

COMMISSIONS RÉGIONALES
DE CONTRÔLE
DE L'EUTHANASIE

RAPPORT

2014



TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

CHAPITRE I ÉVOLUTIONS EN 2014

Code déontologique	6
Signalements	8
Nombre de signalements	8
Troubles psychiatriques	8
Démence	10
Méthode de travail des commissions régionales, évolutions	10
Signalements VO et NVO	10
Harmonisation	10
Rattachement des secrétariats à l'ESTT	11
Autres évolutions	11
Valeur du testament de vie	11
Don d'organe après une euthanasie	12
Formulaire de signalement numérique	12

CHAPITRE II DONNÉES CHIFFRÉES GLOBALES

Nombre total de signalements en 2014	13
Nombre de signalements par région	14

CHAPITRE III ÉTUDE DE CAS

Critères de rigueur	15
Sélection des cas étudiés	16
Signalements NVO	16
Cas 2014-12	16
Cas 2014-16	17
Rapport motivé	18
Demande volontaire et mûrement réfléchie	19
Cas 2014-25	19
Souffrances insupportable et sans perspectives d'amélioration	20
Cas 2014-36	20
Information du patient	22
Absence d'autre solution raisonnable	22
Consultation d'un médecin indépendant	23
Cas 2014-47	23
Rigueur médicale	26
Troubles psychiatriques	26
Cas 2014-01	26
Cas 2014-70	29
Cas 2014-72	31
Démence	32
Cas 2014-35	33

CHAPITRE IV LES COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE

Cadre légal	36
Rôle des commissions	36
Tâches légales, compétences et méthode de travail	36
Composition et organisation	38
Harmonisation	38
Transparence et information	38

ANNEXE I

Ne figure pas dans le présent rapport

ANNEXE II

Dispositions légales	41
I Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (WTL)	
II Code pénal	46
III Loi sur les pompes funèbres	47

AVANT-PROPOS

Le présent rapport rend compte des travaux effectués en 2014 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).

Le rapport 2014 se présente sous une forme quelque peu différente de celle des années précédentes.

Le code de déontologie publié par les commissions régionales en avril 2015 expose dans les grandes lignes les considérations et éléments jugés pertinents par les commissions pour ce qui est du respect des critères de rigueur fixés par la loi en matière d'euthanasie. Il constitue un résumé de ces considérations, telles que publiées ces dernières années par les commissions dans leurs jugements et leurs rapports annuels.

Les commissions contrôlent si le médecin signaleur a agi conformément à la loi, à la genèse de la loi et à la jurisprudence, en considérant également les jugements qu'elles ont déjà rendus et les décisions du ministère public et de l'Inspection de la santé qui figurent en annexe 1 des rapports annuels. Les précédents rapports exposaient de façon détaillée la façon dont elles interprètent et appliquent les critères de rigueur stipulés par la loi, telle qu'elle apparaît dans leur « jurisprudence » et les considérations formulées.

Le présent rapport rompt avec cette approche.

Après la présentation des évolutions pour 2014 dans le chapitre I, le chapitre II porte sur les données chiffrées – 5 306 cas, soit une augmentation de 10 % par rapport à 2013 – et la nature des signalements. Le chapitre III est consacré à l'étude de cas, mais sans plus de commentaire explicatif.

Sont indiqués les critères de rigueur en question dans le signalement examiné, les points que la commission compétente a plus particulièrement pris en considération et la conclusion à laquelle elle est parvenue. Le texte intégral des jugements afférents est disponible sur le site internet des commissions régionales.

Le lecteur souhaitant un éclairage plus approfondi d'un cas d'étude est invité à consulter le code de déontologie, également disponible sur le site internet des commissions (www.euthanasiecommissie.nl).

Les commissions publient sur leur site internet les jugements ayant un intérêt pour le développement des normes. C'est en particulier le cas de tous ceux concluant au non-respect des critères de rigueur définis par la loi, soit pour 2014, quatre jugements. Les cas afférents sont comme d'ordinaire décrits dans le rapport annuel.

Les signalements de cas plus complexes – par exemple lorsque le patient souffre de troubles psychiatriques ou se trouve à un stade avancé de démence – sont presque toujours soumis aux membres de toutes les commissions régionales avant le verdict définitif de la commission compétente. Ce débat interne, parfois très vif, vise à harmoniser les jugements, dans le respect du principe voulant que chaque cas faisant l'objet d'un signalement soit soupesé en fonction des circonstances qui lui sont propres.

Avec la parution du code déontologie, la publication de leurs jugements sur le site internet et la diffusion des rapports annuels, les commissions régionales s'efforcent de clarifier les possibilités de la loi, pour les médecins, les consultants, les patients et d'autres personnes intéressées.

Les commissions ont eu durant l'année écoulée plusieurs entretiens constructifs avec la Société royale pour l'avancement de la médecine (KNMG) ; nous avons vivement apprécié ces réunions qui se sont déroulées dans un esprit d'ouverture et de coopération.

Outre les travaux susmentionnés sur le fond, 2014 a été marquée par une réorganisation administrative à laquelle ont été consacrés beaucoup de temps et d'énergie : le rattachement des secrétariats des commissions à l'unité Secrétariats des conseils de discipline et des commissions de contrôle (ESTT).

L'année 2014 a été pour les commissions une année enrichissante mais aussi, et à nouveau, riche en défis.

Je tiens donc à remercier l'ensemble des membres, le secrétaire général, les secrétaires et les agents des secrétariats des commissions régionales pour leur engagement et leurs efforts. Et j'adresse un merci tout particulier et bien mérité aux membres de la commission d'accompagnement du code de déontologie !

Vos réactions sont riches d'enseignements pour les commissions, et je vous invite à nous les transmettre (e-mail : n.visee@toetscie.nl).

W.J.C. Swildens-Rozendaal
présidente coordinatrice des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

La Haye, août 2015

Ch.I

ÉVOLUTIONS EN 2014

CODE DE DÉONTOLOGIE

Les rapports annuels communs et les analyses de cas publiés sur le site des commissions permettent de mieux comprendre la façon dont elles interprètent et appliquent les critères de rigueur pour l'euthanasie, tels que fixés par la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (ci-après : loi WTL). Afin de rendre ces informations plus accessibles, la deuxième évaluation de la loi WTL, menée en 2012, a recommandé la rédaction d'un code de déontologie. Cette recommandation a reçu l'aval de diverses organisations directement concernées par la question, dont la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG), les ministres de la Santé et de la Justice faisant, quant à eux, savoir à la Chambre des représentants qu'ils reconnaissaient l'opportunité d'un tel code.

Les commissions ont demandé à Johan Legemaate, professeur de droit de la santé à l'université d'Amsterdam et rattaché au Centre hospitalier universitaire de cette ville, de se charger de cette tâche avec le concours d'une commission d'accompagnement composée de MM. Gevers (président), Veldhuis (médecin), Mackor (éthicien) et de la secrétaire générale, Mme Visée. Le projet de texte issu de cette collaboration a été soumis pour commentaire à tous les membres et secrétaires des commissions.

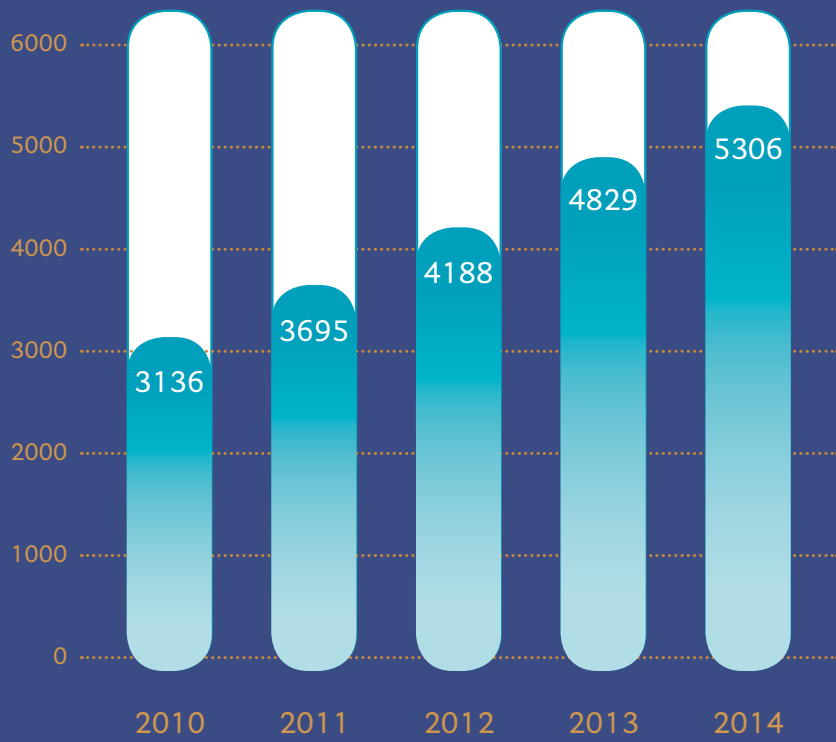
Le 23 avril 2015, la présidente coordinatrice, Mme Swildens-Rozendaal, a remis le premier exemplaire au président de la KNMG, M. Van der Gaag, lors du colloque « Le puzzle du consultant du SCEN ».

Le code de déontologie expose dans les grandes lignes les aspects et considérations jugés pertinents par les commissions pour ce qui est du respect des critères de rigueur fixés par la loi en matière d'euthanasie. Son objet n'est pas de décrire toutes les situations imaginables, mais de présenter un résumé de ces considérations, telles que publiées ces dernières années par les commissions dans leurs jugements et leurs rapports annuels. Le code est axé sur la réflexion déontologique et non sur les cas concrets.

S'adressant d'abord aux médecins appelés à pratiquer l'euthanasie et à leurs confrères consultants, le code peut aussi répondre au besoin d'information de patients désireux de faire une demande d'euthanasie et d'autres personnes intéressées. Ils y trouveront un aperçu des conditions auxquelles est soumise la pratique de l'euthanasie et pourront ainsi mieux adapter leurs attentes. Il importe pour chacun que l'application de la loi par les commissions soit entourée de la plus grande transparence possible.

Le code de déontologie est disponible sur le site internet des commissions¹

¹ www.euthanasiecommissie.nl.



NOMBRE DE SIGNALEMENTS

SIGNALEMENTS

Nombre de signalements

En 2014, les commissions régionales de contrôle ont enregistré 5 306 cas d'euthanasie (interruption de la vie sur demande ou aide au suicide). Le nombre de signalements reçus par les commissions a de nouveau augmenté – de 10 % – par rapport à l'année précédente (4 829 en 2013). Les données chiffrées, au niveau national et par région, sont présentées au chapitre II. Dans tous ces cas, 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, paragraphe 1, de la loi WTL. À quatre reprises, soit dans moins de 0,1 % des cas, elles ont estimé qu'il n'en avait pas été ainsi. Ces jugements sont repris au chapitre III, dans l'étude de cas, de même que quelques autres particulièrement complexes dans lesquels les commissions ont conclu, comme dans 99,9 % des signalements, au respect des critères. Le chapitre IV traite des travaux des commissions.

Troubles psychiatriques

Pour 41 des signalements enregistrés, la cause des souffrances du patient est un trouble psychiatrique, contre 14 en 2012, et 42 en 2013. On peut donc en conclure que la hausse du nombre de ces cas précédemment constatée ne s'est pas poursuivie. En 2014, les commissions ont examiné 36 des 41 signalements reçus, ainsi que 14 signalements enregistrés en 2013. En tout, elles ont donc traité 50 dossiers. Un seul d'entre eux a donné lieu à un jugement de non-respect des critères de rigueur (cf. *cas 2014-01*). Pour tous les autres, les commissions ont conclu au respect de ces critères. Dans 20 des 50 cas examinés, le médecin signaleur est un psychiatre, dans 30 cas un médecin généraliste, un spécialiste, un gériatre ou un autre type de médecin. Dans 19 cas, le médecin est un praticien de la Clinique de fin de vie (SLK).

L'augmentation du nombre de signalements portant sur des patients atteints de troubles psychiatriques a mobilisé l'attention. En février 2014, la KNMG a publié la brochure « L'euthanasie dans le cas de patients atteints d'un trouble psychiatrique ». Suite aux questions de la Chambre des représentants, la ministre de la Santé a indiqué vouloir favoriser la parution sur le site internet des commissions de leurs jugements relatifs à ces cas².

Compte tenu de l'intérêt persistant que suscite la question au sein de la société, un grand nombre de jugements ont fait l'objet d'une publication, sous une forme anonymisée et accompagnés d'un résumé, sur le site internet des commissions³. En 2014, les commissions ont publié de façon prioritaire sur leur site internet tous les jugements émis en 2013.⁴ Une table ronde sur le thème « Euthanasie et psychiatrie » a également été organisée le 4 juin 2014⁵.

Lors de la concertation générale de novembre 2014, la ministre de la Santé a exprimé le vœu que tous les médecins soient tenus à l'application de la directive sur cette question publiée par l'Association néerlandaise pour la psychiatrie (NVvP), et que l'expertise psychiatrique soit ancrée dans les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie⁶. Au printemps 2015, les commissions ont nommé un psychiatre parmi leurs membres médecins.

La réunion thématique annuelle des commissions, le 3 avril 2014, a été consacré à la question « Euthanasie et psychiatrie », avec la participation de spécialistes externes.

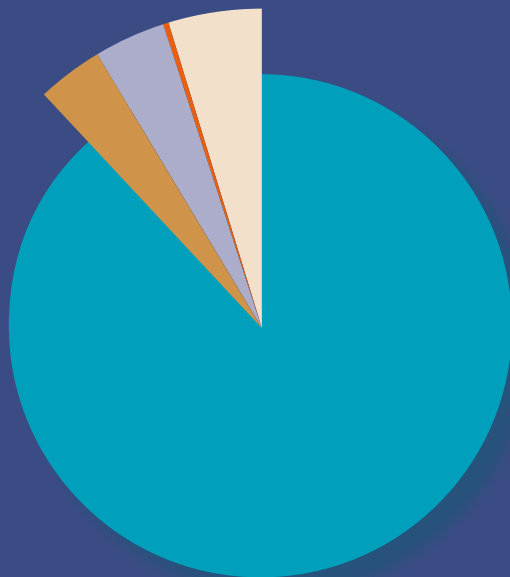
2 Documents parlementaires II, 2013/14, 32647, 20.

3 Cf. note 1.

4 Cf. note 1.

5 Documents parlementaires II, 2013/14, 32647, 28.

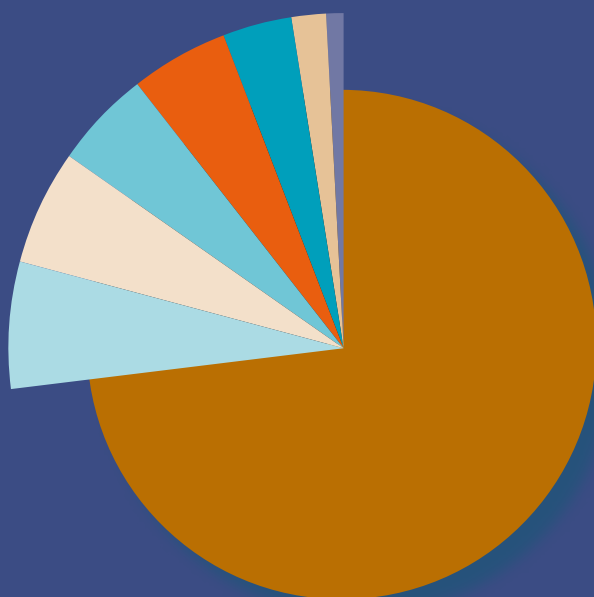
6 Documents parlementaires II, 2013/14, 32647, 40.



