La commission a jugé qu'en décidant de pratiquer l'interruption de la vie sur demande sur la seule base de son propre avis et sans prendre connaissance des conclusions de la consultante, le médecin n'a pas agi conformément aux critères de rigueur. Elle a transmis le dossier au Collège des procureurs généraux et à l'Inspection de la santé.

Le Collège a classé l'affaire. L'Inspection de la santé a convoqué le médecin pour un entretien et a clos le dossier.

**Cas n° 8 (ne figure pas dans le présent résumé)**

**Cas n° 9 (ne figure pas dans le présent résumé)**

**Cas n° 10 (ne figure pas dans le présent résumé)**

**Cas n° 11 (consultation)**

#### **Non-respect des critères de rigueur**

**Le médecin consultant était un spécialiste traitant le patient. Le médecin n'avait pas suffisamment été consciente du fait que, selon la loi, le consultant devait être indépendant. Il lui avait semblé qu'une consultation indépendante n'apporterait pas de nouveau et était inutile, la situation du patient correspondant clairement aux souffrances insupportables décrites dans son testament de vie.**

À la suite d'un infarctus, un homme âgé de 80 à 90 ans subit, fin juin 2008, un pontage aorto-coronarien. Durant l'opération, une complication survint, sous la forme d'un AVC ischémique de l'hémisphère gauche, entraînant une hémiparésie droite aiguë et une aphasia sévère. Au cours des semaines suivantes, aucune amélioration n'apparut dans l'état du patient. Sa respiration se mit à présenter le rythme de Cheyne-Stokes. Un scanner révéla un important infarctus hémorragique du territoire de l'artère cérébrale moyenne. Toute guérison était exclue. Le patient souffrait de façon insupportable de sa dépendance pour les AVQ et de l'impossibilité de parler.

Fin mai 2008, il avait à plusieurs reprises discuté de sa volonté d'euthanasie en cas de souffrances insupportables avec le médecin qui lui avait conseillé de rédiger un testament de vie, ce qu'il avait fait. Ceci devait permettre au praticien d'agir selon la volonté du patient si celui-ci se trouvait dans l'impossibilité de l'exprimer. Le testament indiquait notamment que le patient souhaitait qu'une euthanasie soit pratiquée si une invalidité le condamnait à un état de dépendance totale. Quatre jours avant son décès, le patient avait, en présence de sa femme et de sa fille, indiqué par signes de tête au médecin qu'il souhaitait qu'une euthanasie soit pratiquée. Deux jours avant son décès, le patient ne pouvait plus réagir aux questions du médecin ni du spécialiste traitant consulté.

Après avoir lu le testament de vie, le médecin téléphona au SCEN, deux jours avant le week-end. Elle n'aurait pas de réponse avant le lundi. Elle décida donc de consulter un autre spécialiste traitant du patient le vendredi. Aux questions de la commission, elle répondit n'avoir pas suffisamment été consciente du fait que le consultant devait, selon la loi, être indépendant. Il lui a semblé qu'une consultation indépendante n'apporterait rien de nouveau et était inutile, l'état du patient correspondant clairement à celui décrit dans son testament de vie. Celui-ci stipulait que le patient ne souhaitait pas continuer à vivre s'il se trouvait dans un état de dépendance complète pour tout ce qui concernait son quotidien. En outre, le patient était entre-temps devenu incapable de communiquer et n'aurait plus pu confirmer sa volonté d'euthanasie au médecin du SCEN.

Le spécialiste appelé par le médecin examina le patient deux jours avant son décès. Il constata que ses souffrances étaient sans perspective d'amélioration et insupportables du fait de sa dépendance totale et de son impossibilité de parler. Il ne lui fut plus possible d'établir que le patient réitérait sa demande d'euthanasie. Il fit faire un scanner IRM qui confirma que l'état du patient était dépourvu de perspective d'amélioration.

Après en avoir longuement discuté avec le médecin, la famille et le personnel soignant, et vu le pronostic défavorable, il fut décidé que le médecin pratiquerait l'euthanasie.

