



**Commissions  
régionales de contrôle  
de l'euthanasie**

—  
**Rapport 2011**

# Avant-propos

<i>Foreword</i>	3
<i>Chapitre I Évolution en 2011</i>	
Signalements	5
Poursuite de l'augmentation du nombre de signalements	5
Modification de la méthode de travail	5
Renforcement de l'effectif des commissions	6
Évaluation de la loi WTL	6
Site Internet	6
Rigueur médicale	6
Nouvelle directive	7
Point de vue de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG)	7
<i>Chapitre II Critères de rigueur</i>	
Critères de rigueur généraux	8
Critères de rigueur spécifiques	10
a. Demande volontaire et mûrement réfléchie	10
Maladie et troubles psychiatriques	10
Troubles dépressifs	10
Testament de vie	10
Démence	11
b. Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration	13
Démence	15
Maladie et troubles psychiatriques	15
Coma et état de conscience minimale (non comateux)	15
Sédation palliative	16
c. Information du patient	16
d. Absence d'autre solution raisonnable	16
e. Consultation	20
Indépendance du consultant	20
Rapport écrit du médecin consultant	20
Situation après la consultation indépendante	20
SCEN	21
f. Rigueur médicale	24
<i>Chapitre III Travaux des commissions</i>	
Cadre légal	27
Rôle des commissions	27
<i>Annexe</i>	
<b>I Données chiffrées globales sur les signalements</b>	30

# Avant-propos

---

Le présent rapport rend compte des travaux effectués en 2011 par les cinq commissions régionales de contrôle de l'euthanasie concernant le respect des dispositions de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (loi WTL). Il présente un aperçu quantitatif des signalements – dont le nombre a de nouveau fortement augmenté –, de la nature des cas concernés, des jugements émis par les commissions et de leurs motivations.

Un sérieux dépassement du délai légal au terme duquel les commissions doivent rendre leur jugement a de nouveau été enregistré dans plusieurs cas. Cette situation est indésirable et contraire à la loi, et les commissions la déplorent au plus haut point, comme elles en ont informé les médecins signaleurs.

Le chapitre I traite des problèmes qu'ont rencontrés – et que rencontrent encore – les commissions et des mesures prises pour y faire face et combler les retards.

Nous savons gré au ministère de la Santé d'avoir renforcé les effectifs des secrétariats et d'avoir prévu la nomination additionnelle de 15 membres suppléants.

Il importe de rester vigilant quant à l'uniformité de l'examen des signalements par les commissions.

Sans négliger le principe voulant que chaque signalement particulier soit soupesé en fonction des circonstances spécifiques au cas concerné, l'harmonisation des jugements doit continuer d'être recherchée. L'augmentation substantielle du nombre de membres dans les commissions accentue encore l'importance de ce point. Les jugements – et les considérations qu'ils contiennent sur la conformité à la loi, la genèse de la loi et la jurisprudence pertinente – doivent être aussi éclairants que possible.

Cette clarté est nécessaire aux médecins pour connaître la marge de manœuvre que leur laisse la loi face à une demande d'euthanasie, mais aussi aux patients qui font une telle demande.

Outre qu'elles communiquent aux médecins concernés les jugements portés sur leurs signalements, les commissions font connaître la façon dont elles appliquent la loi en publiant ces jugements sur leur site ainsi que dans leur rapport annuel.

Un des cas mentionnés dans le rapport 2010 (cas no 10) a donné lieu à des échanges avec la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG) à propos du testament de vie écrit, visé à l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL. La réflexion a plus précisément porté sur la valeur de ce document dans le cas d'un coma réversible, situation n'entrant pas dans le champ de la directive sur l'euthanasie en situation de conscience minimale. Cette concertation a notamment conduit à clarifier cet aspect dans le présent rapport (chapitre II, *Coma et état de conscience minimale (non comateux)*).

Les publications dans la presse concernant le cas de démence avancée, no 7, ont provoqué réactions et débats divers (la commission concernée a jugé, après consultation des autres commissions, que le médecin signaleur avait agi conformément aux critères de rigueur). Cette affaire et son retentissement médiatique ont conduit la KNMG à modifier en début d'année sa directive pour les médecins du programme Soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas (SCEN). Là encore, l'échange de vues a été harmonieux entre les commissions et la KNMG, même si elles ont des responsabilités et des rôles distincts. Le large débat suscité dans la profession médicale et dans la société par la fin de vie volontaire

se répercute bien sûr aussi au sein des commissions, ce qu'elles considèrent comme un enrichissement de leur processus de réflexion.

Par leurs jugements et la publication qui en est faite, ainsi que par une bonne information, les commissions veulent permettre une évolution transparente et contrôlable de la pratique de l'euthanasie, tout en contribuant au débat social. Elles s'abstiennent cependant de tout commentaire concernant les cas concrets examinés, notamment en raison de l'obligation de confidentialité. C'est pourquoi elles n'ont pas réagi publiquement aux articles parus sur le cas de démence précédemment mentionné. Les commissions examinent actuellement comment mieux diffuser leur « jurisprudence », autrement que par la communication des jugements aux médecins et leur publication sur le site et dans les rapports.

Vos réactions offrent de précieux enseignements pour les commissions, et je vous invite à les transmettre.

**W.J.C. Swildens-Rozendaal**

*Présidente coordinatrice des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie*

La Haye, août 2012

# Chapitre I Évolution en 2011

## Signalements

Les commissions régionales de contrôle (ci-après : les commissions) ont enregistré 3 695 cas d'interruption de la vie sur demande (couramment appelée euthanasie) et d'aide au suicide<sup>1</sup>. Dans les cas traités, les commissions ont examiné si le médecin pratiquant l'euthanasie avait agi dans le respect des critères de rigueur au sens de l'article 2, premier paragraphe, de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (dite loi WTL). À quatre reprises, elles ont conclu qu'il n'en avait pas été ainsi. Les principaux passages de ces jugements – ainsi que de quelques-uns dans lesquels les commissions ont conclu au respect des critères – sont repris au chapitre II, dans les études de cas correspondant à chacun des critères de rigueur<sup>2</sup>.

## Poursuite de l'augmentation du nombre de signalements

Une nouvelle fois, le nombre de signalements reçus par les commissions a augmenté – de 18 % – par rapport à l'année précédente (3136 signalements en 2010). Il y a déjà un certain temps que les commissions s'inquiètent de cet afflux. La durée de traitement des signalements s'est en effet allongée de façon inacceptable. Les commissions le regrettent au plus haut point ; le respect des délais et des obligations légales est capital pour la confiance qui leur est faite. Aussi les membres des commissions font-ils, avec les secrétariats, tout ce qui est en leur pouvoir afin de résoudre ces problèmes de façon structurelle et durable. Dans cette optique, des mesures importantes ont été prises en 2011.

## Modification de la méthode de travail

En premier lieu, les commissions ont décidé la mise en œuvre d'une nouvelle méthode de travail pour le traitement des signalements, ceci bien entendu dans les cadres fixés par la loi WTL. Il s'ensuit que, dès réception du signalement et après étude de tous les documents, un secrétaire expérimenté évalue si le dossier suscitera ou non des questions chez les membres de la commission qui devra l'examiner.

Les cas ne générant pas de questions sont ceux dont le secrétaire peut dès lors (c'est-à-dire au début de la procédure d'examen) présumer qu'ils sont conformes aux critères de rigueur et suffisamment documentés pour ne pas nécessiter de demande d'informations complémentaires. Le secrétaire s'appuie dans son évaluation sur l'expérience que les commissions ont accumulée au fil des années dans la pratique du contrôle de l'euthanasie, contrôle qu'elles ont commencé d'exercer quatre ans avant l'entrée en vigueur de la loi WTL en 2002. Les commissions estiment qu'après la pleine mise en œuvre de la nouvelle méthode de travail quelque 80 % de l'ensemble des signalements ne susciteront pas de question.

Les documents accompagnant ces signalements seront soumis par voie électronique à trois membres de la commission régionale concernée (juriste, médecin et spécialiste des questions d'éthique). S'ils estiment tous trois que le signalement ne génère effectivement pas de question et que les critères de rigueur ont été respectés, celui-ci sera classé. Mais il suffira que l'un d'eux indique avoir des questions, pour que le dossier soit renvoyé pour examen lors de la réunion mensuelle de la commission.

Afin de soutenir au mieux sur le plan technique la méthode de travail décrite ci-dessus, des informaticiens ont développé, en collaboration avec les commissions, un nouveau système d'enregistrement et d'évaluation qui a été testé dans des procédures pilotes. Il devrait être appliqué dans l'ensemble du pays en avril 2012.

<sup>1</sup> Les données chiffrées – au niveau national ou par région – sont jointes en annexe I.

<sup>2</sup> Les passages des jugements repris dans les études de cas se rapportent au critère de rigueur précisé.

## Renforcement de l'effectif des commissions

En second lieu, les commissions ont mené une concertation intensive avec le ministère de la Santé sur le problème des retards dans le traitement des signalements, qui s'est conclue par la décision d'augmenter de 50 % l'effectif des commissions. Ainsi, chaque commission régionale, actuellement composée de trois membres et de trois suppléants, sera renforcée en 2012 par trois autres suppléants, pour comprendre neuf membres, au total trois par domaine d'expertise. D'autre part, une nouvelle augmentation des équivalents temps plein des secrétariats a été décidée pour 2012. Si les résultats de ces mesures et de la mise en œuvre de la nouvelle méthode de travail ne seront vraisemblablement pas tangibles avant le deuxième semestre 2012, les commissions sont cependant confiantes dans les perspectives qu'elles offrent.

## Évaluation de la loi WTL

Une troisième évaluation de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide est prévue, à la demande du ministère de la Santé, pour 2011 et 2012. Portant sur la période 2007-2011, elle comprend l'examen critique et l'analyse des jugements émis par les commissions, ainsi que des entretiens avec les membres des commissions et les secrétaires. Il va de soi que les commissions et les secrétariats apporteront leur entière collaboration aux évaluateurs afin de faciliter les travaux. La forte hausse du nombre de signalements sera également étudiée. Les résultats de l'évaluation devraient être publiés à l'automne 2012.

## Site Internet

En concertation avec le ministère de la Santé, les commissions ont décidé que le site Internet [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl) sera principalement axé sur la publication intégrale des signalements générateurs de questions, qui présentent un intérêt pour le développement de normes sur l'euthanasie en général et pour le progrès de l'expertise des médecins et des autres intéressés en particulier. Sont donc concernés les jugements dans lesquels les commissions ont conclu que le médecin n'a pas respecté les critères de rigueur, mais aussi ceux qui établissent le respect de ces critères dans des cas ayant suscité, pour quelque raison que ce soit, des questions en cours d'examen.

On peut ici penser à une euthanasie jugée conforme aux critères de rigueur mais concernant un patient souffrant d'une pathologie relativement inhabituelle dans les signalements, telle que la démence, les troubles psychiatriques ou encore la conjonction de diverses maladies de vieillesse à un âge très avancé. Somme toute, un type de jugement que les commissions ont déjà l'habitude de détailler plus particulièrement dans leur rapport annuel. Un jugement ne sera par exception pas publié si sa parution est susceptible de nuire à l'anonymat du patient. Afin d'optimiser l'accès au site, et notamment aux jugements publiés, la fonction recherche a été perfectionnée, tandis que d'autres améliorations sont en cours de réalisation.

## Rigueur médicale

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 2007* de l'Institut scientifique des pharmaciens néerlandais (WINAp), rattaché à la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la pharmacie (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.