MÉDECINS SIGNALEURS 2014

généralistes	4 678
spécialistes hospitaliers	175
gériatres	191
spécialistes en formation	25
autres	237

Clinique de fin de vie (SLK) 227



AFFECTIONS 2014

cancer	3 888
pathologies du système nerveux	317
autres affections	291
polypathologies gériatriques	257
pathologies cardiovasculaires	247
pathologies pulmonaires	184
démence	81
troubles psychiatriques	41

Au chapitre III, trois cas présentent un exemple de problématique psychiatrique à l'origine des souffrances : les *cas 2014-1, 2014-70 et 2014-72*. Dans le *cas 2014-37*, celles-ci relèvent de facteurs d'ordre somatique aussi bien que psychiatrique.

Démence

Dans 81 des signalements reçus par les commissions, la cause des souffrances du patient est une forme de démence. Ce chiffre était de 97 en 2013. Dans leur grande majorité, ces patients se trouvaient en début de maladie et avaient donc encore une bonne compréhension de leur maladie et de leurs symptômes, tels que l'altération de l'orientation et de la personnalité. Ils ont été considérés comme aptes à exprimer leur volonté concernant leur demande, car encore capables d'en envisager les conséquences. Dans 14 cas, le médecin est un praticien de la SLK. Dans l'ensemble des 81 cas, les commissions ont jugé que les critères de rigueur avaient été respectés. Par ailleurs, elles ont examiné 12 autres cas incluant la démence parallèlement à une autre pathologie, par exemple le cancer ou la maladie de Parkinson. Elles ont là aussi conclu au respect des critères de rigueur. Les *cas 2014-3 et 2014-35* présentés au chapitre III portent sur la démence comme cause de souffrances du patient.

MÉTHODE DE TRAVAIL DES COMMISSIONS, EVOLUTIONS

Signalements VO et NVO

80 % des dossiers de 2014 concernent des signalements non générateurs de questions (ci-après : signalements NVO).

Il s'agit là des cas dont les secrétaires peuvent présumer qu'ils sont conformes aux critères de rigueur et suffisamment documentés pour permettre aux commissions d'établir leur conclusion sur la base du dossier numérique. C'est ce qui s'est effectivement produit pour la plupart des signalements NVO, qui ont ainsi pu être traités sans retard. Voir par exemple les *cas 2014-12 et 2014-16*. Un petit nombre des dossiers NVO ont néanmoins été débattus par la commission concernée comme signalements générateurs de questions (signalements VO). Les 20 % de dossiers classés d'emblée VO ont été jugés lors des réunions mensuelles des commissions.

Grâce à la méthode de travail adoptée en 2012 et à l'augmentation du nombre de membres des commissions et des effectifs des secrétariats, les retards accumulés au cours des années précédentes ont pu être résorbés en 2013 et 2014. Le délai moyen entre la réception du signalement et l'envoi du jugement est désormais de 47 jours⁷.

En 2014, les commissions n'ont reçu aucune plainte relative au traitement des signalements. Comme indiqué dans le précédent rapport annuel, elles ont décidé de mettre en place une commission des plaintes indépendante. Elles finalisent actuellement la rédaction du règlement qui en définit les compétences et la composition ainsi que la procédure. Le règlement devrait être publié cet automne sur le site internet des commissions.

Harmonisation

En 2014, les commissions régionales ont soumis par voie électronique aux membres et membres suppléants des autres commissions, pour commentaire, les projets de jugement tendant à établir le non-respect des critères de rigueur par le médecin, accompagnés du dossier correspondant. Elles leur ont aussi soumis divers projets de jugement tendant à

⁷ L'article 9 de la loi WTL prévoit que la commission communique par écrit son jugement motivé au médecin dans un délai de six semaines, renouvelable une fois.

établir le respect des critères de rigueur pour des signalements portant sur des cas complexes. Dans tous ces cas, la commission à l'origine du débat souhaitait connaître le point de vue des autres membres sur son projet de jugement et sur ses considérations en la matière. Concrètement, cet échange interne d'arguments et de réflexions s'avère être un précieux outil d'harmonisation des jugements. Les commissions partagent ainsi un socle sur lequel ancrer les décisions concernant les cas complexes. À l'issue de la discussion, c'est aux trois membres (médecin, éthicien et juriste) de la commission concernée qu'il incombe de formuler le jugement final, en tenant compte de tous les éléments. Les conclusions et considérations de l'Inspection de la santé et du ministère public (cf. Annexe I) contribuent également à l'harmonisation des jugements. Outre ces débats sur des cas particuliers, les commissions organisent des réunions thématiques sur des questions d'actualité afin d'aborder plus généralement les évolutions sur le terrain.

Rattachement des secrétariats à l'ESTT

Le 1^{er} juillet 2014, les secrétariats des commissions régionales et le secrétariat de la commission nationale chargée du contrôle de l'interruption tardive de grossesse et de l'interruption de la vie des nouveau-nés (LZA-LP) ont été rattachés à une nouvelle direction, l'unité Secrétariats des conseils de discipline et des commissions de contrôle (ESTT) ; celle-ci regroupe aussi les secrétariats des conseils de discipline des professionnels de santé. L'organisation des secrétariats reste autonome, garantissant l'indépendance de jugement des commissions régionales, de la commission LZA-LP et des conseils de discipline. Iris van den Hauten-Hinnen et Rik Poelstra assurent les fonctions respectives de directrice et de directeur adjoint de l'ESTT.

AUTRES ÉVOLUTIONS

Valeur du testament de vie

Vu le débat au sein de la société sur le sens et la valeur du testament de vie dans le cadre de l'euthanasie, la ministre de la Santé a mis en place en 2013 un groupe de travail administratif consacré à cette question, composé d'agents de son ministère, de celui de la Justice et de la KNMG⁷. Il a pour mission d'éclaircir aux niveaux pratique et juridique la valeur à accorder aux volontés écrites dans le cas de patients inaptes à exprimer leur volonté, tel que prévu à l'article 2, paragraphe 2 de la loi WTL⁹.

Les travaux du groupe se déroulent en trois phases. Dans sa lettre du 4 juillet 2014¹⁰, la ministre de la Santé informe la Chambre des représentants des résultats des première et deuxième phases, à savoir l'analyse de l'examen parlementaire, la genèse de la loi concernant l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL, et l'analyse de la jurisprudence¹¹. Le groupe de travail administratif a lui-même réalisé la première étude, tandis que celle de la jurisprudence a été confiée par le Centre de recherche scientifique et de documentation (WODC) du ministère de la sécurité et de la Justice au groupe de travail Droit pénal de l'université Érasme de Rotterdam.

7 Artikel 9 des Sterbehilfegesetzes: Die Kommission setzt den Arzt innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt der Meldung unter Angabe der Gründe von ihrer Beurteilung in Kenntnis; diese Frist kann einmalig um höchstens sechs Wochen verlängert werden.

8 Documents parlementaires II, 2012/2013, 32647, no16.

9 L'article 2, paragraphe 2, de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide stipule : « Si le patient âgé de seize ans ou plus n'est plus capable d'exprimer sa volonté, mais qu'avant d'être dans cet état, il était jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière et a fait une déclaration écrite dans laquelle il demande l'interruption de la vie, le médecin peut donner suite à cette demande. Les critères de rigueur visés au paragraphe 1 sont applicables par analogie. »

10 Documents parlementaires II, 2013/2014, 32647, no20.

11 Dans l'étude du WODC, le terme jurisprudence renvoie aussi bien aux arrêts des juridictions pénales, civiles et des conseils de discipline qu'aux jugements des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie.

La troisième phase, dont l'Organisation pour la recherche et le développement dans le domaine de la santé (ZonMw) a été chargée, consiste à dresser un relevé des écueils dans la pratique. Les commissions ont contribué aux deux analyses et à l'enquête de ZonMw. L'objectif final du groupe de travail est l'élaboration de deux guides, l'un à l'usage des professionnels de la santé, et l'autre destiné aux patients et au public. Les commissions sont prêtes à y apporter leur concours le cas échéant. La parution du guide destiné aux patients et au public est prévue pour l'automne 2015.

Don d'organe après une euthanasie

Les médecins rencontrent assez régulièrement des patients désireux qu'un don d'organe soit pratiqué après l'euthanasie. Pour la plupart, ce n'est pas réalisable compte tenu de la pathologie dont ils souffrent (souvent des affections malignes). Mais la possibilité existe dans certains cas, notamment pour les patients atteints d'une maladie dégénérative telle que la SLA ou la sclérose en plaques, ou d'un trouble psychiatrique. Jusqu'ici ces procédures combinées ont été pratiquées une dizaine de fois aux Pays-Bas. La Belgique a davantage d'expérience sur ce terrain.

La loi WTL ne se prononce pas sur ce qu'il advient du corps après l'euthanasie et en principe ne s'oppose donc pas au don d'organes. Afin d'éviter que la possibilité d'un don d'organes influe sur la demande d'euthanasie, il importe que le respect des critères de rigueur soit clairement établi avant que le médecin examine la demande de don d'organes.

Le don d'organes après une euthanasie implique un enchaînement complexe de procédures, notamment parce que l'interruption de la vie doit alors être pratiquée à l'hôpital et qu'il faut généralement d'abord y transporter le patient. Les deux procédures doivent aussi rester strictement séparées tout en étant parfaitement coordonnées, compte tenu de la rapidité d'intervention nécessaire. Tout ceci demande une coopération et une coordination sans faille. Pour y parvenir et favoriser le bon déroulement de la procédure, un groupe de travail composé de membres de plusieurs universités prépare un guide destiné aux médecins, qui explique comment réagir face à un patient désireux de faire suivre son euthanasie d'un don d'organes. Les commissions régionales ont fait part de leur avis concernant une version provisoire de ce guide.

Formulaire de signalement numérique

Sachant que le nombre de signalements augmente, et avec lui celui des dossiers NVO susceptibles d'être traités par voie numérique, et donc plus rapidement, il importe que les médecins fournissent dans leur déclaration des informations complètes et claires.

En 2014, les commissions ont demandé à certain d'entre eux de revoir leur formulaire de signalement qui était illisible ou ne fournissait pas d'informations suffisantes pour juger du respect des critères de rigueur. Le cas 2014-23 en est un exemple.

Dans le courrier informant les médecins de leurs conclusions, elles ont également invité ceux n'ayant encore jamais utilisé le formulaire de signalement numérique à le faire.

Le formulaire peut être téléchargé à partir des sites internet suivants : www.euthanasiecommissie.nl et www.knmg.nl.

Ch.II

DONNÉES CHIFFRÉES

Période du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014

SIGNALEMENTS Les commissions ont enregistré 5 306 signalements.

EUTHANASIE ET AIDE AU SUICIDE Dans 5 033 cas, il s'agit d'euthanasie (c'est-à-dire d'une interruption active de la vie sur demande du patient), dans 242 cas, d'aide au suicide et dans 31 cas d'une combinaison des deux.

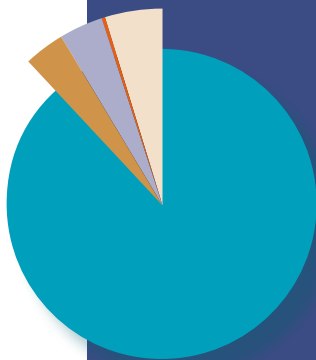
LIEU OÙ A ÉTÉ PRATIQUÉE L'INTERRUPTION DE LA VIE Dans 4 309 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 171 cas à l'hôpital, dans 184 cas dans un établissement de long séjour, dans 239 cas dans une maison de retraite médicalisée, dans 326 cas dans un établissement de soins palliatifs et dans 77 cas dans un autre lieu (par exemple domicile d'un membre de la famille).

PAYS-BAS CARAÏBES Les commissions n'ont enregistré aucun signalement dans cette région.

COMPÉTENCE DES COMMISSIONS ET JUGEMENT Dans tous les cas, les commissions se sont estimées compétentes. Dans 4 cas, elles ont jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur.

DÉLAI D'EXAMEN Le délai moyen entre la réception du signalement et l'envoi de la décision est de 47 jours.

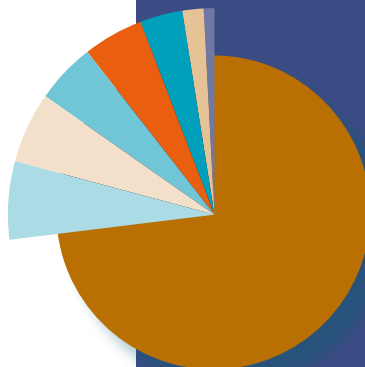
MÉDECINS SIGNALEURS 2014



généralistes	4 678
spécialistes hospitaliers	175
gériatres	191
spécialistes en formation	25
autres	237

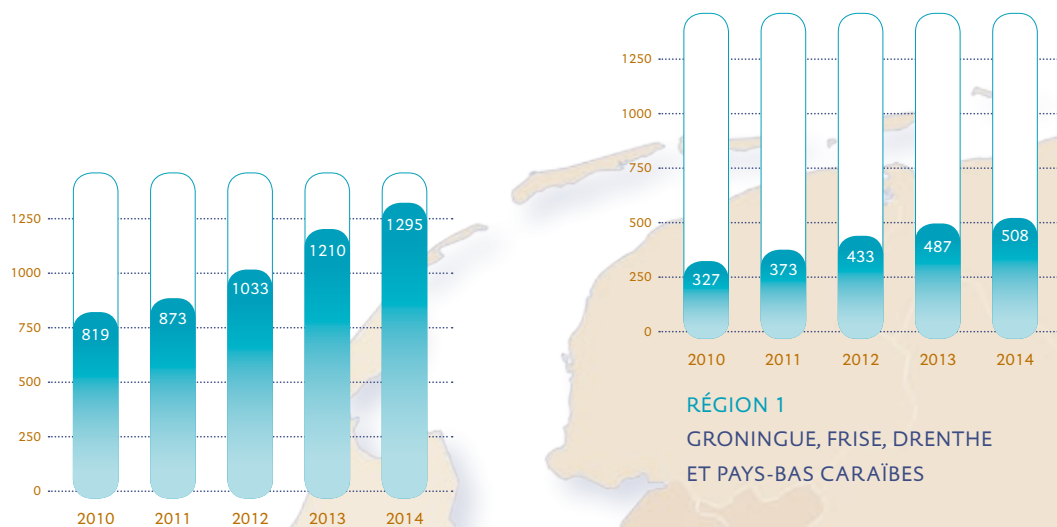
Clinique de fin de vie (SLK) 227

AFFECTIONS 2014

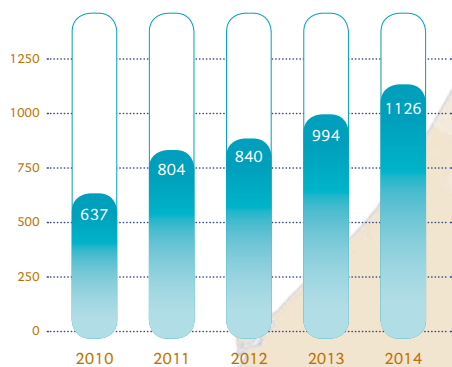


cancer	3 888
pathologies du système nerveux	317
autres affections	291
polypathologies gériatriques	257
pathologies cardiovasculaires	247
pathologies pulmonaires	184
démence	81
troubles psychiatriques	41