La commission a jugé que le médecin avait pu acquérir la conviction que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie. Le patient avait en effet expressément indiqué dans son testament de vie qu'il souhaitait l'euthanasie si une invalidité le condamnait à un état de dépendance totale. En outre, il avait manifesté ce souhait au médecin quatre jours avant son décès. La commission a en outre estimé que le médecin avait pu parvenir à la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Celui-ci avait clairement indiqué ce qu'il considérait être des souffrances insupportables tant lors d'un entretien approfondi avec le médecin que dans son testament de vie. Bien que, juste avant son décès, le patient n'ait plus été capable de le dire, il était clair pour le médecin qu'il se trouvait dans un état qu'il avait qualifié d'insupportable et qu'il ressentait ainsi.

La commission a jugé que l'exigence d'une consultation indépendante n'avait pas été respectée. Le médecin avait délibérément fait appel à un spécialiste qui traitait le patient. Le médecin avait renoncé à demander l'intervention d'un consultant du SCEN, qui aurait demandé davantage de temps. Elle n'avait pas non plus envisagé d'autre possibilité de consultation indépendante. Elle a déclaré qu'elle n'avait pas suffisamment été consciente du fait que le médecin consulté devait être indépendant. La commission a estimé que le médecin aurait dû connaître l'importance d'une consultation indépendante dans les cas d'euthanasie. Elle a estimé que le spécialiste sollicité, qui participait au traitement du patient, ne pouvait pas être considéré comme indépendant.

La commission a considéré que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur et a transmis le dossier au Collège des procureurs généraux et à l'Inspection de la santé.

Ces deux instances ne se sont pas encore prononcées sur ce cas.

#### **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'interruption de la vie sur demande ou l'aide au suicide utilisent en principe les méthodes, moyens et dosages indiqués dans l'avis de la KNMP<sup>5</sup>. Pour l'interruption de la vie sur demande, celle-ci préconise d'administrer par voie intraveineuse une substance provoquant le coma, suivie d'un myorelaxant. Elle précise les produits à employer et ceux à éviter. Parmi les premiers, elle distingue ainsi les substances dites prioritaires<sup>6</sup> et celles à choisir en seconde instance<sup>7</sup>. Ces dernières, dont l'action est moins bien connue, sont aussi moins spécifiques. Une troisième catégorie regroupe les produits ne pouvant constituer une alternative aux produits prioritaires, et dont l'usage est déconseillé.

La commission demandera à un médecin n'ayant pas utilisé les substances prioritaires d'expliquer son choix. La rigueur médicale n'est pas a priori incompatible avec l'emploi de produits classés parmi ceux à choisir en seconde instance, sous réserve d'une justification suffisante par le médecin. Si ce n'est pas le cas, ou si le médecin a utilisé des produits ne faisant pas partie de cette catégorie ou qui sont déconseillés, il devra s'expliquer devant la commission.

---

<sup>5</sup> *Standaard Euthanatica : Toepassing en bereiding (2007)* (Norme pour les euthanasiants : utilisation et préparation, 2007).

<sup>6</sup> Voir le tableau p. 22 du *Standaard Euthanatica Toepassing en bereiding (2007)* (Norme pour les euthanasiants : utilisation et préparation, 2007).

<sup>7</sup> Voir p. 26 du *Standaard Euthanatica Toepassing en bereiding (2007)* (Norme pour les euthanasiants : utilisation et préparation, 2007).

L'utilisation de substances non conseillées peut avoir des conséquences pénibles pour le patient comme pour la famille présente, ce qui peut être évité en choisissant les euthanasiants recommandés.

Les commissions constatent que le Dormicum est parfois administré comme prémédication, le coma étant ensuite provoqué à l'aide des substances préconisées. Cette utilisation du Dormicum ne pose pas problème. Il est conseillé au médecin d'avoir un entretien préalable avec le patient et la famille, afin d'expliquer l'effet des produits qui seront employés. Il importe que les souhaits du patient soient respectés, sans perdre pour autant de vue les recommandations de la KNMP.

Celles-ci portent aussi sur la posologie à utiliser pour l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide. En cas de posologie non-conforme aux indications de la KNMP, ou non précisée dans le signalement, les commissions demandent au médecin concerné de s'expliquer. Il en est de même lorsqu'il n'a pas mentionné le mode d'administration.