En 2008, les commissions ont attiré l'attention sur cette publication dans la revue *Medisch Contact* et annoncé que l'édition de 2007 restait la référence<sup>3</sup>. Elles constatent qu'en 2011 la majorité des médecins signaleurs ont suivi les recommandations du *Standaard Euthanatica 2007*. En 2011, les médecins, et à leur suite les commissions, ont connu des difficultés d'approvisionnement en Thiopental, la substance préconisée dans cet ouvrage pour provoquer le coma. En conséquence, la KNMP et la KNMG ont publié en décembre 2010 un complément à la liste, mentionnée à la page 26 du *Standaard 2007*, des produits pouvant être utilisés à cette fin comme solutions de secours.

Pourtant, les commissions observent l'utilisation de produits autres que les substances conseillées dans le *Standaard* ou son complément. 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. Dans chacun de ces cas, les commissions ont demandé au médecin d'expliquer son choix, ce que, malheureusement, il n'est pas toujours parvenu à faire de façon satisfaisante. Par trois fois, elles ont jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux

critères de rigueur concernant la mise en œuvre de l'interruption de vie sur demande. Dans deux de ces cas (n° 18 et 19), la dose de produit inducteur de coma utilisée était inférieure de moitié à celle recommandée par le Standaard Euthanatica et dans aucun d'eux, y compris le cas n° 16, la profondeur du coma n'a été vérifiée avant l'administration du myorelaxant. Les deux médecins concernés ont ainsi pris le risque que le patient éprouve une sensation d'étouffement juste avant le décès, risque qui doit toujours être évité.

## Nouvelle directive

En 2010, un groupe de travail conjoint du WINAp et de la KNMG a entamé la rédaction d'une nouvelle directive. Consultées, les commissions ont mis à sa disposition les informations découlant de leur expérience en matière de jugement de la pratique de l'euthanasie – bien entendu en termes généraux et sous une forme anonymisée. Le nouveau texte devrait paraître à l'automne 2012. En attendant, les commissions continueront de se baser sur celle de 2007, tout écart par rapport aux normes qui y sont préconisées devant être justifié par le médecin.

## Point de vue de la KNMG

Mi-juin 2011, la KNMG a publié son point de vue sur « Le rôle du médecin dans la fin de vie volontaire » (voir le site de la KNMG). Elle entend ainsi apporter une réponse au débat qui a enflammé les esprits en 2010 : les personnes estimant que leur vie a atteint son terme doivent-elles être aidées à mettre fin à leurs jours dans la dignité ? L'initiative citoyenne du groupe *Uit Vrije Wil* [De plein gré] souhaite que cela soit possible si ces personnes sont âgées d'au moins soixante-dix ans et en expriment explicitement le vœu. Une telle aide à l'interruption de la vie en dehors du contexte de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration n'entre pas dans le champ de la législation sur l'euthanasie, et est donc passible de poursuites. Le groupe *Uit Vrije Wil* considère qu'aider des personnes âgées à mourir lorsqu'elles le demandent ne doit plus être considéré comme une infraction pénale.

Les commissions contrôlent si les actes du médecin signaleur sont conformes à la loi. Dans tous les signalements traités, elles ont jugé que les souffrances mentionnées étaient insupportables et sans perspective d'amélioration, et qu'elles étaient essentiellement dues à une ou plusieurs maladies ou affections médicalement répertoriées, dont certaines liées à l'âge avancé du patient.

# Chapitre II Critères de rigueur

## Critères de rigueur généraux

Les commissions contrôlent a posteriori si le médecin signaleur a agi conformément aux critères de rigueur prévus à l'article 2 de la loi WTL.

Ces critères prévoient que le médecin doit :

- a. avoir acquis la conviction que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchi ;
- b. avoir acquis la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration ;
- c. avoir informé le patient sur sa situation et sur ses perspectives ;
- d. être parvenu à la conviction, en concertation avec le patient, qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans l'état où ce dernier se trouvait ;
- e. avoir 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. ;
- f. avoir pratiqué l'interruption de la vie ou l'aide au suicide avec toute la rigueur médicale requise.

L'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide sont presque toujours pratiquées par le médecin traitant, c'est-à-dire souvent le généraliste. Il arrive qu'elles soient effectuées par un remplaçant, si l'état du patient s'aggrave rapidement pendant l'absence du médecin traitant, ou parce que les convictions de ce dernier s'y opposent. Dans ce cas aussi, il importe que le médecin qui pratique l'euthanasie, et donc la signale, s'informe préalablement de façon approfondie de l'état du patient et vérifie personnellement que les critères de rigueur sont remplis.

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. Le médecin est censé utiliser le formulaire de signalement adopté en 2009, dont les questions doivent l'aider à établir un rapport prouvant à la commission qu'il a respecté les critères de rigueur.

Il arrive parfois que les commissions réclament des informations complémentaires, qui peuvent généralement être données par écrit ou au téléphone. Cependant, il est des circonstances dans lesquelles elles préfèrent que le médecin s'explique en personne sur des aspects tels que le processus de décision de fin de vie ou la mise en œuvre de l'euthanasie. Conscientes qu'un tel entretien constitue une charge pour le médecin – outre le temps que cela demande –, les commissions tiennent à souligner qu'il a pour objectif de permettre au praticien d'éclaircir les questions qui subsistent encore après les explications écrites complémentaires qu'il a fournies, faute de quoi, elles ne peuvent conclure au respect des critères de rigueur légaux. L'entretien donne l'occasion au médecin de montrer que, comme on l'attend de sa part, il accepte d'être contrôlé.

La grande majorité des signalements de 2011 n'ont pas suscité de discussion ni de question de la part des commissions, celles-ci ayant rapidement pu conclure que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.



## Cas n° 1

### Conclusion : respect des critères de rigueur

Chez une patiente, sexagénaire, un carcinome du côlon, métastasé dans le péritoine et le foie, fut diagnostiqué mi-2010. La guérison était exclue. La patiente reçut des soins palliatifs de chimiothérapie, qu'il fallut arrêter au bout de quelques mois pour cause de toxicité. Le médecin traitant indiqua que plus aucun traitement n'était possible. À la fin de l'année, la patiente présenta une occlusion intestinale : elle se mit à vomir fréquemment et ne put plus s'alimenter. Elle maigrit de plus de 10 kilos et perdit toutes ses forces.

On lui appliqua des patchs de Fentanyl contre la douleur et lui administra du Temazepam comme calmant. Des escarres de décubitus apparurent. Ses douleurs intenses, ses vomissements fréquents et son affaiblissement général donnaient à ses souffrances un caractère insupportable, renforcé par l'absence de toute perspective d'amélioration, ce dont le médecin était convaincu. En dehors des mesures palliatives déjà mises en œuvre, il n'y avait plus aucune possibilité de soulager son état.

Il ressort du dossier que le médecin et les spécialistes ont suffisamment informé la patiente de sa situation et de ce que cela signifiait pour l'avenir. À l'automne 2010, la patiente avait parlé pour la première fois d'euthanasie avec le médecin. Ils avaient eu depuis plusieurs entretiens à ce sujet. Plus de deux semaines avant son décès, elle demanda pour la première fois la mise en œuvre de l'euthanasie, requête qu'elle renouvela à différentes reprises, notamment en présence de son mari. Un testament de vie récent avait été rédigé.

Selon le médecin, la patiente ne subissait aucune pression et elle était consciente de la portée de sa demande et de son état physique. Il fit appel à un consultant indépendant, généraliste à la retraite et médecin du programme SCEN. Celui-ci se rendit auprès de la patiente plus de deux semaines avant l'euthanasie, après communication par le médecin des données et du dossier médical.

Outre un résumé du déroulement de la maladie, le consultant indique dans son compte rendu avoir trouvé la patiente habillée, assise sur le canapé de la salle de séjour. Elle exposa l'évolution de sa maladie de façon claire et cohérente, expliqua que les médicaments rendaient la douleur supportable, mais que les vomissements restaient pratiquement incontrôlables. Elle ne pouvait plus s'alimenter. Son état, combinant douleurs intenses et vomissements fréquents réfractaires à tout traitement, lui était insupportable. Elle indiqua que, des membres de sa famille comptant lui rendre visite, elle voulait essayer de tenir encore un certain temps, mais qu'elle craignait que l'occlusion entraîne une crise aiguë. Le consultant pouvait appréhender le caractère insupportable de ses souffrances. Il considérait que la patiente avait formulé sa demande librement et de façon mûrement réfléchie et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Il conclut que les critères de rigueur étaient respectés. Le médecin pratiqua l'interruption de la vie sur demande en janvier 2011 en administrant par voie intraveineuse 2 000 mg de Thiopental et 20 mg de Pancuronium.

La commission a examiné a posteriori si le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur prévus à l'article 2 de la loi WTL, et selon les connaissances scientifiques médicales reconnues et les normes de l'éthique médicale. Compte tenu des faits et circonstances ci-dessus, la commission considère que le médecin a pu acquiescer la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Le médecin a suffisamment informé la patiente sur sa situation et sur ses perspectives. Le médecin, en concertation avec la patiente, a pu acquiescer la conviction qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans l'état où elle se trouvait. Le médecin a consulté au moins un confrère indépendant, qui a examiné la patiente et a consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur. Le médecin a pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise.

La commission a conclu que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur prévus à l'article 2, paragraphe 1, de la loi WTL.

Le signalement a donné lieu à une discussion approfondie au sein de la commission dans un certain nombre de cas – notamment dans ceux présentés dans la suite du chapitre –, qui ont généralement conduit à des demandes d'informations complémentaires. Si, dans le cas no 1, le rapport présente le jugement de la commission concernant tous les critères de rigueur, dans les autres cas relatés, seuls les éléments pertinents pour les critères spécifiques décrits sont retenus.

## Critères de rigueur spécifiques

### 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. 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 aspects essentiels de la démarche professionnelle du médecin. Le patient doit adresser une demande explicite au médecin qui pratiquera l'euthanasie.

Quatre éléments jouent ici un rôle majeur :

1. Le patient doit formuler lui-même la demande d'euthanasie ou d'aide au suicide.
2. Il doit être apte à exprimer sa volonté, c'est-à-dire capable de comprendre les informations pertinentes concernant son état, de peser les autres solutions et d'appréhender les conséquences de sa décision.
3. La demande doit être 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).
4. La demande doit être mûrement réfléchie. Autrement dit, la décision du patient doit reposer sur des informations complètes et sur une compréhension claire de sa maladie. Dans certaines situations, comme dans les cas n<sup>os</sup> 2 (patient atteint de déficience mentale) et 3 (patient souffrant d'aphasie), ces points peuvent donner lieu à des questions particulières.

### 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 des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration dues à une maladie ou des troubles d'ordre psychiatrique. Il doit notamment s'interroger sur la capacité du patient à faire une demande volontaire et mûrement réfléchie. Une maladie ou des troubles psychiatriques peuvent influencer sur la faculté de jugement du patient. Le médecin doit s'assurer notamment que celui-ci saisit bien les informations pertinentes, qu'il comprend sa maladie et mène une réflexion cohérente. Il est alors conseillé de demander, outre l'avis d'un consultant indépendant, celui d'un ou de plusieurs experts, dont un psychiatre, et de transmettre leur jugement à la commission.

En 2011, 13 signalements d'euthanasie ou d'aide au suicide concernant des patients souffrant de troubles psychiatriques sont parvenus aux commissions. Dans tous ces cas, elles ont jugé que les critères de rigueur avaient été respectés. Deux d'entre eux (cas n<sup>os</sup> 12 et 13) sont présentés sous le critère de rigueur b : souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration.

### Troubles dépressifs

Cette année aussi, certains signalements ont concerné des patients qui, outre les souffrances dues à une ou plusieurs pathologies somatiques, présentaient des troubles d'ordre dépressif. Si ces troubles contribuent souvent à la souffrance, il ne peut être exclu qu'ils altèrent la capacité du patient à exprimer sa volonté. Concrètement, lorsqu'une dépression est soupçonnée, il est généralement fait appel à l'avis d'un psychiatre, parallèlement à celui du médecin consultant indépendant. Lorsque les compétences d'autres praticiens ont été sollicitées, il convient de le signaler aux commissions. Il faut par ailleurs noter que, dans les circonstances d'une demande d'euthanasie, une humeur sombre est normale et ne constitue pas, en soi, un signe de dépression.