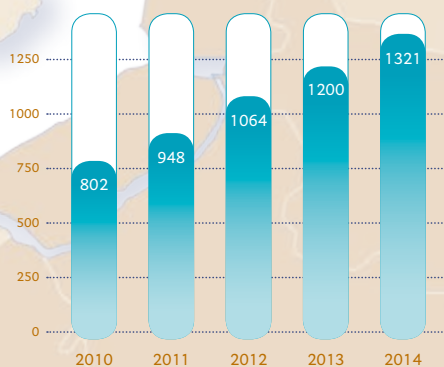
NOMBRE TOTAL DE SIGNALEMENTS PAR RÉGION



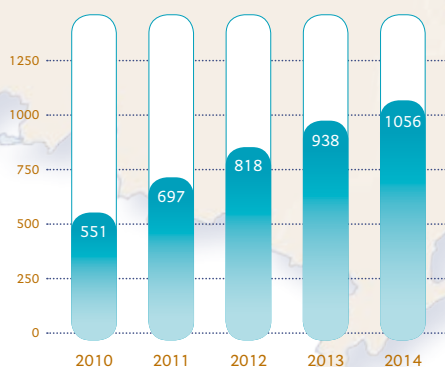
RÉGION 3
HOLLANDE-SEPTENTRIONALE



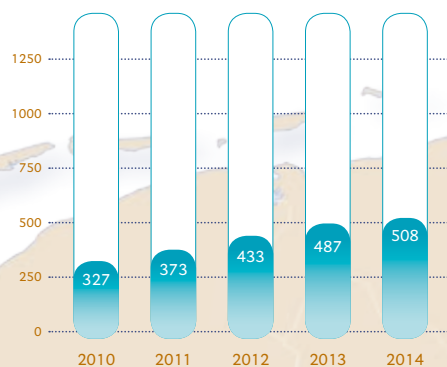
RÉGION 4
HOLLANDE-MÉRIDIIONALE
ET ZÉLANDE



RÉGION 2
OVERIJSEL, GUELDRE,
UTRECHT ET FLEVOLAND



RÉGION 5
BRABANT-SEPTENTRIONAL
ET LIMBOURG



RÉGION 1
GRONINGUE, FRISE, DRENTHÉ
ET PAYS-BAS CARAÏBES

Signalements par région (ne figure pas dans le présent rapport)

Ch. III

CRITÈRES DE RIGUEUR

ÉTUDE DE CAS

Jusqu'en 2013, le chapitre II du rapport annuel des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie exposait la façon dont elles interprètent et appliquent les critères de rigueur stipulés par la loi WTL, ainsi que les principales évolutions en la matière. La ligne suivie par les commissions étant désormais définie par le code de déontologie publié en 2015, le présent chapitre y renvoie en complément de l'étude de cas¹².

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 selon lesquels il doit :

- a. avoir acquis la conviction que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie ;
- 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, en concertation avec le patient, à la conviction qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans la situation 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.

Les commissions vérifient si le médecin signaleur a agi conformément aux critères de rigueur, en s'appuyant sur la loi, la genèse de la loi et la jurisprudence pertinente, et en tenant compte de leurs jugements antérieurs ainsi que des décisions rendues par le ministère public et l'Inspection de la santé en cas de non-respect de ces critères. Il faut donc pouvoir établir que le médecin a satisfait aux critères de rigueur c, e et f, et que, compte tenu des circonstances, il a suffisamment démontré avoir raisonnablement pu acquérir la conviction que les critères de rigueur a, b et c étaient respectés.

Il doit à cet effet joindre un rapport motivé à son signalement au médecin légiste (article 7, paragraphe 2, de la loi sur les pompes funèbres).

¹² Cf. note 1.

SÉLECTION DES CAS ÉTUDIÉS

Les deux premiers exemples sont ceux de signalements NVO. Le reste de l'étude de cas porte sur des signalements VO. Après un cas illustrant la nécessité d'un rapport motivé, elle traite successivement des divers critères de rigueur définis par la loi WTL. L'étude de cas inclut le résumé des jugements des commissions, dont elle expose les considérations et les principaux éléments de conclusion. Sont également spécifiquement abordés, en raison notamment de l'intérêt qu'ils suscitent au sein de la société, des cas de patients atteints de troubles psychiatriques ou de démence. Le texte intégral des jugements afférents aux cas étudiés est disponible sur le site internet des commissions régionales (jugements 2014 VO et NVO)¹³.

SIGNALEMENTS NVO

Les signalements NVO de 2014 ont presque tous pu être examinés et jugés par voie électronique. Comme indiqué au chapitre I, ils représentent environ 80 % de l'ensemble des dossiers. À titre d'information, le jugement intégral concernant deux de ces signalements NVO est repris ci-après.

CAS 2014-12

Pour le texte intégral, voir le jugement 2014-12 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINT À CONSIDÉRER : signalement NVO

RÉSUMÉ : la patiente, septuagénaire, souffrait d'un épanchement pleuro-péricardique, d'insuffisance cardiaque et d'hypertension pulmonaire. Elle suffoquait au moindre effort. Incapable de faire quoi que soit, complètement grabataire et dépendante, elle se sentait impuissante. Ses souffrances étaient également dues au défaut de qualité de vie, à la crainte de suffoquer et à l'absence de perspective d'amélioration.

Le patient, quinquagénaire, était atteint d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA) diagnostiquée deux ans avant le décès.

Depuis sa maladie n'avait cessé d'empirer. Les semaines précédant le décès, son état s'était rapidement aggravé. Toute guérison était exclue. Le patient ne recevait plus que des soins palliatifs.

Il souffrait de perte du contrôle musculaire, de difficultés respiratoires chroniques et d'hypoventilation. Il avait également une salivation excessive et des difficultés croissantes de déglutition et de communication. Il était épuisé et manquait d'énergie. Il ne pouvait plus se déplacer qu'en fauteuil roulant et était devenu totalement dépendant. Il souffrait de l'aggravation de ses symptômes et redoutait de suffoquer. Le patient indiqua qu'il n'en pouvait plus. Il voulait garder le contrôle et quitter la vie en pleine conscience et avec dignité.

Il ressentait ses souffrances comme insupportables. Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.

Il n'y avait plus, pour le patient, aucune possibilité acceptable de les alléger.

Il ressort du dossier que le médecin et les spécialistes ont suffisamment informé le patient de sa situation et de ce que cela signifiait pour l'avenir.

Le patient avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin.

¹³ Cf. note 1.

Une semaine avant son décès, il demanda au médecin la mise en œuvre effective de l'euthanasie.

Selon le médecin, la demande était volontaire et mûrement réfléchie.

Le praticien a fait appel à un médecin indépendant du SCEN comme consultant. Celui-ci s'est rendu auprès du patient cinq jours avant l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente. Le patient ne pouvant plus parler, il s'exprimait à l'aide d'un programme informatique.

Le compte rendu du consultant décrit le déroulement de la maladie et les souffrances du patient.

Il conclut, notamment sur la base de l'entretien mené avec celui-ci, au respect des critères de rigueur.

Le médecin a effectué l'euthanasie en utilisant les produits, les doses et la méthode recommandés dans la directive de la KNMG/KNMP pour la pratique de l'euthanasie et l'aide au suicide d'août 2012.

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 du patient était volontaire et mûrement réfléchie, et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Le médecin a suffisamment informé le patient sur sa situation et sur ses perspectives. Il est parvenu, en concertation avec lui, à la conclusion qu'il n'existait dans sa situation aucune autre solution raisonnable. Il 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. Le médecin a pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise et a agi conformément aux critères prévus à l'article 2, paragraphe 1, de la loi WTL.

CAS 2014-16

*Pour le texte intégral,
voir le jugement 2014-
16 sur le site internet.*

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINT À CONSIDÉRER : signalement NVO

RÉSUMÉ : la patiente, septuagénaire, souffrait d'un épanchement pleuro-péricardique, d'insuffisance cardiaque et d'hypertension pulmonaire. Elle suffoquait au moindre effort. Incapable de faire quoi que soit, complètement grabataire et dépendante, elle se sentait impuissante. Ses souffrances étaient également dues au défaut de qualité de vie, à la crainte de suffoquer et à l'absence de perspective d'amélioration.

Neuf ans avant le décès, un épanchement pleuropéricardique s'était déclaré chez la patiente, septuagénaire, qui se révéla, un an plus tard, également atteinte d'insuffisance cardiaque. Son état se dégradait progressivement, avec un épanchement pleural récidivant. Un an avant le décès, une hypertension pulmonaire fut constatée. L'état de la patiente s'aggrava au cours des derniers mois de sa vie. Toute guérison était exclue. La patiente ne recevait plus que des soins palliatifs.

Elle souffrait de suffocation au moindre effort. Incapable de faire quoi que soit, elle se sentait impuissante. Elle était complètement grabataire et dépendante. Ses souffrances étaient également dues au défaut de qualité de vie, à la crainte de suffoquer et à l'absence de perspective d'amélioration.

Elle les ressentait comme insupportables. Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.

Il n'y avait plus, pour la patiente, aucune possibilité acceptable de les alléger.

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.

La patiente avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin.

Une semaine avant son décès, elle lui demanda la mise en œuvre effective de l'euthanasie.

Selon le médecin, la demande était volontaire et mûrement réfléchie.

Le praticien a fait appel à un médecin indépendant du SCEN comme consultant. Celui-ci s'est rendu auprès de la patiente deux jours avant l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente.

Le rapport du consultant résume le déroulement de la maladie et le caractère des souffrances de la patiente.

Il conclut, notamment sur la base de l'entretien avec cette dernière, au respect des critères de rigueur.

Le médecin a effectué l'euthanasie en utilisant les produits, les doses et la méthode recommandés dans la directive de la KNMG/KNMP pour la pratique de l'euthanasie et l'aide au suicide d'août 2012.

La commission a examiné a posteriori s'il 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. Il est parvenu, en concertation avec elle, à la conclusion qu'il n'existait dans son état aucune autre solution raisonnable. Il 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 et a agi conformément aux critères prévus à l'article 2, paragraphe 1, de la loi WTL.

RAPPORT MOTIVÉ

CAS 2014-23 (NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT)

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

CAS 2014-25

Dans le cas étudié, l'état de conscience minimale de la patiente, dû à l'administration de médicaments, était en principe réversible. Les commissions estiment qu'il serait inhumain de faire sortir un patient de cet état à la seule fin qu'il puisse confirmer le caractère insupportable de ses souffrances. Le médecin pourra dans ce cas effectuer l'euthanasie si le patient l'a demandée à un stade antérieur de sa maladie, oralement ou dans un testament de vie. Concernant l'état de conscience minimale, voir le code de déontologie, p. 29 et suivantes. Pour le texte intégral, voir le jugement 2014-25 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

CRITÈRE DE RIGUEUR : demande volontaire et mûrement réfléchie

POINT À CONSIDÉRER : état de conscience minimale

RÉSUMÉ : la patiente, quinquagénaire, avait un cancer métastasé de l'utérus et souffrait de graves difficultés respiratoires. Elle avait indiqué, aussi bien par écrit qu'oralement, qu'elle voulait une euthanasie dès lors qu'il faudrait la placer sous sédation. Le jour du décès, l'état de la patiente s'aggrava et elle demanda la mise en œuvre rapide de l'euthanasie. Quelques heures avant cette mise en œuvre, le médecin administra du midazolam à la patiente qui indiqua ne plus vouloir se réveiller. Elle sombra finalement dans un sommeil agité. Conformément à sa demande d'euthanasie et à ses volontés écrites à ce sujet en cas d'état de conscience minimale, le médecin a ensuite pratiqué l'interruption de la vie.

La patiente, quinquagénaire, était atteinte d'un léiomyosarcome utérin, diagnostiqué environ un an avant le décès. En dépit de l'intervention chirurgicale pratiquée, des métastases pulmonaires et péritonéales avaient été découvertes six mois avant le décès. Toute guérison était exclue. La patiente ne recevait plus que des soins palliatifs.

Elle souffrait d'une dyspnée sévère due à la croissance de tumeurs pulmonaires, malgré une thérapie maximale. Obligée de rester en position assise droite, elle ne pouvait plus se reposer. Ses quintes de toux répétées l'empêchaient de dormir. Elle était de plus en plus épuisée. Elle souffrait en outre d'œdèmes importants. Après plusieurs crachements de sang, elle redoutait, avec raison, une hémorragie pulmonaire fatale. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables. Elle souhaitait pouvoir mourir dignement.

La patiente avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin.

Environ deux semaines et demie avant le décès, elle lui demanda la mise en œuvre effective de l'euthanasie. Elle réitéra ensuite sa demande à plusieurs reprises. Selon le médecin, la demande était volontaire et mûrement réfléchie.

Le praticien a deux fois fait appel au même médecin indépendant du SCEN comme consultant. La première fois, celui-ci s'est rendu auprès de la patiente deux jours avant l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente.

Il a résumé dans son rapport le déroulement de la maladie et le caractère des souffrances de la patiente. Lors de la consultation, cette dernière a indiqué que ses souffrances n'étaient pas encore insupportables. Mais dès lors que les difficultés respiratoires et la douleur augmenteraient et qu'elle serait en situation de dépendance, la limite serait atteinte. Elle souhaitait aussi l'euthanasie si elle devait être placée sous sédation à cause de sa dyspnée ou d'une hémorragie. Dans son premier compte rendu, le consultant a conclu, notamment sur la base de l'entretien avec la patiente, que les critères de rigueur n'étaient pas encore remplis.

Le jour de l'euthanasie, le médecin a de nouveau demandé l'avis du consultant, par téléphone. Il l'a informé de l'aggravation de l'état de la patiente, devenue grabataire et ne pouvant plus ni parler ni dormir en raison de la dyspnée. Le médecin a indiqué qu'elle avait demandé dans la journée une mise en œuvre aussi rapide que possible de l'euthanasie.

Dans son second compte rendu, le consultant a conclu, notamment sur la base de l'entretien avec le médecin, que les critères de rigueur étaient remplis.

Quelques heures avant l'euthanasie, le médecin a administré 15 mg de midazolam à la patiente qui suffoquait et a indiqué ne plus vouloir se réveiller. Une demi-heure après, elle était somnolente mais encore en état de communiquer. Environ deux heures après la première dose de midazolam, elle a reçu une deuxième dose de 15 mg. Elle a ensuite sombré dans un sommeil agité. Elle était à bout de souffle, son teint était gris et elle était à demi penchée en avant. Conformément à sa demande d'euthanasie et à ses volontés écrites à ce sujet en cas d'état de conscience minimale, le médecin a ensuite pratiqué l'interruption de la vie sur demande environ une demi-heure après la seconde dose de midazolam ; il a procédé en utilisant les produits, les doses et la méthode recommandés dans la directive de la KNMG/KNMP pour la pratique de l'euthanasie et l'aide au suicide d'août 2012.

