

COMMISSIONS
REGIONALES DE CONTROLE
DE L'EUTHANASIE

RTE

RAPPORT 2015

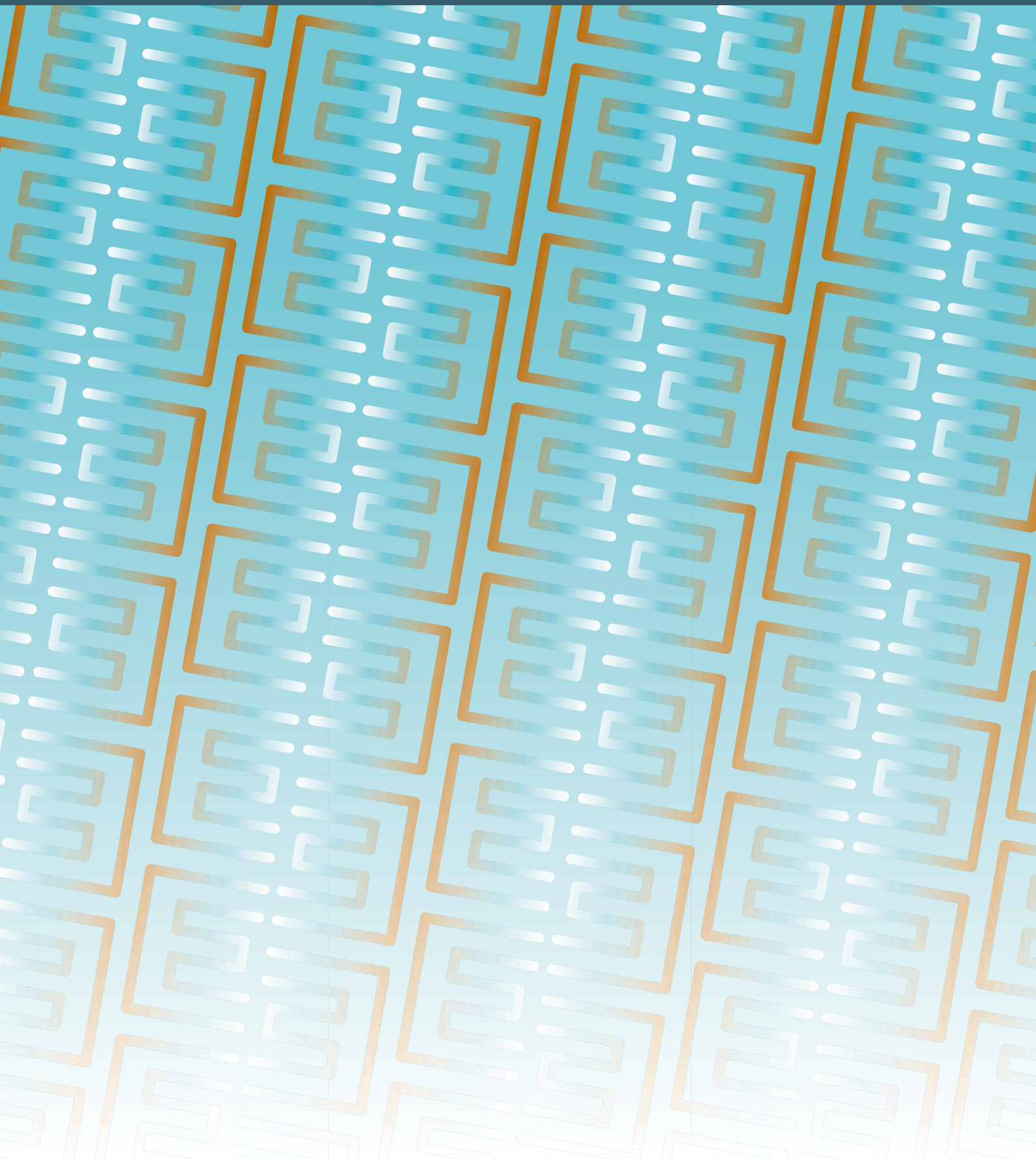


TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS

CHAPITRE I ÉVOLUTIONS EN 2015

Signalements	6
Nombre de signalements	6
Troubles psychiatriques	6
Démence	8
Capacité à exprimer sa volonté	8
Valeur du testament de vie	10
Méthode de travail des commissions, évolutions	10
Code de déontologie	10
Harmonisation	10
Signalements VO et NVO	11
Traitement des plaintes	12
Clinique de fin de vie (SLK)	12
Autres évolutions	12
Recrutement d'un président coordinateur	12
Enfants mineurs	13
Don d'organes et de tissus après une euthanasie	13

CHAPITRE II DONNEES CHIFFREES

Nombre total de signalements en 2015	15
Nombre de signalements par région	16

CHAPITRE III ÉTUDE DE CAS

Critères de rigueur	17
Sélection des cas	18
Signalements NVO	18
Cas 2015-15	15
Demande volontaire et mûrement réfléchie	20
Cas 2015-59	20
Cas 2015-52	21
Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration	23
Cas 2015-82	23
Information du patient	24
Absence d'autre solution raisonnable	24
Consultation d'un médecin indépendant	24
Cas 2015-56	24
Rigueur médicale	25
Cas 2015-29	25
Cas 2015-22	27
Troubles psychiatriques	28
Cas 2015-21	28
Démence	29
Cas 2015-107	29

CHAPITRE IV LES COMMISSIONS REGIONALES DE CONTROLE DE L'EUTHANASIE

Cadre légal	33
Rôle des commissions	33
Tâches légales, compétences et méthode de travail	33
Composition et organisation	35
Harmonisation	35
Transparence et information	35

ANNEXE I

Ne figure pas dans le présent rapport

ANNEXE II

Dispositions légales	38
I Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (WTL)	38
II Code pénal	43
III Loi sur les pompes funèbres	44

AVANT-PROPOS

Le présent rapport rend compte des travaux effectués en 2015 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). 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.