### Testament de vie

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. Toutefois, d'après la loi, un testament de vie peut également tenir lieu de demande et en remplacer l'expression orale pour les patients qui, au

moment où l'euthanasie pourrait être envisagée, ont perdu la capacité d'exprimer leur volonté, à condition que ce document ait été rédigé lorsque le patient disposait encore de ladite capacité. Les autres critères de rigueur sont applicables par analogie.

Il est conseillé de rédiger le testament de vie suffisamment tôt, de l'actualiser régulièrement et d'y décrire de façon aussi détaillée que possible les circonstances concrètes dans lesquelles le patient souhaite que l'euthanasie soit pratiquée. Plus il est précis, plus il offre d'éléments permettant au médecin de fonder sa décision. Celui-ci doit, comme le praticien consultant, juger, en confrontant la situation décrite et celle dans laquelle se trouve effectivement le patient – et en considérant le processus parcouru ensemble –, du caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, de la nature insupportable et dépourvue de perspective d'amélioration des souffrances, et de l'absence d'alternative raisonnable.

Dans les cas n<sup>os</sup> 4 et 7, le testament de vie a joué un rôle essentiel.

Si le patient est capable d'exprimer sa volonté et de demander l'euthanasie, un testament de vie écrit peut dissiper tout doute éventuel en étayant la demande faite oralement. Une déclaration manuscrite, dans laquelle le patient s'exprime avec ses propres mots, apporte généralement un éclairage personnel complémentaire et pèse davantage qu'une signature au bas d'un formulaire préimprimé, à plus forte raison si celui-ci est rédigé à la forme conditionnelle.

Contrairement à une opinion courante, la loi WTL n'exige pas la rédaction d'un testament de vie. Certes, dans la pratique, ce dernier peut faciliter l'examen a posteriori du processus de décision de fin de vie. Les commissions entendent néanmoins souligner qu'il ne saurait être question de soumettre inutilement les intéressés à une pression considérable en faisant rédiger, dans des conditions pénibles, une telle déclaration dans le laps de temps parfois très court précédant le décès.

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 remplaçants et les autres personnes impliquées dans ce processus.

### Démence

Pour l'ensemble des 49 signalements concernant des patients présentant un syndrome de démence faits en 2011, les commissions ont jugé que les critères de rigueur avaient été respectés. Dans la grande majorité des cas, les patients concernés se trouvaient en début de maladie et avaient donc encore une bonne compréhension de leur maladie et de

leurs symptômes d'altération de l'orientation et de la personnalité. Ils ont été considérés comme aptes à exprimer leur volonté, car capables d'envisager les conséquences de leur demande. Les cas n<sup>os</sup> 5 et 6 en sont l'illustration.

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 prendre en compte l'ensemble du développement de la maladie ainsi que les autres circonstances spécifiques dans la situation donnée.

Plus la maladie avance, moins le patient est en principe apte à exprimer sa volonté. Dans ces conditions, les déclarations qu'il a faites à ce sujet à un stade antérieur de sa maladie jouent un rôle capital, comme un testament de vie clair rédigé quand il était encore capable d'exprimer sa volonté, et s'appliquant indéniablement à sa situation présente. À la différence d'un patient comateux, celui atteint de démence a un comportement spécifique qui, comme dans le cas d'un aphasique par exemple, doit être interprété par le médecin et le consultant sous toutes ses manifestations, tâche difficile mais essentielle. Une situation délicate, dans laquelle, le médecin devra être convaincu que le patient souhaite toujours l'euthanasie. Ne pouvant pas, comme c'est habituellement le cas, s'entretenir avec le patient, le consultant devra baser son jugement quant au caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande sur les données communiquées par le médecin, le testament de vie du patient, les déclarations que ce dernier aura faites depuis et les informations fournies par d'autres personnes, telles que les proches du patient. Il n'est certes pas aisé de définir en termes généraux les conditions dans lesquelles l'euthanasie peut être pratiquée dans de telles circonstances. Cependant, compte tenu de la loi, cette possibilité ne doit pas être exclue. Le cas n<sup>o</sup> 7 en est un exemple.

Pour les patients atteints de démence, il est recommandé de consulter au moins un expert, de préférence gériatre ou psychiatre, en dehors du confrère intervenant en tant que consultant indépendant. Outre le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, l'absence de perspective d'amélioration et le trait insupportable des souffrances doivent être très soigneusement pesés par le médecin, qui devra montrer à la commission qu'il a redoublé de prudence en prenant sa décision.

**Cas n<sup>o</sup> 2 (ne figure pas dans le présent résumé)**

**Cas n<sup>o</sup> 3 (ne figure pas dans le présent résumé)**

**Cas n<sup>o</sup> 4 (ne figure pas dans le présent résumé)**

## Démence

Les cas 5, 6 et 7 se rapportent à des signalements concernant des patients atteints de démence. Dans de tels cas, le médecin redouble de prudence pour s'assurer que la

demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie, et juger du caractère insupportable des souffrances.

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

### Cas n° 6

**Demande volontaire et mûrement réfléchie d'un patient atteint de la démence à corps de Lewy**

**Conclusion : respect des critères de rigueur**

Chez un quinquagénaire, suite à l'apparition de troubles de la mémoire, la démence à corps de Lewy, maladie incurable, était diagnostiquée il y a deux ans, diagnostic confirmé six mois plus tard dans le cadre d'un deuxième avis demandé par le médecin. En dépit des efforts pour freiner le processus, les fonctions cognitives du patient ne cessaient de se dégrader et il souffrait en outre de mouvements incontrôlés et d'hallucinations, ce qui troublait son sommeil. La conscience de sa propre déchéance – caractérisée par le déclin progressif des fonctions cognitives, de très vives hallucinations visuelles et des tremblements sévères et continus – était une source de souffrances pour le patient, d'autant qu'il savait que son état ne pouvait que se détériorer et risquait de nécessiter une hospitalisation de long séjour. Cette souffrance était insupportable pour le patient, ce que le médecin pouvait appréhender, et clairement sans perspective d'amélioration.

Il ressort du dossier que le médecin et les spécialistes traitants ont suffisamment informé le patient de sa situation et de ce que cela signifiait pour l'avenir. Deux mois avant son décès, le patient discuta avec le médecin des circonstances dans lesquelles il souhaitait recourir à l'euthanasie. Plusieurs entretiens suivirent sur ce sujet. Quelques jours avant le décès, le patient formula une demande concrète, réitérée à plusieurs reprises. Il avait rédigé des testaments de vie.

Le médecin consultant contacté par le médecin traitant (une spécialiste indépendante, membre du SCEN) rendit visite au patient deux semaines avant son décès. Selon son compte rendu, ce dernier avait l'air vieilli, réagissait avec lenteur, parlait peu distinctement et n'établissait au début de l'entretien que de courts contacts visuels. Manifestement agité et tendu, il alla s'asseoir sur le canapé comme le suggérait son épouse. Lors de l'entretien, il indiqua clairement que la maladie, à son âge, l'avait empli d'incertitude et de tristesse. Il savait que la démence avait pris les rênes de son existence et qu'aucun traitement n'était en mesure de prolonger quelque peu sa vie dans la dignité. Il tenait à garder le contrôle de la situation et avait dicté ses souhaits en la matière à sa femme, qui les avait retranscrits. Il était conscient des évolutions affectant ses capacités intellectuelles et des handicaps qui s'étaient accumulés, comme l'impossibilité de travailler, de conduire une voiture ou de faire de la moto, limitations qui ne feraient que s'étendre. Il refusait obstinément d'être hospitalisé dans un établissement de long séjour ou toute autre structure, or il savait que cela serait bientôt inéluctable. La perspective de ne plus reconnaître sa femme ni ses enfants lui était intolérable. Il était de plus en plus souvent sujet à des comportements incontrôlés dus à son syndrome démentiel, ce qui obligeait son épouse à le corriger. Il était conscient que ces symptômes ne pouvaient que s'aggraver, ce qu'il trouvait extrêmement dégradant.

Selon la consultante, le patient savait précisément à quel moment il souhaitait l'euthanasie et s'en était longuement entretenu avec ses proches et le médecin traitant. Lors de l'entretien, le patient était apte à exprimer sa volonté. Son souhait était volontaire et mûrement réfléchi. La consultante observa que le patient, atteint d'une pathologie incurable, se trouvait déjà dans une phase de perte quasi totale de dignité humaine. La déchéance physique, les angoisses et les hallucinations, mais aussi la certitude de voir se détériorer encore ses capacités physiques et intellectuelles et s'aggraver ses troubles du comportement

provoquaient chez le patient une douleur insupportable, ce que la consultante pouvait appréhender. Elle estimait que les critères de rigueur seraient respectés à partir du moment où le patient formulerait une demande concrète. Une nouvelle concertation avec un médecin consultant serait nécessaire si l'euthanasie n'était pas effectuée dans un délai de six semaines.

Face à la demande d'interruption de la vie d'un patient engagé dans un processus de démence, la commission considère que la plus grande réserve est nécessaire. On peut en effet douter qu'un patient souffrant de démence dispose véritablement de la capacité d'exprimer sa volonté et que la demande de ce patient soit volontaire et mûrement réfléchie. Le caractère insupportable des souffrances pose aussi question. La commission a estimé que dans le cas présent le médecin avait agi avec suffisamment de rigueur. Le dossier contenait une déclaration étoffée, dictée par le patient, où il décrivait ses souffrances et ses souhaits. Il ressortait des notes d'entretiens que son désir de mettre fin à sa vie en cas de souffrances insupportables était déjà ancien mais que, ce stade étant atteint, il devenait désormais concret. Ces notes révélaient aussi que le patient ne présentait pas d'altération de l'orientation spatiotemporelle et reconnaissait encore les personnes. Après concertation avec le médecin traitant, étude du dossier et un entretien approfondi avec le patient, la consultante indépendante était également parvenue à la conclusion qu'aucun doute ne pouvait exister quant au caractère insupportable des souffrances et à la capacité du patient d'exprimer sa volonté. La commission a en outre estimé que la consultante, du fait de sa spécialisation (gériatrie), avait la compétence nécessaire pour formuler cet avis. Compte tenu des faits et circonstances exposés ci-dessus, la commission a considéré que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur prévus par la loi.

#### Cas n° 7 (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'aucune atténuation des symptômes telle qu'elles deviennent tolérables n'est 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 ainsi que 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, lorsqu'il n'existe raisonnablement plus de véritable option (c'est-à-dire acceptable pour le patient) de traitement curatif ou palliatif. Les patients utilisent également cette expression pour indiquer qu'ils ne peuvent accepter le fait qu'aucune amélioration de leur état n'est 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.

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

Le caractère **insupportable** des souffrances, en revanche, est plus difficile à établir, car il s'agit d'une notion subjective : ce qui paraît supportable à l'un peut être insupportable pour un autre. Outre la situation dans laquelle se trouve le patient, le caractère insupportable ou non des souffrances dépend des perspectives d'avenir, de la résistance physique et psychique et de la personnalité du patient.

Dans les signalements, les explications données pour justifier du caractère insupportable des souffrances mentionnent souvent des symptômes physiques tels que douleur, nausées et suffocation, ainsi que l'épuisement, le processus de déchéance, la dépendance grandissante et la perte de dignité. Dans la pratique, c'est presque toujours la combinaison de multiples aspects qui détermine le caractère insupportable des souffrances. L'observation des symptômes bruts ne saurait à elle seule suffire à évaluer le degré des souffrances, qui dépend aussi du poids que le patient accorde à ces symptômes, compte tenu de la vie qu'il a menée et des valeurs auxquelles il est attaché.