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.

CAS 2014-89 (NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT)

SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION

CAS 2014-02 (NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT)

CAS 2014-36

Comme l'indique le code de déontologie (p. 13, 31 et 32), les souffrances doivent avoir un fondement médical ; elles peuvent résulter de l'accumulation de problèmes de santé de gravité variable. Pour le texte intégral, voir le jugement 2014-36 sur le site internet

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

CRITÈRE DE RIGUEUR : souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration

POINT À CONSIDÉRER : fondement médical des souffrances

RÉSUMÉ : le patient, octogénaire, avait le sentiment que la vie n'avait plus rien à lui apporter. Le psychologue du service de santé (GZ) appelé comme consultant conclut que la demande d'euthanasie était réelle. Les souffrances du patient provenaient de la conjugaison de plusieurs affections causées par la déchéance physique due à la grande vieillesse. La perte de diverses fonctions et son état de dépendance faisaient qu'il ne pouvait plus donner de sens à son existence. Il n'avait plus la force de vivre dans ces conditions. Le médecin et le consultant ont démontré que les souffrances du patient avaient un fondement médical et qu'ils ont pu appréhender leur caractère insupportable. Il n'y avait pas d'autre solution raisonnable.

Le patient, octogénaire, présentait une conjugaison de plusieurs affections physiques due à la grande vieillesse et il avait le sentiment que la vie n'avait plus rien à lui apporter.

Le patient et son épouse avaient passé des décennies ensemble. Ils étaient très liés et se suffisaient à eux-mêmes. Ils n'avaient pas d'enfants. Le patient s'était occupé de sa femme malade pendant des années, ce qui avait donné un dernier but à sa vie. Elle était morte environ six mois avant le décès du patient qui avait ensuite perdu tout intérêt pour le monde extérieur. Il avait toujours été solitaire, sans véritables amis et se sentait étranger.

Il ne parvenait plus à suivre la radio ni la télévision et n'enregistrait plus le contenu de ce qu'il lisait. Il était fatigué et sans ressort, il n'avait plus goût à rien. Sa motricité se dégradait sous l'effet notamment de l'arthrose et de l'ostéoporose ; ses mains étaient malhabiles et il ne pouvait par exemple plus préparer lui-même ses tartines. Il craignait de se retrouver en

fauteuil roulant et d'être encore plus dépendant. Il avait aussi des difficultés de miction et portait des protections urinaires.

Il ne voulait plus d'accompagnement psychosocial ou autre.

Toute guérison était exclue. Il n'y avait plus aucune possibilité de traitement.

Les souffrances du patient étaient dues au sentiment qu'une telle existence n'avait aucun sens et que toute qualité de vie faisait défaut.

Il ne pouvait plus faire grand-chose par suite de la déchéance physique due à la vieillesse.

Mais le caractère insupportable des souffrances était surtout causé par le sentiment qu'il n'avait plus rien à attendre de l'existence. Le patient considérait que sa vie était accomplie. Il ressentait ses souffrances comme insupportables.

Le patient avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin.

Plus de deux mois avant le décès, il demanda au médecin la mise en œuvre effective de l'euthanasie. Le médecin le connaissait depuis des décennies et comprenait son point de vue. Sur le conseil du consultant, le patient eut encore quelques entretiens avec un psychologue du service de santé, qui conclut au caractère déterminé de sa demande.

La commission voulant s'assurer que les souffrances insupportables étaient principalement dues à une maladie ou affection médicalement répertoriée, le médecin a donné des explications orales complémentaires.

Les dernières années, le patient était devenu quasiment incapable de faire quoi que ce soit. Atteint d'ostéoporose, il souffrait de fractures de compression. Il était tombé à plusieurs reprises ce qui avait occasionné d'importants hématomes. Un an avant le décès, il avait fait un AVC ayant entraîné une hémiplégie partielle du côté droit. Il souffrait de maux de tête fréquents. Sa mauvaise fonction rénale compliquait le traitement de la douleur. Il était atteint d'incontinence urinaire. Une gonarthrose l'empêchait quasiment de marcher. Il souffrait de fibrillation atriale. Sa mauvaise vue faisait qu'il ne pouvait plus lire. Il avait encore toutes ses facultés mentales.

Il s'était accroché à la vie pour sa femme. Par fidélité et dévouement envers elle, il avait continué en dépit des problèmes physiques dont il souffrait. Il s'était occupé d'elle aussi longtemps qu'il avait pu, même si, atteinte d'Alzheimer, elle ne le reconnaissait plus. Depuis son décès, le patient avait le sentiment que sa vie et ses souffrances étaient dénuées de sens. Le médecin était convaincu que les souffrances du patient étaient sans perspective d'amélioration et insupportables.

Le médecin pouvait appréhender ce caractère insupportable des souffrances, provenant de la douleur réfractaire, de l'incontinence, du risque important de chute, de l'invalidité grandissante, de la perte d'autonomie et de la dépendance. Le patient souffrait depuis longtemps mais depuis la mort de sa femme, il n'en pouvait plus et en avait assez.

À la demande de la commission, le consultant donna des explications orales complémentaires.

Selon lui, le patient était un homme sympathique et ouvert à la discussion, mais il ne voulait plus entretenir de contacts sociaux, notamment à cause de ses handicaps physiques (surdité et mauvaise vue). Sa motricité se dégradait et il ne pouvait presque plus marcher ; il ne sortait quasiment plus. Son incontinence constituait aussi un handicap important. Après la mort de sa femme, le patient avait fait une demande d'euthanasie. Lors de la première visite du consultant, il avait indiqué ne vouloir mourir qu'après son prochain anniversaire. Le consultant avait voulu évaluer la détermination du patient quant à sa demande. Le patient avait eu quelques entretiens avec un psychologue du service de santé. Lors de son deuxième entretien avec le patient, le consultant avait été convaincu de la réalité de sa demande d'euthanasie. Il lui paraissait tout à fait apte à exprimer sa volonté. Depuis le décès de sa femme, le patient refusait toute intervention de tiers, qu'il s'agisse de personnel soignant, de thérapeutes ou de membres de la famille. Il ne voulait pas être dépendant.

Le consultant était convaincu que les souffrances du patient avaient une composante physique, mais la façon dont il les ressentait participait certainement aussi de sa personnalité.

La commission s'est demandé si le caractère insupportable des souffrances était suffisamment ancré dans une maladie ou affection médicalement répertoriée. Après avoir examiné le dossier et entendu le médecin et le consultant, elle a conclu que les souffrances du patient provenaient de la conjugaison de plusieurs affections causées par la déchéance physique due à la grande vieillesse. Ces polyopathologies dues à la vieillesse, telles que la gonarthrose, la douleur de fractures de compression provoquées par l'ostéoporose, les maux de tête, la mauvaise fonction rénale, l'incontinence, la diminution de la vue, la fibrillation atriale et l'hémiplégie résultant d'un AVC étaient étroitement liées au domaine médical. Sa femme morte, l'existence du patient n'avait plus de sens. Il ressentait depuis longtemps ses souffrances comme insupportables mais il avait tenu bon pour s'occuper de sa compagne malade.

Ayant perdu diverses fonctions et voyant sa dépendance s'aggraver, le patient, compte tenu de la vie qu'il avait menée et des valeurs auxquelles il était attaché, ne pouvait plus donner de sens à son existence. Il n'avait plus la force de vivre dans ces conditions. La commission estime que le médecin et le consultant ont suffisamment prouvé que les souffrances du patient avaient un fondement médical et qu'ils ont pu appréhender leur caractère insupportable. Il n'y avait plus d'autre solution raisonnable.

INFORMATION DU PATIENT

Aucune étude de cas n'a été spécifiquement consacrée à ce critère de rigueur. Voir par exemple le cas 2014-02.

ABSENCE D'UNE AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

CAS 2014-05 (NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT)

CONSULTATION D'UN MÉDECIN INDÉPENDANT

CAS 2014-56 (NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT)

CAS 2014-47

En 2014 comme au cours de l'année 2013 (cf. rapport 2013, cas 9), les commissions ont reçu quelques signalements portant sur l'euthanasie simultanée d'un couple.

Dans tous ces cas, elles ont conclu au respect des critères de rigueur. Concernant le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, voir p. 11, les souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration p. 13 et le consultant indépendant p. 16 du code de déontologie. Pour le texte intégral, voir le jugement 2014-47 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

CRITÈRES DE RIGUEUR : demande volontaire et mûrement réfléchie, souffrances insupportables et sans perspective, consultant

POINTS À CONSIDÉRER : euthanasie simultanée d'un couple, demande volontaire, fondement médical, avis d'un consultant indépendant

RÉSUMÉ : un couple a demandé une aide au suicide simultanée. La patiente souffrait de graves problèmes médicaux et de handicaps physiques. Elle était dépendante des soins de son mari qui s'était beaucoup occupé d'elle par le passé. Le patient avait de graves problèmes de santé et une euthanasie était prévue à court terme. Le médecin a pu acquérir la conviction que pour cette patiente, vu son étroite relation avec son mari et l'absence de réseau social propre, la perspective de dépendre de tiers pour ses soins, probablement dans un établissement de long séjour, constituait une souffrance insupportable et sans perspective d'amélioration. Cette souffrance avait un fondement essentiellement médical. Dans le cas de demandes d'euthanasie simultanées venant d'un couple, il importe que le médecin considère attentivement s'il est préférable de faire appel à un seul consultant commun ou à un consultant pour chacun des deux patients. Si un seul consultant est appelé, celui-ci doit tout particulièrement se demander s'il est capable de parvenir à un jugement indépendant dans les deux cas. Il doit en principe s'entretenir à part avec chacun des patients. Dans le cas présent, le médecin a fait appel au même consultant pour les deux demandes d'euthanasie. Ce dernier s'est estimé capable de les juger chacune de façon indépendante. Il ne s'est pas entretenu à part avec la patiente et avec son mari, ce qu'il aurait pourtant mieux valu faire compte tenu de la dépendance de celle-ci à l'égard de son compagnon. Il n'y a cependant pas lieu de douter de la justesse de ses conclusions, au vu de celles également formulées par un psychiatre consulté.

Il s'agit ici de deux signalements distincts, jugés de façon également distincte par la commission. Le jugement présenté concerne le signalement d'aide au suicide relatif à la femme.

La patiente, octogénaire, avait eu une ischémie du tronc cérébral plus de vingt-cinq ans avant le décès. Malgré une longue rééducation, elle avait gardé des difficultés à marcher même avec un déambulateur. Cinq ans avant le décès, une ostéoporose s'accompagnant de tassement vertébral fut diagnostiquée ainsi qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et une gonarthrose étendue. Marcher était en conséquence devenu encore plus difficile. Deux ans avant le décès, des problèmes auriculo-ventriculaires furent constatés et une sclérose de l'aorte suspectée. Au fil des ans, la patiente fit plusieurs AIT ; elle perdit de plus en plus de poids et finit par ne plus peser que 45 kg. Elle souffrait aussi d'hypertension et de perte auditive due au vieillissement. Toute guérison était exclue. La patiente ne recevait plus que des soins palliatifs.

Outre ses problèmes médicaux et handicaps physiques, les souffrances de la patiente provenaient de la conscience de sa perte d'autonomie et de la perspective d'être dépendante de tiers et de devoir être placée dans un établissement de long séjour après le décès de son mari : celui-ci avait en effet de graves problèmes de santé et une euthanasie était

prévue à court terme. Suite aux séquelles d'une ischémie cérébrale, la patiente dépendait depuis de nombreuses années des soins de son mari et elle avait développé avec lui une relation fusionnelle. Elle vivait encore chez ses parents quand elle l'avait épousé et ils avaient longtemps vécu à l'étranger. Ils avaient toujours tout fait ensemble. Elle avait trouvé épouvantables les quelques semaines qu'elle avait dû passer seule à cause des obligations professionnelles de son mari. Elle ne voulait plus jamais revivre une telle expérience. Une existence sans son mari, dépendante des soins d'autres que lui, était impensable. La patiente, sans enfants et sans réseau social propre, ressentait ses souffrances actuelles et à venir comme insupportables.

Elle avait déjà fait part au médecin de sa volonté d'euthanasie dès lors que son mari viendrait à mourir.

Un jour avant le décès, la patiente demanda la mise en œuvre effective de l'euthanasie, alors que son mari venait de le faire pour lui-même. Elle réitéra ensuite sa demande.

À la requête du médecin, un psychiatre examina si la patiente formulait sa demande sous l'influence d'un trouble psychiatrique ou de la démence et si elle était apte à exprimer sa volonté. Le psychiatre constata qu'il pouvait appréhender son souhait d'euthanasie, qui s'expliquait par l'intense relation de dépendance qu'elle avait avec son mari et par la perspective de vivre sans lui alors qu'elle souffrait d'un sévère handicap moteur. Son souhait n'était pas dû à une angoisse infondée de l'avenir ni à une dépression. Il ne reposait pas non plus sur un sentiment de loyauté envers son mari, qui ne l'avait pas influencée. Selon le psychiatre, la patiente était parvenue de façon autonome à la conclusion qu'elle ne voulait plus vivre et elle se montrait déterminée. Le psychiatre conclut qu'elle ne manifestait aucun trouble psychiatrique et qu'elle était apte à exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie. Selon le médecin, cette demande était volontaire et mûrement réfléchie, la patiente ne souffrait pas de dépression et n'était pas influencée par son mari. Il se sentit conforté dans cette opinion par les conclusions du psychiatre.

Le rapport du consultant conclut, notamment sur la base de l'entretien avec la patiente, au respect des critères de rigueur.

À la demande de la commission, le médecin a fourni des explications orales complémentaires. La procédure d'euthanasie s'était déroulée de façon extrêmement rapide. Durant les vacances du médecin, l'état de santé du mari de la patiente s'était très brutalement dégradé. Le mari avait été hospitalisé, avec sans doute une septicémie. Lorsque son état s'était un peu amélioré, ses médecins traitants lui avaient annoncé qu'il fallait amputer sa jambe jusqu'au genou pour éviter qu'une nouvelle septicémie se déclare sous une à deux semaines. Le mari avait refusé l'amputation. Au retour du médecin, le pied était très fortement infecté.

Le mari avait l'habitude de diriger les choses. Au fil des années, la patiente avait plusieurs fois indiqué qu'elle ne voulait pas rester seule et avait demandé au médecin de l'aider si cela devait arriver. Il lui avait répondu qu'il ne pourrait sans doute rien faire pour elle. Il espérait qu'elle mourrait avant son mari. Lorsque le médecin était rentré de vacances, la patiente avait indiqué qu'elle ne supportait pas la nouvelle situation. Elle avait vu, dans le cas de ses parents, ce qu'il advenait du survivant d'un couple.

Selon le médecin, la problématique médicale de la patiente était sérieuse. À la disparition du mari, elle n'aurait plus d'aide. Compte tenu de ses difficultés physiques, elle était dans un état de dépendance presque totale qui l'effrayait.

Concernant la relation fusionnelle existant entre la patiente et son mari, le médecin a noté qu'aucun des deux ne dominait l'autre. Le mari n'a pas influencé la patiente.