Il doit être absolument sûr que le patient se trouve dans un coma profond lorsque le myorelaxant est administré et ce, afin qu'il n'en ressente pas les effets. La posologie du produit induisant le coma est donc essentielle. Dans les cas 12 et 13, les médecins avaient employé sur les conseils d'un pharmacien une dose de produit induisant le coma inférieure à celle recommandée par la KNMP. Les commissions ont considéré que le médecin était responsable de la bonne mise en œuvre de l'euthanasie. Dans les deux cas, elles ont jugé qu'il n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur : compte tenu de la faible dose de produit inducteur de coma utilisée, il était impossible de garantir que le patient se trouvait dans un coma profond lors de l'administration du myorelaxant.

Dans le cas de l'interruption de la vie sur demande, c'est le médecin qui pratique l'acte en administrant par voie intraveineuse le produit euthanasiant au patient. Dans le cas de l'aide au suicide, le patient ingère lui-même le produit euthanasiant que lui a remis le médecin. Celui-ci doit rester auprès du patient jusqu'à son décès, des complications pouvant survenir, par exemple un rejet du produit par vomissement. Le médecin peut alors intervenir et pratiquer l'euthanasie.

Par ailleurs, laisser ce type de produits sans surveillance auprès du patient risque de mettre en danger la vie d'autres personnes.

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 document de déclaration et sera considéré par la commission comme le signaleur<sup>8</sup>.

### **Cas n° 12 (rigueur médicale)**

#### **Non-respect des critères de rigueur**

**La posologie du produit inducteur de coma utilisée par le médecin était différente de celle préconisée par la KNMP. Dans la mesure où il était impossible de garantir que la patiente se trouvait dans un coma profond à partir du moment où le myorelaxant avait été administré et jusqu'à son décès, la commission a jugé que l'euthanasie n'avait pas été pratiquée avec toute la rigueur médicale voulue.**

---

<sup>8</sup> Cf. article 3, paragraphe 1, des directives du 21 novembre 2006 relatives aux méthodes de travail des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie.

Le médecin avait pratiqué l'interruption de la vie en administrant par voie intraveineuse 500 mg de Nesdonal dans 20 ml de sérum physiologique (NaCl à 0,9 %) et 75 mg de Tracrium. En réponse aux questions de la commission, le médecin indiqua avoir choisi cette posologie en concertation avec un anesthésiste. Tous deux estimaient qu'il n'était pas souhaitable d'administrer en une fois la dose de 2 000 mg du produit induisant le coma, comme le préconise la KNMP. Selon l'anesthésiste, il était exagéré d'utiliser une quadruple dose de Thiopental. Le médecin pensait pouvoir se fier à un anesthésiste expérimenté. La perfusion ayant été réglée en débit rapide, la patiente perdit conscience après trois minutes, pour tomber dans un coma profond au bout de huit minutes. La perfusion de Tracrium démarra immédiatement, et le décès survint cinq minutes plus tard. Le médecin déclara avoir contrôlé que la patiente se trouvait dans le coma en vérifiant sa réaction à un stimulus douloureux. S'il n'avait pas constaté qu'elle n'était plus dans le coma au moment où le Tracrium avait été administré, il ne pouvait cependant pas prouver qu'elle y était effectivement restée.

La commission a considéré qu'après l'administration du Tracrium, les muscles de la patiente étaient paralysés et qu'elle ne pouvait donc plus réagir. Ainsi, il était impossible de s'apercevoir de son éventuelle sortie du coma. Compte tenu de la faible dose de Thiopental utilisée, le risque ne pouvait être absolument exclu que la patiente sorte du coma entre le moment où le myorelaxant avait été administré et celui de son décès.

La commission a jugé que le médecin avait pris ce risque en utilisant pour provoquer le coma une dose de 500 mg de Nesdonal. Même s'il pensait pouvoir se fier à l'avis de l'anesthésiste, c'est à lui qu'incombait la responsabilité de pratiquer avec toute la rigueur médicale voulue l'interruption de la vie sur demande ou l'aide au suicide.

La KNMP préconise d'induire le coma par l'injection d'une dose de 2 000 mg de Thiopental, les 1 500 mg recommandés dans son avis de 1998 s'étant dans certains cas avérés insuffisants.

La commission souscrit au principe selon lequel il faut garantir que le patient ne sortira pas du coma et ne ressentira pas les effets du myorelaxant. En conséquence, elle attache une grande importance à la question de la posologie du produit utilisé pour induire le coma. La commission a considéré que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur et a transmis le dossier au Collège des procureurs généraux et à l'Inspection de la santé.