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.

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

### Cas n° 10

#### **Souffrances insupportables et sans espoir d'amélioration du fait de l'accumulation des maux dus à la vieillesse et de la perte de dignité**

#### **Conclusion : respect des critères de rigueur**

Le patient, un octogénaire, voyait s'accumuler les handicaps physiques, au niveau tant visuel, auditif que moteur. Peu de temps avant son décès s'y ajoutèrent une infection des voies urinaires et une pneumonie, pour lesquelles il refusait tout traitement. Il souffrait. Sa déchéance se traduisait par une perte croissante d'autonomie : il ne pouvait sortir du lit, se laver, s'habiller ni aller aux toilettes sans aide et était porteur d'une sonde urinaire. Pour se rendre à la salle de séjour, il utilisait un ascenseur d'escalier. Il pouvait faire quelques pas à l'aide de son déambulateur. Il lui était de plus en plus difficile de lire un livre en gros caractères et sa capacité à se concentrer diminuait. Incapable de trouver une position indolore, il dormait mal. Sujet à des troubles de l'équilibre, il tombait de plus en plus souvent. Sa déchéance croissante, qui l'empêchait désormais de marcher, de lire et d'écouter de la musique, le faisait souffrir, d'autant qu'il savait que la situation ne pouvait qu'empirer et qu'il allait perdre sa dignité. Pour cet homme au caractère très indépendant, fervent lecteur et amateur de musique, cette souffrance était insupportable – ce que le médecin pouvait appréhender – et clairement sans perspective d'amélioration.

Lors de sa visite, la consultante trouva un homme cachectique, qui se leva avec peine du canapé à l'aide de son déambulateur pour la saluer. Durant l'entretien, il parla de sa vie et expliqua sa difficulté grandissante, lui qui avait une âme d'artiste, à exécuter les projets qu'il avait en tête, jusqu'à l'incapacité totale des derniers temps, qu'il ressentait comme une déchéance complète. Il ne supportait pas d'avoir besoin d'aide pour tout et d'être totalement dépendant. Il voulait affronter la mort dans sa « dignité d'homme ». Selon le médecin consultant, la souffrance du patient était insupportable et sans perspective d'amélioration du fait de la conjonction des altérations motrices et sensorielles. Lors de l'examen du signalement, la commission, estimant manquer d'informations sur la personnalité du patient et les facteurs qui avaient conduit le médecin, dans ses contacts avec ce dernier, à qualifier d'insupportable sa souffrance, a demandé au médecin de venir lui donner des renseignements complémentaires.

Durant l'entretien avec la commission, le praticien a déclaré qu'il suivait le patient depuis plus de 35 ans mais l'avait rarement reçu dans son cabinet pendant toutes ces années. Le patient était un homme plein d'assurance, qui faisait des choix tranchés. Il avait ainsi abordé très tôt le thème de l'euthanasie. La qualité de la vie était primordiale pour lui. Or celle-ci ne cessait de se détériorer : les derniers temps, le patient dormait mal, se déplacer dans la maison suffisait à le faire suffoquer et se distraire avec un livre audio était pratiquement impossible depuis la forte aggravation de sa surdité. Sa sévère déficience visuelle ne lui permettait alors déjà plus de lire.

Le patient souhaitait mourir dans la dignité. Interrogé par la commission, le médecin a ajouté que le patient lui avait confié n'avoir plus aucune qualité de vie et lui avait demandé de l'aider. Le médecin lui avait suggéré diverses pistes comme l'usage d'un scooter électrique ou d'instruments de correction visuelle, mais le patient les avait rejetées au motif qu'elles ne pouvaient résoudre son problème central. Les motifs de sa souffrance étaient la baisse de sa

qualité de vie, sa déchéance physique, sa dépendance croissante, son incapacité à lire et sa difficulté à se concentrer lorsqu'il recevait de la visite. Il trouvait cette situation humiliante. À la demande de la commission, le médecin a expliqué que, lorsque ses patients l'interrogent sur son opinion à l'égard de l'euthanasie, il répond toujours que ce n'est pas un droit mais qu'il est disposé à en discuter. Il a déclaré qu'il avait pu accéder au souhait du patient au moment où il avait pu ressentir que la souffrance de ce dernier était devenue insupportable. S'il avait eu des doutes quant à la possibilité d'appréhender cette souffrance, il aurait demandé au médecin du SCEN d'examiner ce point en particulier.

Compte tenu des faits et circonstances ci-dessus, la commission a considéré que le médecin avait pu acquérir la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Elle a estimé que les autres critères de rigueur avaient également été respectés.

#### Cas n° 11 (ne figure pas dans le présent résumé)

##### *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. Il importe que cette « angoisse devant les souffrances à venir » corresponde effectivement 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. Les cas 5 et 7 précédemment exposés peuvent servir d'illustration.

##### *Maladie et troubles psychiatriques*

Comme nous l'avons déjà vu, 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. Outre la question de la capacité du patient à exprimer sa volonté et à faire une demande volontaire et mûrement réfléchie, se pose celle, essentielle, du caractère insupportable et de l'absence de perspective d'amélioration de ces souffrances. Le médecin doit se demander si les souffrances que le patient perçoit comme insupportables peuvent être considérées comme dépourvues de perspective d'amélioration.

#### Cas n° 12 (ne figure pas dans le présent résumé)

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

##### *Coma et état de conscience minimale (non comateux)*

Souffrir suppose d'être conscient.

Un patient plongé dans le coma, c'est-à-dire dans un état caractérisé par une complète perte de conscience, ne peut ressentir la souffrance. Dans ce cas, l'euthanasie est donc exclue. L'exception suivante est cependant envisageable : si le coma peut être spontané, provoqué par la maladie ou ses complications, il peut aussi être la conséquence, en principe réversible, d'un acte médical (l'administration de médicaments destinés à combattre la douleur ou les symptômes). Dans ce dernier cas, l'euthanasie peut être justifiée. Il semblerait en effet inhumain de laisser ce patient sortir du coma réversible dans le seul but de lui faire confirmer à nouveau le caractère insupportable de ses souffrances, qui avait précisément motivé l'administration des médicaments.

Un patient peut être plongé, de façon spontanée ou suite à l'administration de médicaments pour combattre la douleur ou les symptômes, dans un état de conscience minimale (non comateux) n'excluant pas de ressentir des souffrances insupportables. Au vu des réactions du patient, le médecin peut acquérir la conviction que tel est le cas. Dans le but d'aider les médecins à diagnostiquer et interpréter les troubles de la conscience, la KNMG a inclus l'échelle de Glasgow à la directive de juin 2010 sur l'euthanasie en situation de conscience minimale.

Il peut arriver qu'au moment où le médecin – après avoir fait appel à un consultant indépendant – est prêt à pratiquer l'euthanasie, le patient entre, spontanément ou non, dans un état de conscience minimale (n'excluant pas la souffrance) ou soit volontairement plongé dans un coma réversible. Dans une telle situation, la directive autorise l'intervention : il n'est pas nécessaire de faire appel de nouveau à un consultant ni d'être en possession d'un

testament de vie, bien que le patient ne soit plus en mesure d'exprimer sa volonté lors de la mise en œuvre de l'euthanasie (voir cas n° 14).

Il peut cependant aussi arriver qu'un médecin, se fondant sur l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL, veuille donner suite à une demande d'euthanasie faite par écrit dans un testament de vie, alors même que le patient, plongé dans un état de conscience minimale ou dans un coma réversible, n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté et qu'aucun consultant indépendant n'a été sollicité. La directive ne s'applique pas à cette situation exceptionnelle, mais l'échelle de Glasgow peut aider le médecin à évaluer le niveau de conscience (et donc la probabilité des souffrances) ou à constater le coma. Dans ce cas également, il semblerait inhumain de laisser le patient sortir du coma réversible dans le seul but de lui faire confirmer le caractère insupportable de ses souffrances (cf. cas n° 4).

Dans la plupart des cas se rapportant à des patients en état de conscience minimale, la commission réclame un complément d'information afin de contrôler les faits et circonstances spécifiques. Sur la base de ces données, elle peut juger que le médecin a agi conformément aux critères de rigueur.

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

##### *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. Elle ne peut être appliquée que lorsque l'espérance de vie ne dépasse pas deux semaines<sup>4</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. Dans ce cas, le médecin et le patient peuvent parvenir à la conviction que la sédation palliative ne constitue pas une solution raisonnable.

#### c. Information du patient

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

Les commissions vérifient si et comment le ou les médecins traitants ont 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 suffisamment d'éléments 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'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'euthanasie 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 au cœur des décisions de fin de vie. Pour autant, le patient n'est pas tenu d'essayer toutes les formes de soins palliatifs existantes. Même en proie à des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, il est libre de refuser un traitement ou des soins palliatifs. Une telle décision 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 de perdre conscience. Le médecin doit lui fournir les informations nécessaires et considérer avec lui si cette crainte est justifiée. Le refus d'un traitement ou de soins palliatifs doit faire l'objet d'un entretien approfondi entre médecin et patient. 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.

4: Version 2009 de la directive relative à la sédation palliative de la KNMG.



## Cas n° 15

**Question de l'existence d'autres solutions réellement envisageables ; importance de l'opinion du consultant**

**Conclusion : non-respect des critères de rigueur**

La patiente, une septuagénaire, souffrait depuis des années de douleurs dorsales insupportables. Elle ne se souvenait pas avoir jamais vécu sans éprouver de douleur au dos. Il y a quatre ans, suite à une radiographie, le médecin diagnostiqua plusieurs fractures ostéoporotiques dues à un affaissement au niveau lombaire. La seule solution était de tenter de ramener la douleur à un niveau supportable par un traitement médicamenteux, sachant que les difficultés n'allaient probablement cesser de s'accroître. Il y a trois ans, la patiente entama un traitement au Fentanyl transdermique, en doses croissantes, qui se révéla inefficace contre la douleur, y compris au dosage maximal. La patiente se vit également prescrire des antidépresseurs, tels que l'Amitriptyline, mais sans résultat. Sombrant dans une somnolence toujours plus profonde et alors que le risque de chute augmentait, elle fut accueillie provisoirement, sur les conseils du médecin, dans une maison de retraite médicalisée afin d'être entourée et que les effets d'un dosage approprié puissent être examinés. Si ce séjour l'aida à retrouver une certaine sérénité, il n'eut aucun effet sur la douleur, qui restait insupportable. De retour chez elle, la patiente, sans passer par l'intermédiaire du médecin, consulta un thérapeute manuel, qui ne fut pas non plus en mesure de lui proposer de solution. Échapper à cette existence pour une autre vie, telle était l'aspiration de la patiente. Chaque acte de la vie quotidienne était source de souffrance, renforcée par l'absence de toute perspective d'amélioration.

Après avoir consulté des spécialistes de la douleur à propos de cas similaires, le médecin était parvenu à la conclusion qu'un bloc anesthésique, même par périurale, serait sans effet sur la douleur non radriculaire. Il était convaincu que ces souffrances étaient insupportables pour la patiente. Selon lui, en dehors des mesures palliatives déjà mises en œuvre, il n'y avait plus aucune possibilité de les soulager.

D'après le rapport du médecin consultant, la patiente était clouée au lit la plupart du temps, ne se levant que pour aller aux toilettes. Elle s'exprimait clairement et indiqua qu'elle avait mal au dos depuis l'âge de treize ans déjà. Les premiers examens ne remontaient cependant qu'à cinq ans plus tôt. Suite à une radiographie effectuée il y a quatre ans, le médecin avait conclu que l'intense souffrance de la patiente provenait probablement d'une scoliose doublée d'un affaissement vertébral dû à l'ostéoporose. Il estimait que les possibilités curatives et palliatives étaient épuisées et que les douleurs ne pouvaient que se renforcer. La patiente était de plus en plus réduite à l'immobilité ; sa vie était dominée par la douleur, ce qui lui ôtait tout sens.