À la question de la commission, le médecin a indiqué que le temps aurait manqué pour faire appel à deux consultants distincts pour le couple. Il n'a pas non plus envisagé de le faire. Il considère que faire appel à deux consultants différents n'est nécessaire que dans des cas particuliers, et que c'est alors au consultant de le signaler. Le médecin estime qu'il n'était pas impossible au consultant de juger aussi bien le cas de la patiente que celui du mari ni

de parvenir à une conclusion négative pour l'un d'eux. Lui-même aurait pu le faire. En se rendant chez le couple, le médecin a pensé : « C'est bien ainsi. »

À la demande de la commission, le consultant a fourni des explications orales complémentaires. Il a indiqué que la relation fusionnelle de la patiente et son mari constituait la base des souffrances de celle-ci. Il a vu le couple à l'hôpital où se trouvait le mari. Il ne leur a pas parlé à chacun en privé, la chambre ne s'y prêtant pas. Le mari parlait, la patiente donnant l'impression de totalement dépendre de lui. Toute leur vie durant, chacun avait axé son existence sur l'autre. Ils avaient tous les deux rédigé et signé des années auparavant un testament de vie. Leurs demandes d'aide au suicide étaient liées l'une à l'autre. Le consultant a noté que si durant l'entretien la patiente se concentrait sur son mari, elle répondait directement aux questions, sans le consulter préalablement. Elle était capable de fixer son attention. Le consultant n'a pas envisagé de faire appel à un deuxième confrère. Il décrit l'état de dépendance de la patiente, dû aux séquelles physiques de son AVC. Le consultant a confirmé que le souhait [] d'euthanasie exprimé par la patiente était volontaire et ne découlait pas d'une influence extérieure, [très clair] et qu'elle était apte à faire ce choix de façon autonome. Elle a formulé sa demande suite à la maladie de son mari. Celui-ci n'a pas décidé pour elle qu'elle devait elle aussi mourir. Elle l'a elle-même choisi dans le contexte de la maladie de son mari.

À la question de la commission, le consultant a répondu que si un cas semblable se présentait de nouveau, il formulerait les mêmes conclusions. Cependant, il s'entreferait en privé avec les personnes concernées, ce que la situation n'a pas permis dans le cas présent.

Compte tenu des faits et circonstances ci-dessus, la commission considère que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie. Elle avait indiqué à plusieurs reprises au médecin qu'elle demanderait l'euthanasie dès lors que son mari décéderait et elle s'était toujours montrée très déterminée. Considérant les conclusions du psychiatre précédemment mentionné, la commission estime que le médecin a suffisamment prouvé que la patiente avait fait son propre choix et n'avait pas été influencée par son mari.

Concernant les souffrances, la commission considère que le dossier et les explications verbales du médecin et du consultant démontrent suffisamment que la patiente souffrait de problèmes médicaux et de handicaps physiques importants. En conséquence, elle était en grande partie dépendante et par le passé c'était son mari qui s'était occupé d'elle. La commission juge que le médecin a pu acquérir la conviction que pour cette patiente, vu le déroulement de sa vie, son étroite relation avec son mari et l'absence de réseau social propre, la perspective de dépendre de tiers pour ses soins, probablement dans un établissement de long séjour, constituait une souffrance insupportable et sans perspective d'amélioration. Elle juge aussi que cette souffrance avait un fondement essentiellement médical.

Le médecin a suffisamment informé la patiente sur sa situation et ses perspectives. Il est parvenu, en concertation avec elle, à la conclusion qu'il n'existait dans son état aucune autre solution raisonnable.

Concernant l'exigence de consultation d'au moins un autre médecin indépendant, la commission a considéré ce qui suit. Dans le cas de demandes d'euthanasie simultanées venant d'un couple, il importe que le médecin considère attentivement s'il est préférable de faire appel à un seul consultant commun ou à un consultant pour chacun des deux patients. Si le choix se porte sur un consultant unique chargé d'évaluer les deux demandes, celui-ci devra se demander tout particulièrement s'il est capable de préserver dans chaque cas l'indépendance de son jugement. Une telle situation peut en effet se révéler délicate et le

consultant se retrouver dans une position difficile s'il estime que les critères de rigueur sont remplis dans un des deux cas mais pas dans l'autre. En principe, le consultant devra s'entretenir en privé avec chacun des conjoints afin d'évaluer le respect de tous les critères de rigueur.

Il apparaît que le médecin, suite aux demandes d'euthanasie formulées par la patiente et son mari, a fait appel à un seul et même consultant. Celui-ci s'est rendu auprès des deux patients au cours d'une unique visite durant laquelle il s'est entretenu avec les deux patients en même temps ; il a établi deux comptes rendus distincts concluant au respect des critères de rigueur. Il ne s'est pas entretenu séparément avec la patiente et avec son mari. La commission conclut à partir de ses explications complémentaires orales qu'il s'est estimé capable de parvenir à un jugement indépendant dans chacun des deux cas. Considérant ce qui précède, et vu la dépendance dans laquelle se trouvait la patiente vis-à-vis de son mari et la possibilité que celui-ci ait influencé son souhait d'euthanasie, la commission juge que le consultant aurait mieux fait de s'entretenir en privé avec chacun des époux. Cependant, considérant les observations du psychiatre déjà mentionné, qui s'est entretenu avec la patiente en l'absence du mari et a abordé dans son rapport l'éventuelle influence de celui-ci, la commission ne voit pas de raison de douter ici de la justesse des conclusions du consultant. La commission juge que le médecin a satisfait à l'exigence de consultation d'au moins un autre médecin indépendant.

RIGUEUR MÉDICALE

CAS 2014-04 (NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT)

TROUBLES PSYCHIATRIQUES

CAS 2014-01

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de trouble psychiatrique, voir le code de déontologie, p. 26 et suivantes. Pour le texte intégral, voir le jugement 2014-01 sur le site internet.

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

CRITÈRES DE RIGUEUR : demande volontaire et mûrement réfléchie, souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, absence d'autre solution raisonnable, consultant

POINT À CONSIDÉRER : trouble psychiatrique

RÉSUMÉ : la patiente, octogénaire, souffrait de dépression depuis environ 30 ans. Elle avait été traitée par électroconvulsivothérapie (ECT) et par des antidépresseurs. Lorsqu'ils n'eurent plus d'effet, la patiente refusa tout autre traitement. Son généraliste ne voulait pas donner suite à sa demande d'euthanasie. Dans un bref laps de temps précédant d'assez peu le décès, le médecin, lui aussi généraliste, s'est entretenu à deux reprises avec la patiente en présence de ses enfants. Il a fait appel à un consultant indépendant, généraliste et médecin du SCEN.

La commission a établi que le médecin n'a pas agi avec la prudence requise face à la demande d'aide au suicide d'un patient psychiatrique. Le médecin aurait ici dû consacrer davantage de temps aux entretiens avec la patiente, y compris en l'absence de ses enfants. Lui-même et le consultant ne disposant d'aucune compétence en psychiatrie, le médecin aurait dû faire appel à un spécialiste.

La patiente, octogénaire, souffrait de dépression depuis environ 30 ans. Si au début la dépression alternait parfois avec la manie, elle était ensuite devenue chronique et s'était

aggravée les deux ou trois dernières années. Au cours des dix années qui ont précédé le décès, la patiente avait suivi sur deux périodes d'un à deux ans des traitements par électroconvulsivothérapie (ECT) et antidépresseurs, qui avaient d'abord donné des résultats. Lorsque l'électroconvulsivothérapie n'avait plus eu d'effet et avait entraîné des pertes de mémoire, puis que les antidépresseurs étaient devenus inefficaces, la patiente renonça à ces traitements. Elle ne prenait plus que du paracétamol et un somnifère. Brièvement placée en maison de retraite médicalisée, elle ne s'y était pas du tout plu. Elle avait l'impression de devoir y gagner sa place et de ne pas y parvenir. De plus, la maison de retraite allait être détruite, ce qui n'était pas encourageant. Les souffrances de la patiente étaient dues au fait qu'elle n'éprouvait plus aucun plaisir à vivre, qu'elle n'avait plus non plus envie de recevoir la visite de ses enfants et petits-enfants, et avait peur de tout. Elle avait peur de se lever et de se coucher, elle se sentait tout le temps épuisée et n'avait l'énergie de rien faire. Elle n'avait pas de passe-temps, elle restait assise sur le divan. Si elle allumait la télévision, elle ne parvenait pas à suivre les programmes. Elle ne voyait personne d'autre que ses enfants. Elle n'osait pas sortir parce qu'elle avait peur des questions qu'on pourrait lui poser. Elle ne faisait que ressasser, elle souffrait de maux de tête (sa tête pesait autant qu'un bloc de béton), de palpitations et manquait d'appétit. Les trois années précédant le décès, elle avait perdu 26 kg. Elle se sentait prisonnière de sa maison et de son corps. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables.

Elle avait déjà parlé d'euthanasie avec son généraliste et signé un testament de vie. Le médecin ne voulant pas donner suite à sa demande d'euthanasie, la patiente fit appel à la Clinique de fin de vie (SLK). Le médecin a contacté le généraliste. Environ trois semaines avant le décès, elle demanda la mise en œuvre effective de l'euthanasie. Elle réitéra ensuite sa demande.

Le médecin a fourni devant la commission les explications complémentaires suivantes. Le dossier comprend la correspondance d'un gériatre clinicien, menée l'année du décès, la lettre d'une infirmière praticienne d'un centre psychiatrique, datant de deux ans avant le décès, et la lettre d'un psychiatre du même centre psychiatrique, datant de huit ans avant le décès, éléments dont le médecin avait pu prendre connaissance. La patiente souffrait de dépression depuis la ménopause. Elle avait suivi pendant des années des traitements psychiatriques aussi bien médicamenteux qu'électroconvulsifs. Les trois dernières années ces traitements étaient restés inopérants. La patiente présentait des pertes de mémoire dues à l'électroconvulsivothérapie. Vu l'absence de résultats et les effets secondaires constatés, elle ne voulait plus suivre de traitement. Sur la base de son expérience et des résultats de l'examen multidisciplinaire de la Clinique de fin de vie (SLK), le médecin n'avait aucun doute sur le fait que les possibilités de traitement de la patiente étaient épuisées, que celle-ci était apte à exprimer sa volonté et que sa demande d'euthanasie était recevable. Il n'a pas envisagé de consulter un deuxième spécialiste en plus du consultant du SCEN. Ce dernier estimait lui aussi que la patiente ne pouvait plus être traitée, qu'elle souffrait de façon insupportable, qu'elle n'était pas suicidaire et était apte à exprimer sa volonté. Le médecin a déclaré ne pas connaître la directive de l'Association néerlandaise de psychiatrie « Répondre à la demande d'aide au suicide des patients atteints de troubles mentaux ». Il considérait la dépression comme une maladie chronique et ne voyait pas pourquoi il était nécessaire dans ce cas de faire appel à un consultant psychiatre. Il a expliqué s'être entretenu au téléphone avec le généraliste de la patiente. Cet échange lui a fait comprendre que celui-ci et la patiente ne s'entendaient pas, le généraliste trouvant la patiente quelque peu théâtrale ; il n'appréhendait pas suffisamment son souhait d'euthanasie pour lui donner suite. En conséquence, un proche de la patiente l'avait orientée vers la Clinique de fin de vie. Sur le conseil de cette dernière, le généraliste a envoyé la patiente consulter un gériatre clinicien, environ six mois avant le décès. Ceci s'est déroulé avant que le médecin lui-même ne rencontre la patiente, mais il s'est entretenu au téléphone avec le gériatre.

À la question de la commission, le médecin a indiqué s'être entretenu deux fois avec la patiente, la première fois quelque trois semaines avant le décès, la deuxième fois trois jours après. Lors du premier entretien, deux des enfants de la patiente étaient présents, et deux autres lors du deuxième entretien. Durant ces entretiens, il n'a jamais parlé seul à seul avec la patiente. Les enfants ne sont cependant pas intervenus dans les échanges à moins d'y être invités.

Concernant le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, l'absence de perspective d'amélioration et l'exigence de consultation, la commission a considéré ce qui suit.

Lorsque la demande d'euthanasie ou d'aide au suicide émane d'un patient atteint d'un trouble psychiatrique, il importe de faire appel, outre au consultant indépendant, à un ou plusieurs autres médecins, dont de préférence un psychiatre, afin qu'un spécialiste juge notamment du caractère insupportable des souffrances et de l'aptitude du patient à exprimer sa volonté. Évaluer cette capacité chez un tel patient – ou chez une patiente souffrant de dépression chronique – nécessite en effet une expertise particulière. C'est également le cas lorsqu'il s'agit de savoir si des possibilités de traitement subsistent dans le contexte médical du patient.

Selon la commission, il ne ressort pas des données du signalement et des explications orales fournies par le médecin qu'il s'en soit suffisamment préoccupé. Il ne connaissait pas non plus la directive de l'Association néerlandaise de psychiatrie « Répondre à la demande d'aide au suicide des patients atteints de troubles mentaux ». Il a certes pris connaissance de courriers écrits par un psychiatre huit ans avant le décès, et par un service de soins de santé mentale deux ans avant le décès ; mais il n'a pas lui-même consulté de psychiatre pour vérifier s'il restait des possibilités de traitement ou si la demande de la patiente n'était pas le fruit de sa dépression. La correspondance la plus récente dans le dossier provenait d'un gériatre clinicien et portait sur un conseil de traitement. L'entretien téléphonique avec ce spécialiste, deux semaines avant le décès, ne peut qu'en partie être considéré comme la consultation d'un spécialiste dans le cadre de la procédure d'euthanasie. Le médecin a déclaré qu'il n'avait pas envisagé de faire appel à un deuxième consultant parce que celui du SCEN jugeait, comme lui-même, la patiente apte à exprimer sa volonté ; ceci témoigne d'une sous-estimation des exigences concernant l'évaluation d'une demande d'euthanasie émise par un patient psychiatrique, et ce d'autant plus que le médecin et le consultant du SCEN étant tous deux généralistes, ils ne disposaient pas d'une expertise particulière en matière de psychiatrie. La commission a également noté que dans le présent cas le médecin a seulement parlé deux fois avec la patiente, dans un laps de temps très bref, et précédant de peu la mise en œuvre de l'aide au suicide. Ces entretiens se sont en outre déroulés en présence des enfants de la patiente, avec laquelle le médecin n'a pas eu d'échange en tête à tête.

Le médecin n'a ainsi pas démontré avoir pu parvenir à une évaluation suffisamment argumentée non seulement des possibilités thérapeutiques restantes, mais aussi et en particulier de la détermination et du caractère mûrement réfléchi et volontaire de la demande de la patiente, qui manifestait pourtant d'importantes variations d'humeur et d'émotions (suicidaire dans un passé récent, elle s'est aussi montré capable deux ans avant le décès de profiter pleinement de ses vacances).

La commission a établi que le médecin n'a pas agi avec la prudence requise face à la demande d'aide au suicide d'un patient psychiatrique. Le médecin aurait ici dû consacrer davantage de temps à s'entretenir avec la patiente, y compris en l'absence de ses enfants ; lui-même et le consultant ne disposant d'aucune expertise en psychiatrie, il aurait dû faire appel à un spécialiste, en particulier pour s'assurer que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant sa demande d'aide au suicide.

Le médecin *n'a pas* agi conformément aux critères prévus à l'article 2, paragraphe 1, de la loi WTL.