Ces deux instances ne se sont pas encore prononcées sur ce cas.

**Cas n° 13 (ne figure pas dans le présent résumé)**

**Cas n° 14 (ne figure pas dans le présent résumé)**

### **Chapitre III**

#### **TRAVAUX DES COMMISSIONS**

##### **CADRE LÉGAL**

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 en est autrement 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 sont chargées d'examiner les signalements d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide (compte rendu du médecin et autres documents joints). Leur tâche consiste à juger si le médecin a respecté les critères de rigueur prévus à l'article 2 de la loi WTL.

Dans le cas d'interruption de la vie sur demande, le médecin administre un euthanasiant au patient ; dans le cas de l'aide au suicide, il fournit les produits au patient qui les absorbe lui-même.

### **Rôle des commissions**

Le médecin qui a pratiqué une interruption de la vie sur demande ou une aide au suicide le signale au médecin légiste de la commune en joignant un rapport argumenté quant au respect des critères de rigueur<sup>9</sup>. Le médecin légiste examine le corps et procède à la vérification des moyens utilisés. Il s'assure que 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 (dossier du patient, lettres des spécialistes, etc.) éventuellement transmis par le médecin. La commission envoie un accusé de réception au médecin légiste ainsi qu'au médecin signaleur.

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<sup>10</sup>, 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 à compter du signalement. 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 estiment que le médecin a respecté les critères de rigueur légaux. Seul le médecin signaleur est alors informé.

En 2008, la commission a jugé dans dix cas que le médecin n'avait pas agi dans le respect de ces critères. Outre au médecin signaleur, la commission communique alors son jugement à l'Inspection de la santé et au Collège des procureurs généraux qui examine s'il y a lieu d'engager des poursuites. L'Inspection de la santé décide quant à elle, compte tenu de sa propre mission et de ses propres responsabilités, de 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.

---

<sup>9</sup> Pour rédiger ce rapport, il peut s'appuyer sur un modèle à remplir ou à utiliser comme fil conducteur pour la rédaction de son propre texte, et disponible sur le site Internet : [www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl)

<sup>10</sup> Soit dans 6 % des signalements en 2005, selon le rapport d'évaluation de la loi WTL.

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. Chargés d'assister les commissions dans leurs travaux, les secrétariats relèvent d'un organe d'exécution du ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport, la cellule centrale d'information sur les professions de santé (CIBG) de La Haye. Ils sont basés à Groningue, à Arnhem et à La Haye, où les commissions se réunissent tous les mois. Il importe de souligner que les commissions jouent un rôle d'experts.

Elles participent à la formation des médecins consultants dans le cadre du programme SCEN. Disposant de la totalité des rapports des consultants sollicités par les médecins signaleurs, les commissions sont par là-même les seules à avoir une vision globale de la qualité de ces documents, à propos de laquelle la vigilance reste de mise. Chaque année, les commissions font part de leurs conclusions au SCEN en termes généraux.

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

## **Annexe I**

### **Total des signalements**

**Période du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2008**

#### ***Signalements***

Les commissions ont enregistré 2 331 signalements.

#### **Euthanasie et aide au suicide**

Dans 2 146 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 152 cas, d'aide au suicide et dans 33 cas, d'une combinaison des deux.

#### ***Médecins signaleurs***

Dans 2 083 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 152 cas, un spécialiste hospitalier, dans 91 cas, un médecin d'établissement de long séjour et dans 5 cas un spécialiste en formation.

#### ***Affections***

Les pathologies se répartissaient comme suit :

Cancer	1 893
Pathologies cardiovasculaires	62
Pathologies du système nerveux	117
Autres affections	145
Polypathologies	114

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

Dans 1 851 cas, l'interruption de la vie a été pratiquée au domicile du patient, dans 145 cas à l'hôpital, dans 87 cas dans un établissement de long séjour, dans 111 cas dans une maison de

retraite médicalisée et dans 137 cas dans un autre lieu (structure d'accompagnement de fin de vie ou domicile d'un membre de la famille).

### **Compétence de la commission et décision finale**

Dans tous les cas, les commissions se sont estimées compétentes. Dans dix cas, elles ont jugé que le médecin n'avait pas 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.