Selon le consultant, la demande d'euthanasie de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie. Les souffrances étaient insupportables, tant au niveau physique que psychique, ce que le consultant était en mesure de bien appréhender, notamment du fait de la situation de dépendance qui en découlait pour la patiente. Il estimait cependant que le médecin n'avait pas exploité toutes les possibilités au niveau de la prise en charge de la douleur : il n'avait prescrit à la patiente que des patches de Fentanyl de 50 microgrammes, ainsi que de l'Oxycodon et, pendant un certain temps, de l'Amitriptyline.

Lors de l'examen de ce cas, la commission a été frappée de constater le profond désaccord entre le médecin traitant et le consultant quant à la possibilité d'un traitement palliatif pour soulager les souffrances insupportables de la patiente. La commission s'est demandé si le médecin avait consulté un spécialiste du dos ou une équipe spécialisée dans les soins palliatifs ou la prise en charge de la douleur. Elle souhaitait aussi pouvoir consulter les conclusions écrites de la clinique du dos de La Haye, dans laquelle la patiente s'était rendue il y a un an, apparemment de sa propre initiative, accompagnée de son fils. Enfin, la

commission souhaitait réfléchir avec le médecin et le consultant à leurs rôles respectifs dans la procédure d'euthanasie.

Lors de la séance d'explications orales, le consultant a indiqué ne pas comprendre pourquoi une patiente qui souffre de douleurs dorsales depuis l'âge de treize ans les trouverait tout à coup insupportables après soixante ans. C'était l'une des raisons pour lesquelles il avait téléphoné au médecin après avoir vu la patiente. Il estimait manquer d'informations pour forger son opinion.

La patiente souffrait depuis l'âge de treize ans de douleurs dorsales, qui s'étaient accentuées plus tard, après la naissance de ses enfants. Le consultant n'avait cependant pu trouver aucune information sur le moment précis de l'aggravation. La patiente avait clairement indiqué que la souffrance dominait sa vie : à peine était-elle levée et descendue au salon qu'elle voulait regagner son lit. Elle lui avait montré les antalgiques prescrits par le médecin. Le consultant les estimait insuffisants. En tant que médecin généraliste, il suivait différentes patientes avec des symptômes similaires qui réagissaient bien aux antalgiques et il trouvait que le médecin n'avait proposé que peu de choses en termes d'antidouleurs. La patiente lui avait dit s'être rendue dans une clinique du dos, mais elle en avait oublié le nom ainsi que celui du médecin qui l'avait examinée. Le consultant pensait, sans en être certain, qu'il s'agissait d'un orthopédiste. Il déduisit de son entretien avec la patiente que l'euthanasie ne serait pas nécessaire en cas de lutte efficace contre la douleur permettant d'ôter aux souffrances leur caractère insupportable. La patiente lui avait explicitement dit que si elle n'avait plus mal elle ne souhaiterait plus l'euthanasie.

Dans ses explications orales, le médecin a déclaré à la commission avoir une grande expérience de coopération avec les équipes de traitement de la douleur. D'après lui, seuls les patients souffrant de douleur radicaire ont intérêt à être orientés vers de telles équipes. Ces dernières n'offrent aucune valeur ajoutée pour le traitement des douleurs osseuses et ligamenteuses, que le médecin généraliste rencontre régulièrement et est apte à soigner. Le médecin a ajouté qu'il n'avait pas détecté chez la patiente de symptômes d'autres pathologies, telles qu'une pathologie ovarienne ou des métastases osseuses. Liée aux mouvements, sa douleur ne pouvait, selon lui, avoir d'autre cause que l'affaissement des vertèbres et était, il y a un an, la même que trois ans auparavant. La patiente l'avait péniblement supportée pendant toutes ces années car elle pensait que le médecin était défavorable à l'euthanasie.

Il n'avait pas pris au sérieux la visite de sa patiente, de sa propre initiative, à un thérapeute manuel. Ce dernier l'avait contacté par téléphone et lui avait indiqué ne rien pouvoir pour sa patiente, les troubles étant localisés à différents niveaux. Il estimait inutile de la renvoyer à un orthopédiste ou un spécialiste de la douleur, avis partagé par le médecin.

Celui-ci avait envisagé d'administrer de la morphine à la patiente mais était conscient des risques, la patiente vivant seule.

À la question de la commission sur l'existence de troubles psychiques, il a répondu y avoir pensé mais ne pas avoir constaté de gros problème dans ce domaine. Il avait envoyé la patiente dans une maison de retraite médicalisée afin de l'apaiser après sa chute chez elle due à la morphine. Toutefois, ce séjour n'affecta en rien son souhait d'euthanasie. Le médecin a indiqué à la commission ne pas ressentir la demande d'euthanasie d'un patient comme un impératif : il n'est prêt à y donner suite que s'il est intimement convaincu qu'elle est réelle. Vingt ans d'expérience lui ont appris que quand un patient exprime un souhait d'euthanasie qui n'est pas authentique, l'intervention n'a pas lieu car le patient change d'avis. Confronté à une demande d'euthanasie, le praticien est rapidement en mesure d'évaluer si ce souhait est réel. Au vu des souffrances de la patiente, le médecin pouvait appréhender l'authenticité de son souhait. Les spécialistes d'un centre antidouleur ne pouvaient rien faire de plus pour soulager ses souffrances.

Dans son jugement, la commission considère les éléments suivants : les souffrances d'un patient sont dépourvues de toute perspective d'amélioration lorsqu'il y a absence de perspective thérapeutique réelle. La maladie ou l'affection à l'origine des souffrances est

incurable et il est peu probable que les symptômes pourront être atténués. On ne peut parler de « perspective réelle » que si, pour le patient, les inconvénients du traitement restent proportionnés à l'amélioration que celui-ci peut procurer.

Dans ce cas précis, la commission n'est pas convaincue que les souffrances de la patiente n'offraient aucune perspective d'amélioration. La patiente s'est présentée il y a plus de douze ans au cabinet du médecin mais aucun diagnostic n'a été établi concernant son mal de dos. Elle en souffrait apparemment depuis l'âge de treize ans, mais le médecin ignorait l'origine de la douleur à cette époque. Il reconnaît ne pas disposer de diagnostic antérieur ni d'autres données médicales relatives aux années de douleur dorsale. La patiente voyait peu le médecin. Celui-ci lui fit faire des radiographies de la colonne vertébrale lombaire il y a six ans, puis de nouveau deux ans plus tard. Les dernières révélèrent un affaissement progressif des troisième et quatrième vertèbres lombaires, ainsi que de la discopathie et de la spondylose à tous les niveaux. Le médecin n'a cependant pas pu confirmer que la douleur subie ces dernières années était la même que celle qu'elle avait toujours ressentie. Sur la base de ces examens, le médecin a jugé inutile de diriger la patiente vers une équipe spécialisée dans le traitement antidouleur, puisque sa douleur était non radriculaire. Il ne l'a pas non plus orientée vers un orthopédiste.

La commission – tout comme le médecin – ignore si le diagnostic d'il y a quatre ans est suffisant pour expliquer la douleur, d'autant que celle-ci date de la jeunesse de la patiente. En l'absence de diagnostic plus précis, il est difficile de se prononcer sur la possibilité d'un traitement. Aussi la commission n'est-elle pas convaincue du caractère insupportable et sans issue de la situation. Les prescriptions se limitaient à des patchs de Fentanyl de 50 microgrammes, de l'Oxycodon et du Lyrica, ainsi que, pendant un certain temps, de l'Amitriptyline. Par ailleurs, le consultant a estimé que les possibilités en matière de traitement de la douleur n'avaient pas été entièrement explorées et appliquées. À la lumière de sa propre expérience avec des femmes atteintes de symptômes similaires, il a jugé les prescriptions insuffisantes. Cet élément est d'autant plus important que la patiente lui avait confié qu'elle ne demanderait pas l'euthanasie s'il était possible de traiter la douleur.

Au vu de ce qui précède, la commission conclut que le médecin n'a pu acquérir la conviction qu'aucune autre perspective réelle n'existait. Puisqu'il n'a pas été possible d'établir de façon irréfutable que les souffrances de la patiente étaient dues à l'ostéoporose, d'autant qu'elles duraient depuis plus de soixante ans, la commission estime que la patiente aurait au moins dû être orientée vers un spécialiste ou une équipe multidisciplinaire en vue de préciser le diagnostic ou de trouver un traitement. Même si l'ostéoporose était l'unique cause de la douleur, toutes les possibilités n'ont pas été exploitées en matière de traitement palliatif. L'équipe de traitement de la douleur d'un hôpital universitaire a ainsi informé la commission qu'il est souvent possible de fortement soulager des souffrances de cette nature, y compris si elles ne sont pas d'origine radriculaire. Le diagnostic incertain et l'existence éventuelle de possibilités au niveau palliatif amènent la commission à la conclusion que, si les souffrances de la patiente au moment de l'euthanasie étaient insupportables, elles n'étaient pas – ou en tout cas pas encore – dénuées de toute perspective d'amélioration.

La commission juge donc que le médecin n'a pas agi conformément aux critères de rigueur énoncés ci-dessus, tels que prévus par la loi.

## e. Consultation

**Le médecin 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 praticien examine le patient et émette, en toute indépendance, un jugement écrit quant au respect des critères de rigueur présentés sous a. jusqu'à d. La loi exige que le médecin demande cette consultation préalablement à toute interruption de la vie sur demande ou aide au suicide, dans le but de favoriser un processus décisionnel scrupuleux. La consultation de son confrère lui permet de s'assurer qu'il n'a omis aucun aspect des critères de rigueur à respecter et l'aide à faire le point avant de décider d'honorer la requête du patient. C'est dans cette optique que le consultant examine ce dernier. Cela vaut également pour le ou les éventuels autres confrères auxquels le médecin pourrait demander une consultation ultérieure.

Lorsque le médecin souhaite à nouveau consulter le praticien précédemment sollicité, il peut, selon les circonstances indiquées ci-après, le faire par téléphone. 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.

### Indépendance du consultant

Le médecin consultant doit être indépendant tant à l'égard du patient que du médecin traitant. Dans le document de 2003 précisant son point de vue concernant l'euthanasie (p. 15), le bureau de la fédération de la KNMG a clairement indiqué que l'indépendance du médecin consultant doit être assurée. Cela implique qu'un collègue du même cabinet médical, un associé, un spécialiste en formation auprès du médecin signaleur, un membre de la famille ou un médecin ayant une quelconque relation de dépendance avec le praticien 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 consultant ne doit notamment pas avoir de lien de parenté ni de relation professionnelle avec le médecin demandeur ni aucun lien de collaboration professionnelle, y compris être un associé de son 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 en suscitant 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 toujours éviter ne serait-ce qu'un semblant d'atteinte à cette indépendance. 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'intervention.

Si le premier cas n'exclut pas nécessairement la possibilité de formuler un jugement indépendant, l'apparence de connivence qu'il peut susciter est gênante. Dans le second cas, où le lien relève de l'activité professionnelle, 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.

Pour répondre aux conditions d'indépendance du consultant, il est recommandé de contacter celui-ci par l'intermédiaire du SCEN, ce qui est d'ailleurs la pratique habituelle (voir ci-dessous les modalités de consultation d'un médecin du SCEN).

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.

### Rapport écrit du médecin consultant

Le rapport écrit du médecin consultant est un élément essentiel pour l'examen du signalement<sup>5</sup>. 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 aussi souhaitable qu'il explicite sa relation avec le médecin traitant et 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 le cas échéant lui demander des précisions.