CAS 2014-70

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de trouble psychiatrique, voir le code de déontologie, p. 26 et suivantes. Pour le texte intégral, voir le jugement 2014-70 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

CRITÈRES DE RIGUEUR : demande volontaire et mûrement réfléchie, souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, absence d'autre solution raisonnable

POINT À CONSIDÉRER : trouble psychiatrique

RÉSUMÉ : la patiente, trentenaire, souffrait d'un trouble de la personnalité borderline, d'un syndrome de stress post-traumatique et d'une tendance, liée à la structure de la personnalité, aux troubles dissociatifs et à l'automutilation. Elle éprouvait aussi des sentiments dépressifs, sans pour autant présenter de dépression clinique. La patiente avait été hospitalisée pendant des années dans des établissements psychiatriques suite à des tentatives de suicide, de l'automutilation et des sentiments de dépression, de dépersonnalisation et d'impuissance. Elle s'était pliée à toutes les thérapies proposées, mais les symptômes n'avaient pas diminué. Le médecin, son psychiatre traitant, fit appel à un confrère psychiatre pour une seconde opinion. Celui-ci conclut que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie et que ses souffrances étaient insupportables et sans espoir d'amélioration. Le consultant conforta le jugement du médecin, qui estimait que les critères de rigueur étaient remplis.

La patiente, trentenaire, souffrait d'un trouble de la personnalité borderline, d'un syndrome de stress post-traumatique et d'une tendance, liée à la structure de la personnalité, aux troubles dissociatifs et à l'automutilation. Elle éprouvait aussi des sentiments dépressifs, sans pour autant présenter de dépression clinique.

Au cours des vingt années précédant le décès, la patiente a été hospitalisée quatorze ans dans des établissements psychiatriques suite à des tentatives de suicide, de l'automutilation et de forts sentiments de dépression, de dépersonnalisation et d'impuissance. Durant cette longue période d'hospitalisation, il n'y a pas eu de véritable amélioration de son état et son fonctionnement social s'est même plutôt dégradé. Elle a ensuite intégré un logement thérapeutique, où elle a été suivie par un psychologue/psychothérapeute clinicien, un infirmier socio-psychiatrique et le médecin, un psychiatre. Au cours de cette période, elle a suivi une thérapie EMDR, un entraînement au développement des compétences et de la régulation émotionnelle, un cours de gestion des symptômes et divers traitements ambulatoires axés sur l'acquisition de structures ; elle a été hospitalisée à diverses reprises, notamment en vue d'ajuster au mieux le traitement médicamenteux. Elle a tenté avec application, mais sans succès, tous les traitements qui lui ont été proposés.

Environ un an avant le décès, la patiente a fait une tentative de suicide. Elle a ensuite soumis une demande d'euthanasie aux praticiens qui la suivaient, dont le médecin.

Un traitement médicamenteux (lithium et quétiapine) lui a encore été administré, sans toutefois obtenir le résultat escompté. Une thérapie intensive du trouble de la personnalité a aussi été proposée, mais il est apparu qu'aucune n'était possible dans un cadre qui soit adapté à la patiente.

Selon le médecin, cette dernière avait eu tous les traitements nécessaires en vue d'atténuer ou de mieux contrôler les symptômes, sans toutefois parvenir à un résultat et en tout cas sans diminuer le poids des souffrances.

Le médecin a encore fait appel à un collègue psychiatre pour avoir une seconde opinion ; celui-ci a confirmé que les traitements pertinents avaient été suivis.

La patiente souffrait d'éprouver une tension presque constante, ainsi que de graves difficultés à réguler ses émotions et de reviviscences qui la submergeaient et qu'elle ne parvenait pas à gérer, tels que des souvenirs de harcèlement. Elle éprouvait un sentiment de vide et de dissociation. Elle souffrait d'une douleur intérieure et de reviviscences de

traumatismes profonds et violents. Elle souffrait aussi de cauchemars et du tumulte régnant dans sa tête, qui empêchait tout calme et l'épuisait. La patiente se sentait inférieure et n'était pas capable de corriger sa vision d'elle-même. Les contacts avec autrui lui paraissaient rapidement menaçants et affronter le quotidien une mission quasi impossible. Elle se sentait impuissante à modifier sa situation en quoi que ce soit. Elle répondait à la tension et au sentiment de vide par l'automutilation. Elle souffrait aussi de troubles alimentaires et de pensées et de comportements obsessionnels.

Son souhait de mourir était très ancien et elle l'avait exprimé de façon déterminée au cours des dernières années. Après avoir choisi de ne pas se suicider, elle avait pour la première fois parlé d'euthanasie avec le médecin huit mois avant le décès.

Un mois et demi avant le décès, elle lui a demandé la mise en œuvre effective de l'euthanasie. Plus d'un mois avant le décès, le médecin a fait appel à un collègue psychiatre pour une seconde opinion. Après avoir examiné la patiente, celui-ci a conclu que la demande était volontaire et déterminée, basée sur des souffrances ressenties comme insupportables dans le cadre d'une pathologie mentale dépourvue de toute perspective thérapeutique. Selon le psychiatre, la patiente était consciente des conséquences de sa demande. Après étude du dossier, le psychiatre était convaincu que les traitements pertinents avaient été appliqués. À l'instar de la famille de la patiente, il comprenait sa demande.

Selon le médecin, la patiente était apte à exprimer sa volonté et sa demande était volontaire et mûrement réfléchi. Il était également convaincu du caractère insupportable de ses souffrances et de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.

La commission considère que lorsqu'il est question de trouble psychiatrique la demande d'euthanasie doit être traitée avec la plus grande réserve. La commission estime que c'est ce qu'a fait le médecin dans le cas présent. Outre le praticien du SCEN auquel il a fait appel comme consultant indépendant, le médecin a demandé l'avis d'un collègue psychiatre sur la capacité de la patiente à exprimer sa volonté ; celui-ci a conclu qu'il n'existait plus d'autre possibilité de traitement. La patiente était capable d'appréhender les conséquences de sa décision, son souhait était déterminé et déjà ancien.

Le consultant a conforté le médecin dans son jugement que les critères de rigueur prescrits par la loi étaient remplis, et qu'après une vie de soins en établissement psychiatrique les souffrances de la patiente étaient dépourvues de perspective d'amélioration, que son souhait était ferme et mûrement réfléchi.

CAS 2014-72

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de trouble psychiatrique, voir le code de déontologie, p. 26 et suivantes. Pour le texte intégral, voir le jugement 2014-72 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

CRITÈRES DE RIGUEUR : demande volontaire et mûrement réfléchie, souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, absence d'autre solution raisonnable

POINT À CONSIDÉRER : trouble psychiatrique

RÉSUMÉ : la patiente, sexagénaire, avait dans sa jeunesse subi un traumatisme et été victime de maltraitance affective et psychologique. Un trouble de la personnalité avec des caractéristiques borderline avait été diagnostiqué. La patiente était suivie par un psychiatre et un psychologue. Huit ans avant le décès, une hernie a déclenché de violentes douleurs qui n'ont pas disparu complètement après l'opération pratiquée. Au cours des années suivantes, la patiente a souffert de dépressions récurrentes ; elle avait des idées suicidaires. Elle a suivi tous les traitements prescrits en matière de dépression, sans résultat durable. Ses médecins traitants n'ont pas donné suite à son souhait d'euthanasie. Le médecin, un psychiatre et praticien de la Clinique de fin de vie (SLK), a fait appel à un psychiatre et à un généraliste du SCEN comme consultants indépendants. Le médecin a agi avec prudence, d'une part en consultant divers médecins traitants (généraliste, psychiatre et psychologue du service de santé) et proches de la patiente, et d'autre part en faisant appel à un psychiatre indépendant pour vérifier s'il existait encore une réelle possibilité de traitement et pour évaluer la capacité de la patiente à exprimer sa volonté quant à l'euthanasie.

La patiente, sexagénaire, avait dans sa jeunesse subi un traumatisme et été victime de maltraitance affective et psychologique. Vingt-trois ans avant le décès, un trouble de la personnalité avec des caractéristiques borderline avait été diagnostiqué. À cette époque, la patiente, suivie par un psychiatre et un psychologue, avait suivi un traitement ambulatoire et médicamenteux, qui avait donné d'assez bons résultats. La décennie suivante avait été relativement calme et la patiente, malgré des explosions de colère et des épisodes d'automutilation, n'avait plus recouru à un suivi psychiatrique. Huit ans avant le décès, elle avait souffert de violentes douleurs dues à une hernie de la colonne vertébrale lombaire, pour laquelle elle avait été opérée et avait eu des antalgiques. Les douleurs n'avaient cependant jamais complètement disparu. À compter de cette époque, la patiente ne s'est plus jamais vraiment bien sentie. Les années suivantes, en proie à de profondes dépressions récurrentes, elle a fait en tout quatre tentatives de suicide en absorbant des médicaments. Toutes ses tentatives ont été déjouées, contre son gré. Un an avant le décès, une tendance suicidaire chronique liée à un trouble sévère de la personnalité a été constatée, combinée à des épisodes dépressifs récurrents. La patiente a suivi tous les traitements prescrits en matière de dépression, y compris une électroconvulsivothérapie, sans résultat durable. Elle a également suivi des entretiens thérapeutiques. Toute guérison était exclue.

Le dossier médical mentionne par ailleurs, deux ans avant le décès, des carcinomes cutanés sur la jambe pour lesquels la patiente a été traitée.

La patiente souffrait d'un épuisement total dû à ses profondes dépressions, ainsi que de douleurs et de handicaps résultant de son hernie lombaire. Plus rien ne l'intéressait. Elle ne parvenait plus à regarder la télévision ni à lire. Son épuisement et la douleur la forçaient à se reposer et durant ces moments de repos elle se mettait à ressasser. Chaque jour lui semblait insurmontable. Elle souffrait aussi de savoir que sa situation était dépourvue de perspective d'amélioration.

La patiente avait déjà parlé d'euthanasie avec divers médecins traitants et avait formulé une demande concrète en ce sens. Pour des raisons qui leur étaient propres, les derniers

praticiens ne voulaient pas donner suite à cette demande. Un an avant le décès, la patiente a contacté la Clinique de fin de vie (SLK). Quatre mois avant le décès, elle a formulé sa demande auprès d'un psychiatre de la Clinique. Plus d'un mois et demi avant le décès, elle a demandé au médecin, qui n'est lui-même pas psychiatre, la mise en œuvre effective de l'euthanasie. Elle a réitéré sa demande lors des deux visites suivantes et à l'occasion de contacts téléphoniques.

Le médecin a consulté deux médecins indépendants du SCEN, dont un psychiatre.

Le premier consultant, un psychiatre indépendant, s'est rendu auprès de la patiente quatre jours avant l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente.

Son rapport résume le déroulement de la maladie et décrit le caractère des souffrances de la patiente. Il fait état de symptômes dépressifs constatés durant l'entretien, sur la base duquel le consultant a conclu qu'il n'y avait plus de possibilités de traitement offrant une réelle chance d'amélioration de l'état de la patiente. Cette dernière était apte à exprimer sa volonté quant à l'euthanasie.

Le deuxième consultant s'est rendu auprès de la patiente deux jours avant l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente, y compris le compte rendu du confrère l'ayant précédé.

Le compte rendu du deuxième consultant résume le déroulement de la maladie et décrit le caractère des souffrances de la patiente. Il a estimé que la patiente réagissait de façon pertinente et que ses réponses étaient claires. Elle était apte à exprimer sa volonté quant à l'euthanasie.

Le rapport du deuxième consultant conclut, notamment sur la base de l'entretien avec la patiente, au respect des critères de rigueur.

Lorsque la demande d'euthanasie émane d'un patient atteint d'un trouble psychiatrique, il importe de faire appel, outre au consultant indépendant, à un ou plusieurs autres médecins, dont de préférence un psychiatre, afin qu'un spécialiste juge notamment du caractère insupportable des souffrances et de l'aptitude du patient à exprimer sa volonté.

Selon la commission, il ressort du dossier que le médecin a agi avec une grande prudence.

Il a d'une part consulté divers médecins traitants (généraliste, psychiatre et psychologue du service de santé) et proches de la patiente, et d'autre part a fait appel à un psychiatre indépendant pour vérifier s'il existait encore une réelle possibilité de traitement et pour évaluer la capacité de la patiente à exprimer sa volonté quant à l'euthanasie.

CAS 2014-37 (NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT)

DÉMENCE

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de démence, voir le code de déontologie, p. 27 et suivantes.

CAS 2014-03 (NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT)

CAS 2014-35

Concernant le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, voir p. 11, les patients atteints de démence p. 27, le rôle du testament de vie p. 23 et le consultant indépendant p. 16 et suivantes du code de déontologie. Pour le texte intégral, voir le jugement 2014-35 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

CRITÈRES DE RIGUEUR : demande volontaire et mûrement réfléchie, consultant

POINTS À CONSIDÉRER : démence, testament de vie

RÉSUMÉ : la patiente, septuagénaire, souffrait de la maladie d'Alzheimer. Dès le diagnostic, elle avait parlé d'euthanasie avec le médecin. Elle avait rédigé, et mis à jour, un testament de vie détaillé comprenant une clause sur la démence. Jusqu'à la fin elle a manifesté, verbalement ou autrement, son souhait d'euthanasie au médecin. Les souffrances constatées par le médecin correspondaient à ce que la patiente avait auparavant défini, oralement et dans son testament de vie, comme des souffrances insupportables. Elle n'a pas pu exprimer verbalement sa demande auprès du consultant mais celui-ci a pu se baser sur le testament de vie. Le médecin a acquis la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie et que ses souffrances revêtaient un caractère insupportables et sans perspective d'amélioration.

La patiente, septuagénaire, était atteinte de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée plus d'un an avant le décès. Toute guérison était exclue. La patiente ne recevait plus que des soins palliatifs. Un traitement médicamenteux lui était administré. Un coordinateur démence suivait la patiente et sa famille (ces coordinateurs sont des professionnels chargés de l'information, du conseil et de l'accompagnement des patients atteints de démence et de leur famille). Les compétences cognitives et pratiques de la patiente se dégradaient rapidement. Deux mois avant le décès, le service de soins à domicile prit en charge l'hygiène de la patiente qui fut alors aussi placée en accueil de jour.

Les souffrances de la patiente provenaient de sa perte d'autonomie et du fait d'avoir besoin d'aide pour tout. Elle avait toujours été indépendante et perdre le contrôle de sa vie l'attristait. Pour elle, la coupe était pleine dès lors que l'accueil de jour et les soins à domicile devenaient inéluctables. Elle avait vu dans son entourage la déchéance entraînée par la maladie d'Alzheimer et ne voulait pas subir ce sort. Le médecin connaissait la patiente et sa personnalité depuis des années et il était en conséquence persuadé du caractère insupportable de ses souffrances, dépourvues de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.

La patiente avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin. Environ dix mois avant l'interruption de la vie, la patiente lui a remis un testament de vie comprenant une clause sur la démence.

Un mois avant le décès, elle lui a demandé la mise en œuvre effective de l'euthanasie.

Durant l'entretien, elle a montré qu'elle comprenait sa maladie et a formulé une demande argumentée, qu'elle a ensuite réitérée à diverses reprises.

Le médecin était persuadé que jusqu'à la fin la patiente comprenait ce que signifiait l'euthanasie et que c'était là son souhait explicite.