### Situation après la consultation indépendante

Il arrive que le médecin consultant constate, lors de sa visite au patient, qu'au moins un des critères n'est pas ou n'a pas encore été rempli. Les rapports n'expriment pas toujours clairement quelle suite a été donnée à un tel constat, les commissions demandent alors un complément

<sup>5</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.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl).

d'information au médecin signaleur. Plusieurs cas de figure sont possibles.

- 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 pas indispensable si le consultant a indiqué que les souffrances deviendraient probablement insupportables à très court terme, en précisant leur nature, et que cela se produit effectivement. Il est cependant conseillé de prévoir dans ce cas une nouvelle concertation, au moins téléphonique, entre médecin et consultant.
- Une deuxième consultation ne sera en principe pas non plus nécessaire si le consultant a pu appréhender le caractère insupportable des souffrances du patient alors que celui-ci n'avait pas encore formulé de demande concrète d'euthanasie, par exemple parce qu'il souhaitait faire ses adieux à sa famille, et que cette demande intervient ensuite.
- 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 lui (voir le cas n° 16). Le médecin doit mentionner dans son dossier de signalement qu'il a eu une deuxième concertation avec le consultant, ou que ce dernier a examiné une seconde fois le patient.

Dans certains signalements, il apparaît que la procédure de consultation (c'est-à-dire l'appel au consultant, sa visite au patient et son avis) s'est déroulée dans un laps de temps précédant de peu le décès, parfois le jour même. Il est alors souhaitable que le médecin signaleur indique clairement

quand et comment il a pris connaissance du rapport du consultant. Le médecin signaleur doit réellement prendre en compte le jugement de son confrère consultant mais en cas de divergence d'opinion, c'est à lui qu'il incombe de trancher. Car ce sont les actes des médecins signaleurs qui sont jugés par les commissions.

### SCEN

Le programme de soutien et de consultation pour l'euthanasie (SCEN) forme les médecins à leur rôle de consultant dans le cadre de la procédure prescrite. Dans la plupart des cas, le consultant indépendant est un médecin du SCEN. Les commissions remarquent avec satisfaction que cela se vérifie désormais pour presque toutes les euthanasies pratiquées en milieu hospitalier par des spécialistes, eux-mêmes de plus en plus fréquemment membres du programme. Les médecins du SCEN ont également un rôle de soutien, notamment de conseil.

Les commissions constatent que les médecins sont loin de tous réfléchir avec le consultant aux modalités de la mise en œuvre de l'euthanasie ou de l'aide au suicide.

Bien que selon l'article 2, paragraphe 1e, de la loi WTL le jugement d'un consultant indépendant ne soit requis que pour les critères de rigueur a. à d., rien n'empêche le médecin signaleur d'examiner avec lui la façon dont il compte procéder, d'autant que ce consultant est souvent membre du SCEN. Les commissions remarquent que certains des médecins de ce programme proposent d'eux-mêmes au médecin qui les appelle de le conseiller quant à la mise en œuvre de l'euthanasie. Ce faisant, ils remplissent la mission de soutien du programme SCEN.

## Cas n° 16

### Consultation quatre mois avant le décès

#### Conclusion : non-respect des critères de rigueur

Chez une patiente, sexagénaire, un adénocarcinome fut diagnostiqué il y a cinq ans dans la première moitié du côlon. Elle fut opérée et subit une chimiothérapie. Trois ans plus tard, présentant un risque d'obstruction, elle fut hospitalisée. La coloscopie ne révéla cependant pas d'anomalies. Celles-ci apparurent cependant six mois plus tard et la patiente subit une laparotomie, qui permit de déceler une récurrence ou une métastase incurable du carcinome du côlon. Une résection palliative fut alors pratiquée. Toute guérison était exclue. Les souffrances de la patiente étaient principalement causées par des vomissements, des nausées et des crises de douleurs dans l'abdomen, dont la fréquence augmenta au cours de la dernière période. En outre, elle supportait de plus en plus difficilement l'alimentation par sonde. La gravité des troubles s'accrut également. Le médecin pouvait appréhender le caractère insupportable des souffrances. Huit mois avant son décès, la patiente avait eu avec le médecin un entretien sur l'euthanasie en général, sujet qu'elle avait déjà abordé avec son prédécesseur. Trois jours avant son décès, elle fit une demande concrète d'euthanasie, qu'elle répéta plusieurs fois par la suite. Elle avait rédigé un testament de vie.

Selon le médecin, la patiente ne subissait aucune pression et elle était consciente de la portée de sa demande et de son état physique.

Un généraliste, membre du SCEN, fut appelé comme consultant indépendant. Il rendit visite à la patiente quatre mois avant le décès, après s'être concerté avec le médecin et avoir examiné le dossier. Il confirma l'évolution de la maladie, ainsi que l'absence de perspective et le caractère insupportable de souffrances qui ne pouvaient être soulagées d'aucune façon. La demande d'euthanasie était volontaire et mûrement réfléchie. Le consultant conclut que les critères de rigueur étaient remplis. Le médecin pratiqua l'interruption de la vie sur demande en administrant 2 000 mg de Thiopental et 20 mg de Pancuronium.

Dans son accusé de réception du signalement, la commission a interrogé le médecin sur le mode d'administration des euthanasiants. Contrairement à ce qu'il avait indiqué dans le formulaire, ce dernier a précisé dans sa réponse écrite qu'après avoir administré à la patiente 2 000 mg de Thiopental et 20 mg de Pancuronium par voie intraveineuse, il lui avait encore injecté 20 mg de Pancuronium (cinq ampoules) et que la mort était intervenue vingt minutes plus tard. Les réponses écrites du médecin n'ont pas permis à la commission de se faire une idée précise de la façon dont l'euthanasie avait été pratiquée. Elle a constaté par ailleurs que l'intervention avait eu lieu quatre mois après la visite du consultant et qu'elle ne disposait pas d'informations précises sur l'évolution de l'état de la patiente après cette visite.

Pour répondre aux questions qui subsistaient sur le déroulement de l'euthanasie, le médecin a été invité à un entretien avec les membres de la commission. Il a expliqué qu'après avoir constaté une occlusion intestinale chez la patiente, il avait immédiatement demandé la visite d'un consultant, car il savait par expérience que, dans de tels cas, l'évolution de la maladie était incertaine. Après cette visite, l'état de la patiente s'était cependant amélioré et elle avait alors renoncé à demander l'euthanasie. Consciente des réticences de ses enfants devant la perspective d'une euthanasie, elle fit preuve d'un grand courage dans la période qui suivit. Cependant, après quelque temps, elle ne parvint plus à faire abstraction de ses souffrances. Peu avant l'euthanasie, la douleur ne cessa d'augmenter. Elle ne pouvait plus s'alimenter. Elle indiqua alors que ses souffrances étaient insupportables et qu'elle souhaitait l'euthanasie. Considérant que l'état de la patiente n'avait en fait pas changé par rapport au moment de la visite du consultant, le médecin estima qu'une deuxième visite n'apporterait rien et n'était donc pas nécessaire.

S'agissant de l'euthanasie elle-même, le médecin a expliqué qu'il n'avait pas envisagé que la patiente pourrait ne pas décéder après l'administration des euthanasiants habituels. Il s'était alors trouvé dans une situation stressante, mais ne devait rien laisser paraître de la tension qu'il ressentait. Le pharmacien consulté lui avait finalement conseillé d'injecter une nouvelle fois 20 mg de Pancuronium. Partant du principe que ce dernier était mieux à même de prendre une décision que lui, il s'en était remis à son avis. Avant d'administrer la dose supplémentaire de Pancuronium, le médecin avait constaté que la patiente était plongée dans un sommeil profond. Elle ne réagissait plus aux stimulus. Pour vérifier la profondeur du coma, il l'avait regardée, lui avait adressé la parole et lui avait touché le bras. Le médecin ayant injecté à la patiente une dose supplémentaire de Pancuronium une heure et demie après l'administration du Thiopental et des premiers 20 mg de Pancuronium, il importait pour la commission de tester correctement la profondeur du coma, par exemple à l'aide du réflexe cornéen. Il a expliqué ne pas s'être demandé si la patiente était dans un coma suffisamment profond, étant donné la situation stressante dans laquelle il se trouvait.

Après l'entretien avec la commission et, notamment, en réponse au compte rendu qui en a été fait, le médecin a plusieurs fois transmis par écrit des informations supplémentaires, qui manquaient toutefois de cohérence et ne correspondaient en outre pas à celles, orales ou écrites, fournies auparavant. Lacunes que le médecin a attribuées au stress ressenti à l'idée de devoir venir s'expliquer et qui l'a empêché de se souvenir clairement du déroulement des opérations.

En ce qui concerne la consultation, la commission a considéré les éléments suivants.

La loi WTL prévoit que le médecin signaleur consulte un deuxième praticien, indépendant,

qui examine le patient et émet un jugement éclairé quant au respect des critères de rigueur tels que visés à l'article 2, paragraphe 1a à d. Ce confrère doit pouvoir juger en toute liberté et fournir un compte rendu écrit dans le but de favoriser un processus décisionnel aussi scrupuleux que possible. La consultation de son confrère permet au médecin de s'assurer qu'il n'a omis aucun aspect des critères de rigueur à respecter et l'aide à faire le point avant de décider d'honorer la requête du patient. Dans le cas examiné, la commission n'a pu, sur la base des données fournies par le médecin dans le dossier de signalement, se faire une idée de l'évolution de l'état de la patiente après la visite du consultant. Elle a obtenu les informations nécessaires à cet égard lors de son entretien avec le médecin. Celui-ci avait considéré que, l'état de la patiente n'ayant en fait pas changé par rapport au moment de la visite du consultant, une deuxième visite n'apporterait rien et n'était donc pas nécessaire. La commission estime cependant que l'amélioration de l'état de la patiente qui s'est manifestée après la visite du consultant et l'a conduite à renoncer à l'euthanasie, avait entraîné une situation nouvelle. Le médecin aurait donc dû consulter son confrère une deuxième fois lorsque sa patiente a réitéré sa demande d'euthanasie. En s'en abstenant, il n'a pas respecté le critère prévu à l'article 2, paragraphe 1e, de la loi WTL.

La commission considère que c'est au médecin qu'incombe la responsabilité de pratiquer l'interruption de la vie avec toute la rigueur médicale voulue et ce, quelles que soient les informations fournies par un spécialiste, en l'occurrence un pharmacien. Elle note que, dans le cas examiné, étant donné le temps écoulé entre l'injection de Thiopental et celle de la dose supplémentaire de Pancuronium, il s'imposait de vérifier correctement la profondeur du coma avant d'administrer cette deuxième dose. Or, il ne ressort ni des informations que le médecin a transmises par écrit, ni de celles fournies lors de l'entretien avec la commission, que ce contrôle a effectivement eu lieu et, si tel est le cas, qu'il a été correctement effectué. Les données communiquées par le médecin à la suite de cet entretien étaient en contradiction avec les explications précédemment fournies.

Consciente que la pratique d'une euthanasie ne saurait être considérée comme un acte médical normal, la commission comprend qu'elle puisse être particulièrement stressante pour le médecin. Aussi lui paraît-il logique que, si son déroulement a revêtu un caractère particulier et a été ressenti comme stressant par le médecin, elle reste en quelque sorte gravée dans la mémoire de celui-ci. Si tel n'est pas le cas, il lui semble alors naturel que le médecin – dans le cadre du complément d'informations demandé par la commission ou en préparation de son entretien avec elle – en passe les détails en revue. En conséquence de quoi et vu notamment que le médecin n'a envoyé qu'après son entretien avec la commission des informations écrites supplémentaires qui, en outre, ne correspondaient pas à celles, écrites et orales, transmises jusque-là, la commission se voit dans l'obligation de conclure que le médecin n'a pu la convaincre que l'euthanasie a été effectuée avec la rigueur médicale requise. Elle juge donc qu'il n'a pas non plus respecté le critère de rigueur visé à l'article 2, paragraphe 2f, de la loi WTL.