Le médecin a fait appel à deux généralistes indépendants du SCEN comme consultants. Le premier s'est rendu auprès de la patiente deux mois avant l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente. La patiente n'ayant à ce moment pas demandé la mise en œuvre de l'euthanasie, le consultant a jugé qu'il n'y avait pas lieu d'examiner si les critères de rigueur étaient remplis.

Le deuxième consultant s'est rendu auprès de la patiente un mois avant l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente.

Le compte rendu du deuxième consultant résume le déroulement de la maladie et décrit le caractère des souffrances de la patiente. Il a conclu que la patiente comprenait ce que signifiait l'euthanasie et qu'elle en faisait la demande à cause de sa démence. Le consultant doutait cependant de sa capacité à exprimer sa volonté concernant un souhait actuel d'euthanasie. Elle ne pouvait pas donner d'indications temporelles cohérentes quant au moment de l'euthanasie. Sa compréhension de la maladie variait en fonction de la fatigue, de l'agitation et de la phase de la maladie.

Le consultant a conseillé au médecin de faire appel à un gérontologue afin d'évaluer la capacité de la patiente à exprimer sa volonté.

Trois jours après la visite du deuxième consultant, un gérontologue a examiné la patiente. Selon lui, elle comprenait ce qu'était une euthanasie et elle pouvait dire qu'il y avait une situation dans laquelle elle la demanderait, sans pouvoir indiquer quelle était cette situation. Elle réagissait vivement et s'insurgeait avec colère lorsque ses enfants parlaient d'accepter les soins à domicile et l'accueil de jour. Elle n'a pas formulé de demande concrète d'euthanasie et ne se rappelait pas l'avoir déjà fait. Elle a cependant déclaré que par moments elle trouvait que la vie ne valait plus la peine et qu'elle aurait préféré être morte. Elle pouvait s'imaginer demander un jour l'euthanasie.

Considérant notamment les conclusions du gérontologue, le deuxième consultant a estimé que, compte tenu de l'altération de sa notion du temps, la patiente n'était plus capable d'indiquer un moment concret de mise en œuvre de l'euthanasie. Selon lui, le testament de vie, bien documenté, pouvait remplacer l'accord oral de la patiente. Il a conclu, notamment sur la base de son entretien avec la patiente, au respect des critères de rigueur.

La commission a estimé que les données du signalement ne faisaient pas apparaître de façon suffisamment claire que le médecin s'était assuré du caractère insupportable des souffrances de la patiente au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie.

Elle s'est aussi interrogée sur le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, au vu des remarques formulées dans les rapports du gérontologue et des médecins du SCEN. Le médecin a fourni les explications orales suivantes.

La patiente était une femme bien née, sachant parfaitement ce qu'elle voulait. Dès le diagnostic, il était clair pour le médecin qu'à un moment ou à un autre elle demanderait l'euthanasie. Le médecin a indiqué que la difficulté avec cette patiente était qu'à la fin elle perdait de plus en plus la notion du temps. Si son souhait d'euthanasie était clair, le moment auquel elle voulait qu'elle soit pratiquée ne l'était pas tout à fait. Lorsqu'elle allait bien, elle connaissait sa date d'anniversaire et indiquait qu'elle voulait mourir ce jour-là. Les mauvais jours, sa confusion mentale l'empêchait de l'exprimer verbalement. En outre, devant les étrangers la patiente avait tendance à faire comme si de rien n'était.

En fin de compte, le médecin a jugé que le cas était clair et que les critères de rigueur étaient remplis.

La commission a estimé que l'étude du dossier et les explications orales du médecin ne permettaient pas d'élucider tous les points.

Elle a donc souhaité interroger le deuxième consultant sur la seconde visite à la patiente, visite durant laquelle le médecin était présent.

La commission souhaitait en particulier connaître son opinion sur la capacité de la patiente à exprimer sa volonté, sur le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande et sur le caractère insupportable des souffrances.

Le consultant a fourni les explications orales suivantes.

À la lecture du dossier médical, la commission a remarqué que lors de la visite à la patiente le consultant était accompagné d'un collègue du SCEN, ce qui n'était pas mentionné dans le

compte rendu. Le consultant a répondu que ce collègue du SCEN travaillait aussi dans son cabinet médical.

Le consultant, bien que participant de longue date au SCEN, n'avait encore jamais évalué les critères de rigueur dans le cas d'un patient atteint de démence. Voulant agir aussi scrupuleusement que possible, il s'était senti soutenu par la présence d'un collègue disposant d'une expertise particulière en matière d'euthanasie et de démence. Ce dernier n'avait pas participé à l'entretien avec la patiente mais les deux collègues avaient discuté du cas. Le consultant ne l'avait pas mentionné, pensant que cela n'avait pas d'importance pour son compte rendu.

Il avait basé son avis sur l'entretien avec la patiente, celui avec le médecin, le dossier du médecin, l'examen du gériatologue et le testament de vie de la patiente.

La clause démence (datant de dix mois avant le décès) indiquait clairement ce que la patiente refusait absolument et ce qu'étaient pour elle des souffrances insupportables. Par ailleurs, d'après ce qu'on avait dit au consultant, sa notion du temps était déjà perturbée à l'époque.

Le consultant avait constaté que la patiente souffrait et il avait déduit le caractère insupportable de ces souffrances de toute l'évolution de la situation. L'état de la patiente correspondait à celui qu'elle avait décrit dans son testament de vie comme ne voulant pas le subir. La dépendance et la perte d'autonomie étaient les composantes principales des souffrances insupportables. Y contribuait encore la peur des souffrances à venir ; les symptômes ne feraient que s'aggraver.

La commission s'est d'abord demandé comment le médecin était parvenu à la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchi et que ses souffrances étaient insupportables. Il ressortait en effet du dossier qu'en raison de la perte de la notion du temps causée par la maladie, la patiente ne pouvait plus sur la fin correctement verbaliser et argumenter sa demande.

Les explications orales du médecin et du deuxième consultant ont éclairci les choses.

Le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande ressort notamment du fait que le médecin a discuté la question avec la patiente dès le diagnostic posé. Ce processus est abondamment documenté dans le dossier médical. En outre, à un stade antérieur la patiente avait signé et donné au médecin un testament de vie détaillé. Le médecin a aussi indiqué que jusqu'à la fin la patiente a pu lui faire part de sa demande, verbalement ou autrement. Cela se produit selon lui fréquemment chez les patients atteints de syndrome démentiel ; leurs capacités à exprimer leur volonté et à communiquer peuvent varier en fonction de leur nervosité, de la pression sociale et des fluctuations des symptômes de la maladie.

Le médecin a observé à diverses reprises la patiente réagir avec colère et désarroi en réalisant qu'elle avait perdu son autonomie et se trouvait en état de dépendance. Ces souffrances correspondaient à ce qu'elle avait auparavant explicitement défini, oralement et dans son testament de vie, comme des souffrances insupportables.

Le consultant a basé son jugement sur ses observations personnelles au cours de son entretien avec la patiente ainsi que sur l'ensemble du déroulement des faits depuis le diagnostic, processus dont témoignent la documentation médicale et les entretiens avec les proches. Le consultant s'est senti conforté dans son jugement par le compte rendu du gériatologue. La patiente n'a certes pas pu exprimer verbalement sa demande devant le consultant mais celui-ci disposait du testament de vie, pourvu du nom et de la signature de l'intéressée et de la date de signature ; ce document avait été régulièrement mis à jour et discuté avec le médecin, et il décrivait clairement ce que la patiente considérait comme des souffrances insupportables.

Ch.IV

LES COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE

CADRE LÉGAL

Sur l'ensemble du territoire néerlandais, y compris celui des Pays-Bas caraïbes (îles de Bonaire, Saba et Saint-Eustache), l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide sont en principe passibles de poursuites (Code pénal, articles 293 et 294), sauf si elles ont été effectuées par un *médecin* qui a respecté les *critères de rigueur* fixés par la loi et *signalé* le cas au médecin légiste de la commune. Cette exception est incluse dans les articles cités ci-dessus comme *cause légale d'exemption de peine* (paragraphe 2 des articles 293 et 294 du Code pénal).

Les critères de rigueur sont inscrits à l'article 2 de 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 est stipulée à l'article 7, paragraphe 2, de la loi sur les pompes funèbres.

Le médecin joint un *rapport motivé* à son signalement au médecin légiste, justifiant du respect des critères de rigueur (voir le cas 2014-23, ainsi que le cas 19 à l'annexe 1 du rapport annuel 2013). Pour rédiger ce rapport (de préférence par voie numérique), il peut s'appuyer sur un modèle à remplir¹⁴.

Le médecin légiste procède à un examen externe du corps et vérifie les moyens utilisés. Il s'assure que le rapport du médecin est complet. Il signale l'euthanasie, c'est-à-dire l'interruption de la vie sur demande ou l'aide au suicide, à l'une des commissions régionales et y joint le rapport du médecin, la déclaration du médecin consultant quant au respect des critères de rigueur ainsi que, le cas échéant, le testament de vie du défunt. Il lui fait également parvenir les autres documents pertinents (tels que dossier du patient et lettres des spécialistes) fournis par le médecin.

RÔLE DES COMMISSIONS

Tâches légales, compétences et méthode de travail

L'article 3 de la loi WTL donne une assise légale aux commissions régionales de contrôle, chargées de vérifier a posteriori si le médecin a agi conformément aux critères de rigueur. Celui-ci doit pouvoir les en convaincre.

Pour évaluer les actes du médecin, les commissions se basent sur son rapport et toutes les autres pièces jointes au signalement.

Dès réception, un secrétaire expérimenté procède à une première lecture des documents afin d'évaluer si le dossier est susceptible de soulever des questions au sein de la commission. Si cette lecture laisse présumer que les critères de rigueur définis par la loi ont été respectés et

14 Cf. note 1.

que les informations fournies sont suffisamment complètes, le signalement est considéré comme non générateur de questions (NVO).

Les dossiers de cette catégorie sont soumis à l'examen collectif et au jugement des membres de la commission (juriste, médecin, éthicien), le tout en principe par voie numérique, ce qui facilite un traitement rapide. Si cependant l'un des membres de la commission indique avoir des questions, le dossier est renvoyé pour examen lors de la réunion mensuelle de la commission. C'est durant ces délibérations que sont étudiés les signalements classés VO, c'est-à-dire les dossiers dont la première lecture laisse présumer qu'ils seront générateurs de questions portant sur le respect d'un ou plusieurs critères de rigueur. Il peut aussi s'agir de signalements dont les commissions ont convenu qu'ils nécessitaient une discussion plus poussée, comme par exemple ceux portant sur l'euthanasie de patients atteints de démence, de troubles psychiatriques ou de polyopathologies gériatriques.

Si un signalement soulève des questions, ou nécessite des informations ou explications complémentaires, la commission compétente demande au médecin ou au consultant de fournir des précisions qui peuvent être données au téléphone ou par écrit. Si elle estime que l'information ainsi fournie ne suffit pas pour évaluer correctement les actes du médecin, la commission peut l'inviter, ainsi que le consultant, à se présenter devant elle pour s'expliquer et répondre à ses questions (article 8 de la loi WTL, article 5, paragraphe 2, sous c, du décret du 6-03-2002 (Bulletin des lois et décrets royaux no 141) et directives du 21-11-2006 relatives aux méthodes de travail des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie). Un compte rendu de l'audition est rédigé et arrêté après approbation de son contenu par le médecin. La commission rend ensuite son jugement définitif.

Lorsque, au vu des pièces fournies, la commission envisage de conclure au non-respect d'un ou plusieurs critères de rigueur, elle invite toujours le médecin pour un entretien.

Les signalements sont en principe traités dans le délai légal de six semaines (renouvelable une fois) et le jugement écrit de la commission compétente est transmis au médecin.

Il peut arriver que ce délai soit dépassé lorsque le médecin signaleur ou le consultant doivent fournir des explications complémentaires, orales ou écrites, ou lorsqu'une concertation interne est nécessaire dans la perspective de l'harmonisation des jugements. Ces points sont précisés dans l'accusé de réception adressé au médecin signaleur.

Si la commission conclut au respect des critères de rigueur, le jugement est d'emblée définitif et l'affaire close.

Dans le cas contraire, conformément aux dispositions de la loi WTL, la commission communique son jugement non seulement au médecin mais aussi au Collège des procureurs généraux et à l'Inspection de la santé, auxquels elle transmet le dossier. Après un éventuel entretien avec le praticien, le Collège examine s'il y a lieu d'engager des poursuites et l'Inspection de la santé décide quant à elle de la nécessité de saisir le conseil de discipline ou de prendre d'autres mesures.

Les conclusions et considérations de l'Inspection de la santé et du ministère public (le Collège des procureurs) revêtent une grande importance dans la perspective de l'harmonisation des jugements, évoquée dans la suite du présent chapitre.

Le président coordinateur, son suppléant et le secrétaire général des commissions régionales organisent une concertation annuelle avec le Collège des procureurs généraux et l'Inspection de la santé.

Composition et organisation

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 éthicien – ayant chacun deux suppléants, soit en tout 9 membres par région. Tous peuvent siéger en tant que membres suppléants dans les autres commissions, aussi bien lors de l'examen numérique ordinaire des signalements que lors de leur traitement dans le cadre des réunions mensuelles. Chaque commission est secondée par un secrétaire, juriste de formation, qui prépare l'examen des signalements et a voix consultative lors des délibérations mensuelles.

Chargés d'assister les commissions dans leurs travaux, les secrétariats relèvent de l'unité Secrétariats des conseils de discipline et des commissions de contrôle (ESTT) de même que les secrétariats des conseils de discipline des professionnels de santé. Ils sont basés à Groningue, à Arnhem et à La Haye, où les commissions se réunissent tous les mois, et leur organisation autonome permet de garantir l'indépendance de jugement des commissions.

Harmonisation

Lorsqu'une commission envisage de conclure au non-respect d'un ou plusieurs critères de rigueur, elle soumet par voie électronique le projet de jugement accompagné du dossier correspondant aux membres et membres suppléants des autres commissions, pour avis et commentaire. Il en va généralement de même concernant les projets de jugement tendant à établir le respect des critères de rigueur pour des signalements portant sur des cas complexes. Exceptionnellement, les arguments apportés peuvent conduire à soumettre le projet de jugement à la concertation des présidents. Si cet avis revêt un poids particulier, la décision finale revient cependant aux trois membres de la commission compétente.

Chaque année, une réunion thématique ouverte à tous les membres et secrétaires des commissions est consacrée à une question d'actualité complexe, souvent avec la contribution de spécialistes externes.

La concertation des présidents a lieu quatre fois par an ; y participent aussi les secrétaires généraux et les secrétaires des commissions régionales. Ceci dans le souci d'harmoniser et d'unifier l'examen des signalements.

Transparence et information

Afin d'offrir aux médecins et autres acteurs un tableau lisible et actuel de leurs points de vue et de mieux diffuser leur interprétation des critères de rigueur, les commissions régionales ont publié en avril 2015 un code de déontologie, disponible sur leur site internet, de même que leurs rapports annuels.

Le comité de publication créé en 2013 a pour mission de sélectionner les cas présentant un intérêt pour le développement des normes et à en assurer, sous une forme accessible, la parution sur le site internet des commissions. Sont en particulier concernés tous ceux concluant au non-respect d'un ou plusieurs critères de rigueur, publiés de façon prioritaire¹⁵.

Les membres et secrétaires des commissions concrétisent par ailleurs leur mission d'information¹⁶ par des présentations dans les GGD (dispensaires municipaux), devant les associations de médecins généralistes et les délégations étrangères, dans lesquelles ils

¹⁵ Cf. note 1.

¹⁶ Voir l'article 4, paragraphe 2, du décret du 6 mars 2002, portant règles relatives aux commissions visées à l'article 19 de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide.

s'appuient sur des cas concrets pour expliquer la procédure en vigueur et les critères de rigueur.

Les commissions contribuent également 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. Les membres des commissions participent aussi, sur demande, à des réunions de groupes d'analyse des pratiques professionnelles de médecins du SCEN de leur région.

Les conclusions des commissions régionales relatives aux comptes rendus sont en principe directement communiquées aux consultants concernés ; elles sont parfois également transmises au SCEN, sous forme anonymisée.

ANNEXE I (NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT)

ANNEXE II

DISPOSITIONS LÉGALES



Bulletin des lois et décrets royaux 2001, no 194

Loi du 12 avril 2001 sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide et modification du code pénal et de la loi sur les pompes funèbres.

LOI SUR LE CONTRÔLE DE L'INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE ET L'AIDE AU SUICIDE (WTL)

CHAPITRE I. DÉFINITIONS

Article 1

Aux termes de la présente loi, on entend par :

- a. Nos ministres : le ministre de la Justice et la ministre de la Santé, du Bien-être et des Sports ;
- b. aide au suicide : le fait d'aider intentionnellement un autre à se suicider ou de procurer à un autre les moyens à cet effet, visé à l'article 294, paragraphe 2, du code pénal ;
- c. le médecin : le médecin qui, conformément au signalement, a pratiqué l'interruption de la vie sur demande ou l'aide au suicide ;
- d. le consultant : le médecin consulté lorsqu'un médecin a l'intention de pratiquer l'interruption de la vie sur demande ou l'aide au suicide ;
- e. les intervenants : les intervenants visés à l'article 446, paragraphe 1, du livre 7 du code civil ;
- f. la commission : une commission régionale de contrôle comme visé à l'article 3 de la présente loi ;
- g. l'inspecteur régional : l'inspecteur régional de la santé du Service national de contrôle de la santé publique.

CHAPITRE II. CRITÈRES DE RIGUEUR

Article 2

1. Selon les critères de rigueur visés à l'article 293, paragraphe 2, du code pénal, le médecin doit :
 - a. avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie ;
 - b. avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration ;
 - c. avoir informé le patient sur sa situation et sur les perspectives qui sont les siennes ;
 - d. être parvenu, en concertation avec le patient, à la conviction qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouvait ;
 - e. avoir consulté au moins un médecin indépendant, qui a vu le patient et a donné par écrit son jugement concernant les critères de rigueur visés aux points a à d ; et
 - f. avoir pratiqué l'interruption de la vie ou l'aide au suicide avec toute la rigueur médicale requise.
2. Si le patient âgé de seize ans ou plus n'est plus capable d'exprimer sa volonté, mais qu'avant d'être dans cet état, il était jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière et a fait une déclaration écrite dans laquelle il demande l'interruption de la vie, le médecin peut donner suite à cette demande. Les critères de rigueur visés au paragraphe 1 sont applicables par analogie.
3. Si le patient mineur a entre seize ans et dix-huit ans et peut être jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière, le médecin peut donner suite à sa demande d'interruption de la vie ou d'aide au suicide après que le parent ou les parents investis de l'autorité parentale ou le tuteur ont été associés à la décision.

4. Si le patient mineur a entre douze ans et seize ans et peut être jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière, le médecin peut donner suite à sa demande si le parent ou les parents investis de l'autorité parentale ou le tuteur peuvent accepter l'interruption de la vie ou l'aide au suicide.

Le paragraphe 2 est applicable par analogie.

CHAPITRE III. COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE ET DE L'AIDE AU SUICIDE

Paragraphe 1. Instauration, composition et nomination

Article 3

1. Il existe des commissions régionales chargées de contrôler les signalements de cas d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide visés respectivement à l'article 293, paragraphe 2, et à l'article 294, paragraphe 2, deuxième phrase, du code pénal.
2. Une telle commission comprend un nombre impair de membres, parmi lesquels au moins un juriste, faisant office de président, un médecin et un spécialiste des questions d'éthique ou philosophiques. Font également partie de la commission les suppléants des membres de chacune des catégories citées dans la première phrase.

Article 4

1. Le président, les membres et les suppléants sont nommés par Nos ministres pour une durée de six ans. Leur mandat peut être renouvelé une fois pour une durée de six ans.
2. Chaque commission a un secrétaire et un ou plusieurs secrétaires suppléants, tous juristes, qui sont nommés par Nos ministres. Le secrétaire a voix consultative dans les réunions de la commission.
3. Le secrétaire ne rend compte de ses travaux qu'à la commission pour laquelle il les effectue.

Paragraphe 2. Démission

Article 5

Le président, les membres et les suppléants peuvent à leur demande être à tout moment démis de leurs fonctions par Nos ministres.

Article 6

Le président, les membres et les membres suppléants peuvent être démis de leurs fonctions par Nos ministres pour incapacité ou incompétence ou pour tout autre motif grave.

Paragraphe 3. Rémunération

Article 7

Le président, les membres et les membres suppléants perçoivent des vacances ainsi qu'une indemnité de voyage et de séjour conformément aux règlements de l'État, pour autant que ces frais ne leur soient pas remboursés à un autre titre par le Trésor public.

Paragraphe 4. Tâches et compétences

Article 8

1. La commission juge, en s'appuyant sur le rapport visé à l'article 7, paragraphe 2, de la loi sur les pompes funèbres, si le médecin qui a pratiqué l'interruption de la vie sur demande ou l'aide au suicide a agi conformément aux critères de rigueur visés à l'article 2.
2. La commission peut demander au médecin de compléter son rapport, par écrit ou verbalement, si cela est nécessaire pour évaluer correctement ses actes.
3. La commission peut recueillir des informations auprès du médecin légiste de la commune, du consultant ou des intervenants concernés si cela est nécessaire pour évaluer correctement les actes du médecin.

Article 9

1. La commission communique par écrit son jugement motivé au médecin dans un délai de six semaines à compter de la réception du rapport visé à l'article 8, paragraphe 1.
2. La commission communique son jugement motivé au Collège des procureurs généraux du ministère public et à l'inspecteur régional de la santé :
 - a. si elle juge que le médecin n'a pas agi conformément aux critères de rigueur visés à l'article 2 ; ou
 - b. dans la situation visée à l'article 12, dernière phrase, de la loi sur les pompes funèbres. La commission en informe le médecin.
3. Le délai visé au paragraphe 1 peut être prolongé une fois d'une durée maximale de six semaines. La commission en informe le médecin.
4. La commission est habilitée à expliciter son jugement verbalement devant le médecin, sur demande de celui-ci ou de sa propre initiative.

Article 10

La commission est tenue de fournir au procureur de la Reine, sur demande, toutes les informations dont il a besoin :

- 1°. pour évaluer les actes du médecin dans le cas visé à l'article 9, paragraphe 2 ; ou
- 2°. aux fins d'une enquête judiciaire.

La commission fait savoir au médecin que des informations ont été communiquées au procureur de la Reine.

Paragraphe 6. Méthode de travail

Article 11

La commission fait enregistrer les cas d'interruption de la vie sur demande ou d'aide au suicide signalés aux fins de contrôle. Des dispositions complémentaires en la matière peuvent être arrêtées par règlement ministériel.

Article 12

1. Le jugement est arrêté à la majorité simple des voix.
2. La commission ne peut arrêter son jugement que si tous ses membres ont participé au vote.

Article 13

Les présidents des commissions régionales de contrôle se concertent au moins deux fois par an sur les méthodes et le fonctionnement des commissions. Un représentant du Collège des procureurs généraux et un représentant de l'Inspection de la santé du Service national de contrôle de la santé publique sont invités à cette concertation.

Paragraphe 7. Confidentialité et récusation

Article 14

Les membres et les membres suppléants de la commission sont tenus au respect de la confidentialité à l'égard des données portées à leur connaissance dans l'exercice de leur fonction, sauf si une prescription légale les oblige à les communiquer ou si la nécessité de les communiquer découle de leur tâche.

Article 15

Un membre de la commission qui siège à la commission aux fins de l'examen d'une affaire se récuse ou peut l'être si des faits ou des circonstances sont susceptibles de nuire à l'impartialité de son jugement.

Article 16

Un membre, un membre suppléant et le secrétaire de la commission s'abstiennent de porter un jugement sur l'intention qu'a un médecin de pratiquer l'interruption de la vie sur demande ou l'aide au suicide.

Paragraphe 8. Rapport

Article 17

1. Les commissions adressent à Nos ministres, tous les ans avant le 1^{er} avril, un rapport d'activités pour l'année civile écoulée. Nos ministres arrêtent par règlement un modèle à cet effet.
2. Le rapport d'activités visé au paragraphe 1 mentionne toujours :
 - a. le nombre de cas signalés d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide sur lesquels la commission a porté un jugement ;
 - b. la nature de ces cas ;
 - c. les jugements de la commission et les considérations qui y ont présidé.

Article 18

Tous les ans, à l'occasion de la présentation du budget aux États généraux, Nos ministres font un rapport sur le fonctionnement des commissions en se référant au rapport d'activités visé à l'article 17, paragraphe 1.

Article 19

1. Sur proposition de Nos ministres, des règles sont établies par règlement d'administration publique concernant :
 - a. le nombre et la compétence territoriale, et
 - b. le lieu d'établissement des commissions.
2. Par ou en vertu d'un règlement d'administration publique, Nos ministres établissent des règles complémentaires concernant :
 - a. la taille et la composition, et
 - b. la méthode de travail et les rapports des commissions.

CHAPITRE IIIA. BONAIRE, SAINT-EUSTACHE ET SABA

Article 19a

La présente loi s'applique également dans les entités publiques de Bonaire, de Saint-Eustache et de Saba compte tenu des dispositions du présent chapitre.

Article 19b

1. En ce qui concerne l'application de :
 - l'article 1, sous b, la mention « l'article 294, paragraphe 2, deuxième phrase, du code pénal » est remplacée par le texte suivant : l'article 307, paragraphe 2, deuxième phrase, du code pénal applicable à Bonaire, à Saint-Eustache et à Saba ;
 - l'article 1, sous f, la mention « une commission régionale de contrôle comme visé à l'article 3 » est remplacée par le texte suivant : une commission comme visé à l'article 19c ;
 - l'article 2, paragraphe 1, première phrase, la mention « l'article 293, paragraphe 2, deuxième phrase, du code pénal » est remplacée par le texte suivant : l'article 306, paragraphe 2, deuxième phrase, du code pénal applicable à Bonaire, à Saint-Eustache et à Saba ;
 - l'article 8, paragraphe 1, la mention « l'article 7, paragraphe 2, de la loi sur les pompes funèbres » est remplacée par le texte suivant : l'article 1, paragraphe 3, de la loi sur les déclarations de décès applicable à Bonaire, à Saint-Eustache et à Saba ;
 - l'article 8, paragraphe 3, la mention « ou des intervenants concernés » est supprimée ;
 - l'article 9, paragraphe 2, première phrase, la mention « au Collège des procureurs généraux » est remplacée par le texte suivant : au procureur général.
2. L'article 1, sous e, ne s'applique pas.

Article 19c

En dérogation à l'article 3, paragraphe 1, une commission désignée par Nos ministres est habilitée à contrôler les signalements de cas d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide, comme visé à l'article 306, paragraphe 2, et à l'article 307, paragraphe 2, deuxième phrase, du code pénal applicable à Bonaire, à Saint-Eustache et à Saba.

Article 19d

Le président de la commission visée à l'article 19c participe aux concertations visées à l'article 13, de même que le procureur général ou un représentant qu'il aura désigné et un représentant de l'Inspection de la santé.

CODE PÉNAL

Article 293

1. Celui qui, intentionnellement, ôte la vie à un autre pour répondre à sa demande expresse et sincère, est puni d'un emprisonnement de douze ans au plus ou d'une amende de la cinquième catégorie.
2. Le fait visé au paragraphe 1 ne constitue pas une infraction pénale s'il est commis par un médecin qui respecte les critères de rigueur visés à l'article 2 de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide et qui le signale au médecin légiste de la commune conformément à l'article 7, paragraphe 2, de la loi sur les pompes funèbres.

Article 294

1. Celui qui, intentionnellement, incite un autre au suicide est puni, si le suicide a lieu, d'un emprisonnement de trois ans au plus ou d'une amende de la quatrième catégorie.
2. Celui qui, intentionnellement, aide un autre à commettre un suicide ou lui en procure les moyens, est puni, si le suicide a lieu, d'un emprisonnement de trois ans au plus ou d'une amende de la quatrième catégorie. L'article 293, paragraphe 2, est applicable par analogie.

LOI SUR LES POMPES FUNÈBRES

Article 7

1. Celui qui a pratiqué l'examen du corps établit un certificat de décès s'il est convaincu que la mort est la conséquence d'une cause naturelle.
2. Si le décès est subséquent à une interruption de la vie sur demande ou à une aide au suicide, visées respectivement à l'article 293, paragraphe 2, et à l'article 294, paragraphe 2, deuxième phrase, du code pénal, le médecin traitant n'établit pas de certificat de décès et communique sur-le-champ au médecin légiste ou à un des médecins légistes de la commune la cause du décès, en remplissant un formulaire.
Le médecin joint à cette communication un rapport motivé sur le respect des critères de rigueur visés à l'article 2 de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide.
3. Si, dans d'autres cas que ceux visés au paragraphe 2, le médecin traitant juge qu'il ne peut pas établir de certificat de décès, il le fait savoir sur-le-champ au médecin légiste ou à un des médecins légistes de la commune, en remplissant un formulaire.

Article 9

1. La forme et l'organisation des modèles de certificat de décès, à délivrer par le médecin traitant et par le médecin légiste de la commune, sont fixées par un règlement d'administration publique.
2. La forme et l'organisation des modèles de la communication et du rapport visés à l'article 7, paragraphe 2, de la communication visée à l'article 7, paragraphe 3, et des formulaires visés à l'article 10, paragraphes 1 et 2, sont fixées par un règlement d'administration publique sur proposition de Notre ministre de la Justice et de Notre ministre de la Santé, du Bien-Être et des Sports.

Article 10

1. Si le médecin légiste de la commune juge qu'il ne peut pas établir de certificat de décès, il en fait immédiatement rapport, en remplissant un formulaire, au procureur de la Reine et avertit sur-le-champ le fonctionnaire de l'état civil.
2. Sans préjudice du paragraphe 1, dans le cas d'une communication comme visé à l'article 7, paragraphe 2, le médecin légiste de la commune fait immédiatement rapport, en remplissant un formulaire, à la commission régionale de contrôle visée à l'article 3 de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide. Il y joint le rapport motivé visé à l'article 7, paragraphe 2.

Article 81

Sera punie d'une peine de prison d'un mois au maximum ou d'une amende de la deuxième classe :

- 1°. toute infraction aux dispositions des articles ou dispositions prises en vertu des articles (...) 7, paragraphes 1 et 2 (...).