**Cas n° 17 (ne figure pas dans le présent résumé)**

## *f. Rigueur médicale*

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

Dans le cas de l'interruption de la vie sur demande, 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, le patient ingère lui-même le produit euthanasiant que lui a remis le médecin. Celui-ci doit rester auprès du patient, ou à proximité immédiate, jusqu'à son décès, des complications pouvant survenir, par exemple un rejet du produit par vomissement, ou la mort pouvant tarder à se produire. Le médecin peut alors intervenir et pratiquer l'euthanasie. Il doit avoir préalablement discuté de ces éventualités avec le patient et sa famille. Par ailleurs, il ne doit pas laisser ce type de produits sans surveillance auprès du patient, étant donné le risque qu'ils représentent pour la vie d'autres personnes.

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<sup>6</sup> de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la pharmacie (KNMP). 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>7</sup> et celles à choisir en seconde instance<sup>8</sup>, dont l'action est moins bien connue. Elle cite également d'autres produits ne pouvant constituer une alternative aux produits prioritaires, ou dont l'usage est déconseillé.

Un médecin n'ayant pas utilisé les substances prioritaires et omettant de justifier ce choix sera appelé à fournir des explications complémentaires à la commission. La rigueur médicale n'est pas a priori incompatible avec l'emploi de produits classés parmi ceux à choisir en seconde instance, sous réserve de justification suffisante par le médecin. Si les produits utilisés ne font pas partie de cette catégorie ou sont déconseillés, il devra s'expliquer devant la commission. L'utilisation, pour provoquer le coma, de substances non conseillées peut avoir des conséquences pénibles pour le patient, qui peuvent être évitées en choisissant les produits recommandés. Il doit être absolument sûr que le patient se trouve dans un coma profond lorsque le myorelaxant est administré.

Les commissions ne voient pas d'inconvénient à l'utilisation d'un produit tel que le Midazolam comme prémédication, le coma étant ensuite provoqué à l'aide des substances préconisées. 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 autant que possible 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 du *Standaard 2007*, ou non précisée dans le signalement, les commissions demandent au médecin concerné de s'expliquer. Comme déjà indiqué, 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. L'utilisation des produits préconisés par le *Standaard Euthanatica* est donc essentielle, tout comme le

respect de la posologie adéquate. Dans les cas n<sup>os</sup> 18 et 19, le médecin a employé une dose de produit provoquant le coma inférieure à celle recommandée. Dans le cas n<sup>o</sup> 16, le médecin avait demandé conseil à un pharmacien. La commission a considéré que le médecin, et non le pharmacien, est responsable de la bonne mise en œuvre de l'euthanasie, et par conséquent du choix et de la posologie des substances utilisées. Dans ces trois cas, les commissions ont jugé que le médecin n'avait pas pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale prescrite dans la mesure où il était impossible de garantir que le patient se trouvait dans un coma profond lors de l'administration du myorelaxant. Il importe qu'avant de procéder à cet acte, le médecin contrôle correctement la profondeur du coma. Le groupe de travail KNMP/WINAp/KNMG, déjà mentionné, élaborera des directives sur ce point.

6: *Standaard Euthanatica 2007: toepassing en bereiding* [Norme 2007 pour les euthanasians : utilisation et préparation]

7 Voir le tableau p.22 du *Standaard Euthanatica 2007: toepassing en bereiding*.

8 Voir le tableau p.26 du *Standaard Euthanatica 2007: toepassing en bereiding*.



## Cas n° 18

### **Dose de produit inducteur de coma trop faible ; importance du contrôle du coma Conclusion : non-respect des critères de rigueur**

Le patient, un homme de 80 ans, souffrait d'un carcinome bronchique, diagnostiqué un mois avant le décès, avec des métastases présentes dans tout le corps. La guérison était exclue. Au cours des semaines précédant le décès, la maladie progressa rapidement. Les souffrances du patient étaient provoquées par son état grabataire, des nausées réfractaires accompagnées de vomissements et de douleur. Ces souffrances lui étaient insupportables, ce que le médecin pouvait appréhender. Le patient avait demandé au médecin de pratiquer l'interruption de la vie. Ce dernier fit appel à un consultant indépendant, gériatre et médecin du programme SCEN. Le consultant estima que les critères de rigueur étaient remplis et en rendit compte le jour même au médecin traitant. Celui-ci pratiqua l'euthanasie en administrant par voie intraveineuse 1 000 mg de Thiopental, puis 20 mg de Pancuronium. Le médecin expliqua qu'il avait établi la dose de Thiopental sur la base de 20 mg par kilo de poids corporel.

L'examen du signalement suscita quelques questions de la commission concernant la mise en œuvre de l'euthanasie. Le médecin fut invité à venir s'en expliquer.

Le lendemain de la visite du consultant du SCEN, le médecin fut appelé par le praticien de garde qui l'informa de l'état critique du patient et lui demanda s'il pouvait lui administrer une sédation. Le médecin décida de se rendre auprès du patient. Il pratiqua l'euthanasie le jour même. Le médecin expliqua qu'au moment où l'état du patient s'était dégradé il n'avait pas examiné la dernière directive sur les produits euthanasiant, mais qu'il avait lu une directive précédente et avait consulté Internet. Il ne pouvait obtenir la dernière directive qu'en la commandant par courrier, ce qu'il avait fait. Elle lui était parvenue quelques jours après qu'il avait pratiqué l'euthanasie. Il avait procédé de la même façon que dans les situations antérieures, en utilisant 1 000 mg de Thiopental et 20 mg de Pancuronium. Interrogé par la commission, le médecin précisa que, dans la minute qui avait suivi, le patient avait eu une dépression respiratoire sévère. Deux à trois minutes plus tard, il avait administré le Pancuronium et le patient était décédé. Le médecin indiqua à la commission les articles qu'il avait trouvés sur Internet. Il en ressortait que la méthode consistant à utiliser 20 mg de Thiopental par kilo de poids corporel ne contrevient pas nécessairement à la rigueur médicale.

Le médecin déclara qu'il était absolument sûr que le patient n'avait aucunement pu ressentir l'effet de l'administration du myorelaxant. Le malade, cachectique, pesait environ 50 kilos et il avait rapidement été en état de dépression respiratoire. Le médecin déclara aussi qu'il avait estimé qu'après l'administration du Thiopental il n'était pas opportun de contrôler la profondeur du coma, en vérifiant le réflexe cornéen ou ciliaire ou la réaction à un stimulus douloureux. Il s'était basé sur son regard clinique.

Il répondit encore qu'il avait gardé l'impression que l'euthanasie s'était bien déroulée. À la question de la commission, il indiqua qu'il utiliserait le cas échéant 2 000 mg de Thiopental. Concernant la mise en œuvre de l'euthanasie, la commission a considéré les éléments suivants.

Le Standaard Euthanatica de la KNMP, sur lequel se base en principe la commission pour évaluer la conformité de la pratique de l'euthanasie aux connaissances scientifiques médicales reconnues, préconise d'induire le coma par l'injection d'une dose de 2 000 mg de Thiopental, les 1 500 mg recommandés dans la version de 1998 s'étant dans certains cas avérés insuffisants. La commission souligne le 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 au dosage du produit utilisé pour l'induction du coma. La commission considère que le médecin s'est basé sur une directive caduque mettant en rapport la dose d'euthasiant et le poids du patient. Le médecin ayant

employé 1000 mg de Thiopental au lieu des 2 000 préconisés, la commission estime qu'il était d'autant plus important de contrôler si le coma du patient était suffisamment profond lorsque le myorelaxant lui a été administré.

Le cas examiné concerne un homme d'environ 50 kg, dans un état cachectique sévère. Selon les observations du médecin, une dépression respiratoire a rapidement suivi l'administration de Thiopental. Le médecin a établi la profondeur du coma sur la base de son regard clinique, sans vérifier le réflexe cornéen ou ciliaire, ni la réaction à un stimulus douloureux. La dépression respiratoire ne constituant pas en elle-même la preuve suffisante d'un coma profond, lequel n'a par ailleurs pas été vérifié par le médecin, ce dernier a pris le risque que le patient puisse ressentir l'effet du myorelaxant sans être encore capable de le manifester. La commission ne peut que conclure que, dans le cas examiné, le médecin n'a pas pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale prescrite.

**Cas n° 19 (ne figure pas dans le présent résumé)**

**Cas n° 20 (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 passibles de poursuites (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 une infraction pénale. Cette exception est incluse dans les articles cités ci-dessus comme cause légale d'exemption de peine (Code pénal, paragraphe 2 des articles 293 et 294). 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), et de juger si le médecin a respecté les critères de rigueur prévus à l'article 2 de ladite loi.

## 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 vérifie les moyens utilisés pour provoquer la mort. 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.) 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. Celui-ci doit pouvoir les en convaincre. Dans leur jugement, les commissions considèrent les connaissances scientifiques médicales reconnues et les normes de l'éthique médicale. Si un signalement soulève des questions, la commission concernée prend contact avec le médecin signaleur et lui demande un complément d'information, parfois par écrit<sup>10</sup>, mais parfois aussi par téléphone. Si les renseignements fournis ne sont toujours pas suffisants, il peut lui être demandé de venir les préciser devant la commission. Il lui est alors possible de s'expliquer en détail 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.

Ces dernières années, la capacité des secrétariats n'a pas progressé au même rythme que le nombre de signalements. Si, en 2011, les effectifs ont été quelque peu renforcés, les retards accumulés et les arrêts maladie prolongés survenus dans les secrétariats n'ont malheureusement pas permis de clore l'examen d'un grand nombre de signalements dans le délai imparti de six semaines. Les commissions ont entretemps revu leur méthode de travail, avec pour résultat une amélioration notable de l'efficacité. Dans le respect des prescriptions légales et sans nuire à la qualité de leurs jugements, les commissions ont, au second semestre 2011, lancé le traitement informatique des signalements non générateurs de questions, d'abord dans le cadre d'un projet pilote mené dans deux régions, puis, en 2012, comme méthode élargie à l'ensemble des régions. Dans la presque totalité des cas, les commissions jugent que le médecin a respecté les critères de rigueur légaux. Seul le médecin signaleur est alors informé. Si une commission est d'avis que le médecin n'a pas agi dans le respect de ces critères, elle soumet son projet de conclusion pour avis et commentaires à tous ses membres, suppléants compris, ainsi qu'à ceux des autres commissions. Ceci dans le souci

9: 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).

10: Soit 6 % des signalements en 2005, selon le rapport d'évaluation de la loi WTL.

d'harmoniser et d'uniformiser l'examen des signalements. La décision finale revient à la commission compétente.

En 2011, les commissions ont jugé à quatre reprises qu'un médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur. La commission communique alors son jugement non seulement au médecin signaleur mais, conformément aux dispositions de la loi WTL, à l'Inspection de la santé et au Collège des procureurs généraux, qui examine s'il y a lieu d'engager des poursuites<sup>11</sup>. 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. Le président coordinateur des commissions et son suppléant organisent une concertation annuelle avec le Collège des procureurs généraux et l'Inspection de la santé.

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 – également un juriste – a voix consultative lors des délibérations. Considérées comme commissions d'experts, leur jugement est définitif lorsqu'il conclut au respect des critères de rigueur. 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 des Sports, la cellule centrale d'information sur les professions de santé (CIBG). Ils sont basés à Groningue, à Arnhem et à La Haye, où les commissions se réunissent tous les mois.

Les commissions participent à la formation des médecins consultants dans le cadre du programme SCEN (soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas) élaboré par la KNMG. Disposant de la totalité des rapports des consultants sollicités par les médecins signaleurs, les commissions ont par là-même une vision globale de la qualité de ces documents, à propos de laquelle la vigilance reste de mise. Elles se félicitent à cet égard de la nette amélioration constatée sur ce point.

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 des organisations de la société civile, des associations de médecins généralistes et des délégations étrangères, en s'appuyant sur des cas concrets pour expliquer la procédure et les critères de rigueur.

11: Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding), Staatscourant [Directives relatives à la décision de poursuites dans le cadre de l'interruption volontaire de la vie (euthanasie et aide au suicide), Journal officiel].

# *Annexe I*

## *Données chiffrées globales sur les signalements*

# Données chiffrées globales sur les signalements

Période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011

## Signalements

Les commissions ont enregistré 3 695 signalements.

## Euthanasie et aide au suicide

Dans 3 446 cas, il s'agissait d'euthanasie (c'est-à-dire d'une interruption active de la vie sur demande du patient), dans 196 cas, d'aide au suicide et dans 53 cas, d'une combinaison des deux.

## Médecins signaleurs

Dans 3 329 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 212 cas, un spécialiste hospitalier, dans 139 cas, un gériatre, dans 15 cas un spécialiste en formation.

## Affections

Les pathologies se répartissent comme suit :

Cancer	2 797
Pathologies cardiovasculaires	114
Pathologies du système nerveux	205
Autres affections	394
Polypathologies	185

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

Dans 2 975 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 189 cas à l'hôpital, dans 111 cas dans un établissement de long séjour, dans 172 cas dans une maison de retraite médicalisée et dans 248 cas dans un autre lieu (par exemple unité de soins palliatifs ou domicile d'un membre de la famille).

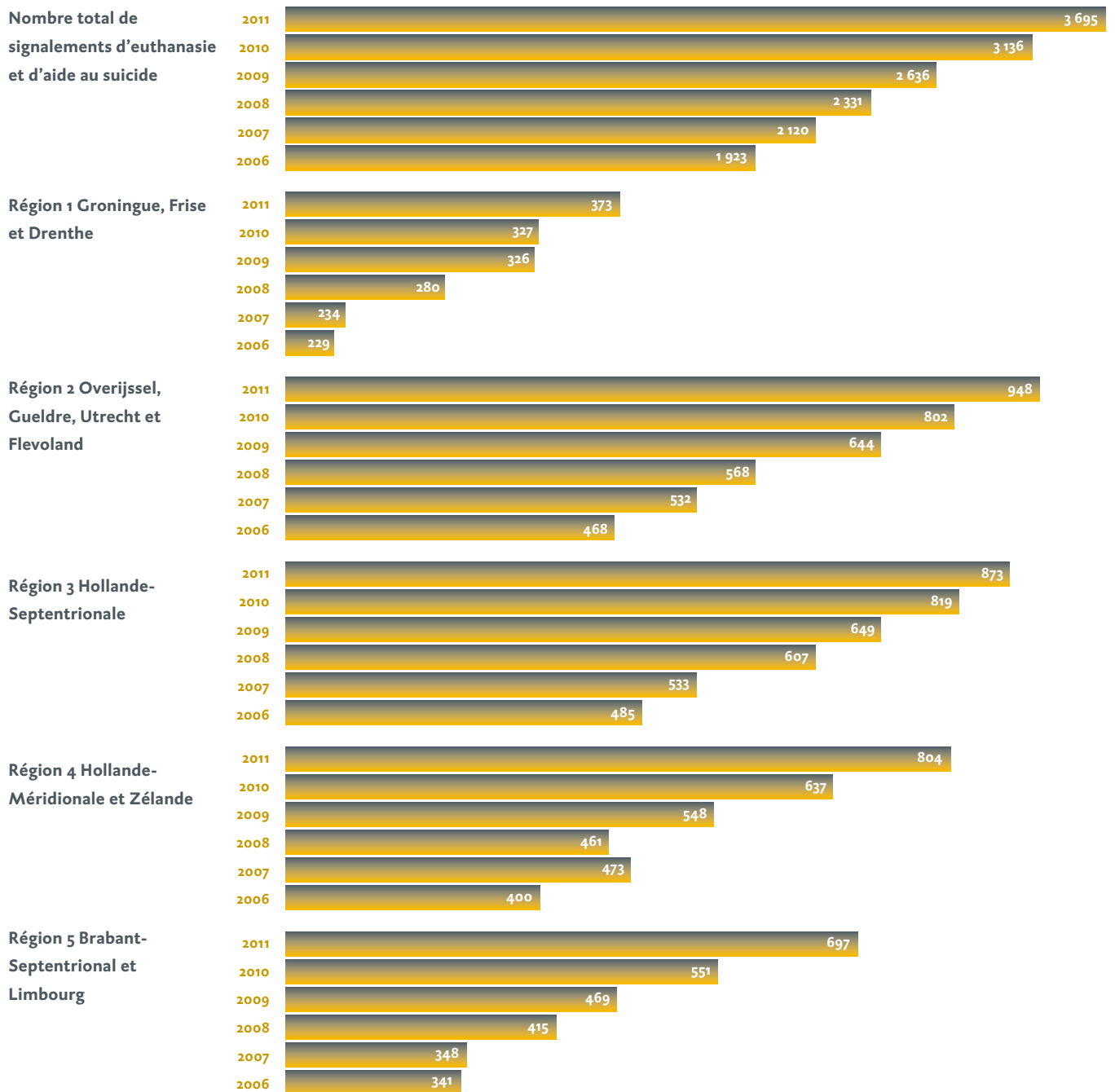
## Compétence de la commission et décision finale

Dans tous les cas, les commissions se sont estimées compétentes. Dans quatre cas, elles ont jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur.

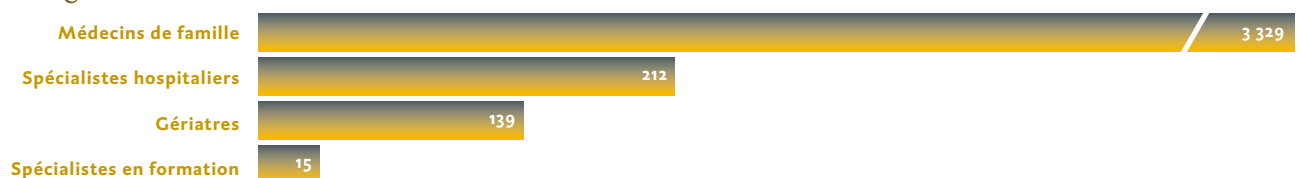
## Délai d'examen

Un délai moyen de 111 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi de la décision.

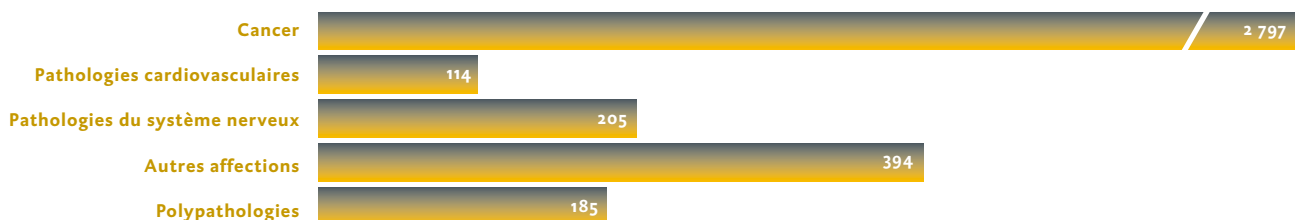
## Nombre de signalements d'euthanasie et d'aide au suicide 2011, 2010, 2009, 2008, 2007 et 2006



## Médecins signaleurs 2011



## Affections 2011



## Signalements par région

# I

## Région Groningue, Frise et Drenthe

Période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011

### Signalements

La commission a enregistré 373 signalements.

### Euthanasie et aide au suicide

Dans 328 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 43 cas d'aide au suicide et dans 2 cas d'une combinaison des deux.

### Médecins signaleurs

Dans 350 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 14 cas, un spécialiste hospitalier, dans 8 cas, un gériatre et dans 1 cas un spécialiste en formation.

### Affections

Les pathologies se répartissent comme suit :

Cancer	284
Pathologies cardiovasculaires	23
Pathologies du système nerveux	20
Autres affections	25
Polypathologies	21

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

Dans 314 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 14 cas à l'hôpital, dans 9 cas dans un établissement de long séjour, dans 23 cas dans une maison de retraite médicalisée et dans 13 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 50 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi de la décision.



## 2

## Région Overijssel, Gueldre, Utrecht et Flevoland

Période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011

### Signalements

La commission a enregistré 948 signalements.

### Euthanasie et aide au suicide

Dans 897 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 34 cas d'aide au suicide et dans 17 cas d'une combinaison des deux.

### Médecins signaleurs

Dans 866 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 43 cas un spécialiste hospitalier, dans 37 cas un gériatre et dans 2 cas un spécialiste en formation.

### Affections

Les pathologies se répartissent comme suit :

Cancer	744
Pathologies cardiovasculaires	19
Pathologies du système nerveux	51
Autres affections	103
Polypathologies	31

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

Dans 801 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 40 cas à l'hôpital, dans 23 cas dans un établissement de long séjour, dans 37 cas dans une maison de retraite médicalisée et dans 47 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 12 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 145 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi de la décision.

## 3

## Région Hollande-Septentrionale

Période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011

### Signalements

La commission a enregistré 873 signalements.

### Euthanasie et aide au suicide

Dans 795 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 60 cas d'aide au suicide et dans 18 cas d'une combinaison des deux.

### Médecins signaleurs

Dans 741 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 78 cas un spécialiste hospitalier, dans 44 cas un gériatre et dans 10 cas un spécialiste en formation.

### Affections

Les pathologies se répartissent comme suit :

Cancer	608
Pathologies cardiovasculaires	43
Pathologies du système nerveux	42
Autres affections	117
Polypathologies	63

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

Dans 629 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 73 cas à l'hôpital, dans 34 cas dans un établissement de long séjour, dans 66 cas dans une maison de retraite médicalisée et dans 71 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 12 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 175 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi de la décision.

## 4

## Région Hollande-Méridionale et Zélande

Période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011

### Signalements

La commission a enregistré 804 signalements.

### Euthanasie et aide au suicide

Dans 759 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 36 cas d'aide au suicide et dans 9 cas d'une combinaison des deux.

### Médecins signaleurs

Dans 734 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 42 cas un spécialiste hospitalier, dans 27 cas un gériatre et dans 1 cas un spécialiste en formation.

### Affections

Les pathologies se répartissent comme suit :

Cancer	630
Pathologies cardiovasculaires	16
Pathologies du système nerveux	52
Autres affections	65
Polypathologies	41

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

Dans 632 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 39 cas à l'hôpital, dans 27 cas dans un établissement de long séjour, dans 29 cas dans une maison de retraite médicalisée et dans 77 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 12 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 91 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi de la décision.

## 5

## Région Brabant-Septentrional et Limbourg

Période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011*Signalements*

La commission a enregistré 697 signalements.

*Euthanasie et aide au suicide*

Dans 667 cas, il s'agissait d'euthanasie, dans 23 cas d'aide au suicide et dans 7 cas d'une combinaison des deux.

*Médecins signaleurs*

Dans 638 cas, le médecin signaleur était un médecin généraliste, dans 35 cas un spécialiste hospitalier, dans 23 cas un gériatre et dans 1 cas un spécialiste en formation.

*Affections*

Les pathologies se répartissent comme suit :

Cancer	531
Pathologies cardiovasculaires	13
Pathologies du système nerveux	40
Autres affections	84
Polypathologies	29

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

Dans 599 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 23 cas à l'hôpital, dans 18 cas dans un établissement de long séjour, dans 17 cas dans une maison de retraite médicalisée et dans 40 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 12 fois. Dans aucun cas elle n'a jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur.

*Délai d'examen*

Un délai moyen de 96 jours s'est écoulé entre la réception du signalement et l'envoi de la décision.