Après l'exposé, dans le chapitre I, des évolutions survenues en 2015, le chapitre II présente un aperçu quantitatif des signalements (5 516 en tout, soit une augmentation de 4 % par rapport à 2014) et de la nature des cas concernés. Le chapitre III est consacré à la présentation de 19 cas offrant un tableau représentatif des signalements traités par les commissions régionales. Le texte intégral des jugements afférents est disponible sur internet. Le chapitre IV précise le cadre légal, le rôle et la méthode de travail des commissions régionales.

2016 a vu l'inauguration de leur nouveau site internet (www.euthanasiecommissie.nl), dont le moteur de recherche a été amélioré et rendu plus accessible. Environ 80 jugements de 2015 y ont été intégralement publiés après avoir été sélectionnés par le comité de publication des commissions régionales en raison de l'intérêt qu'ils présentent pour le développement des normes. Sont en particulier concernés tous ceux concluant au non-respect d'un ou plusieurs critères de rigueur, soit, pour 2015, 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 des diverses commissions, 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 de déontologie en avril 2015, la publication d'une sélection de leurs jugements sur le site internet et la diffusion des rapports annuels, les commissions régionales s'efforcent de mieux faire connaître diverses questions liées à l'exercice de leur mission. Leur but est aussi de préciser les possibilités dont les médecins, les consultants, les patients et d'autres personnes intéressées disposent en vertu de la loi.

La troisième évaluation de la loi WTL, lancée en 2015, est toujours en cours et s'attache plus particulièrement au fonctionnement des commissions régionales. Ses résultats sont attendus dans le courant de l'année 2017.

En 2015, les signalements ont été traités dans un délai moyen de 39 jours (contre 47 en 2014), soit moins que le délai légal de 42 jours (renouvelable une fois).

Je veux ici revenir sur les événements de début 2016 qui ont suscité de nombreuses discussions.

En février, la commission consultative *Voltooid leven* [vie accomplie] a publié son rapport. Les commissions régionales en ont pris connaissance avec intérêt et les ministres de la Santé et de la Justice ont annoncé une réponse du gouvernement d'ici l'été.

Ce rapport est loin d'avoir mis fin au débat sociétal sur l'euthanasie, comme l'ont montré non seulement les réactions nombreuses et variées qui ont suivi sa publication, mais aussi celles entraînées par le documentaire sur la Clinique de fin (SLK) de vie diffusée peu après à la télévision. Ce documentaire, qui expose trois cas complexes traités par des médecins de la SLK, a fait beaucoup de bruit.

Dans ce contexte, il paraît utile de préciser – ce que le format réduit du documentaire ne permettait pas de faire – que les commissions régionales disposaient des dossiers complets des médecins signaleurs, des consultants de l'organisation SCEN [Soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas] et d'autres spécialistes. C'est sur la base de ces informations qu'elles ont jugé les trois signalements conformes aux critères de rigueur. Le texte intégral des jugements afférents a été publié sous une forme anonymisée sur le site internet.

Je tiens 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. Je tiens aussi à remercier particulièrement Mme Swildens-Rozendaal, dont le dernier mandat s'est achevé le 31 décembre 2015. Durant 12 ans, elle a présidé la commission de la région Hollande-Septentrionale, et ces cinq dernières années elle a en outre assuré les fonctions de présidente coordinatrice des commissions régionales. Elle s'est acquittée de ces missions avec un grand professionnalisme et un investissement sans faille en faveur des commissions. Nous lui en sommes infiniment reconnaissants.

À l'issue d'une rigoureuse procédure publique de recrutement, les ministres de la Santé et de la Justice ont nommé, le 1er avril 2016, M. Kohnstamm président coordinateur des commissions régionales et président suppléant de la commission de la région Hollande-Septentrionale. Nous saluons cette nomination et envisageons avec confiance l'avenir des commissions régionales sous la nouvelle présidence.

Vos réactions offrent de précieux enseignements pour les commissions, et je vous invite à les transmettre (e-mail : n.visee@toetscie.nl).

P.J.M. van Wersch

président coordinateur suppléant des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

La Haye, avril 2016

Ch.1

ÉVOLUTIONS EN 2015

SIGNALEMENTS

Nombre de signalements

En 2015, les commissions régionales de contrôle ont enregistré 5 516 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 4 % – par rapport à l'année précédente (5 306 en 2014). Les données chiffrées, au niveau national et par région, sont présentées au chapitre II. Les chiffres comparatifs de l'euthanasie avec l'ensemble des décès aux Pays-Bas (en moyenne 140 000 par an) sont disponibles sur le site internet de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG)¹.

Les commissions régionales de contrôle ont examiné tous les signalements afin de vérifier 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 sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (dite loi WTL). À 4 reprises, soit dans moins de 0,1 % du total des signalements, elles ont conclu qu'il n'en avait pas été ainsi (trois concernent la mise en œuvre de l'euthanasie, un concerne plusieurs critères de rigueur). 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 est consacré aux commissions régionales de contrôle, dont il décrit le cadre légal, le rôle et la méthode de travail.

Troubles psychiatriques

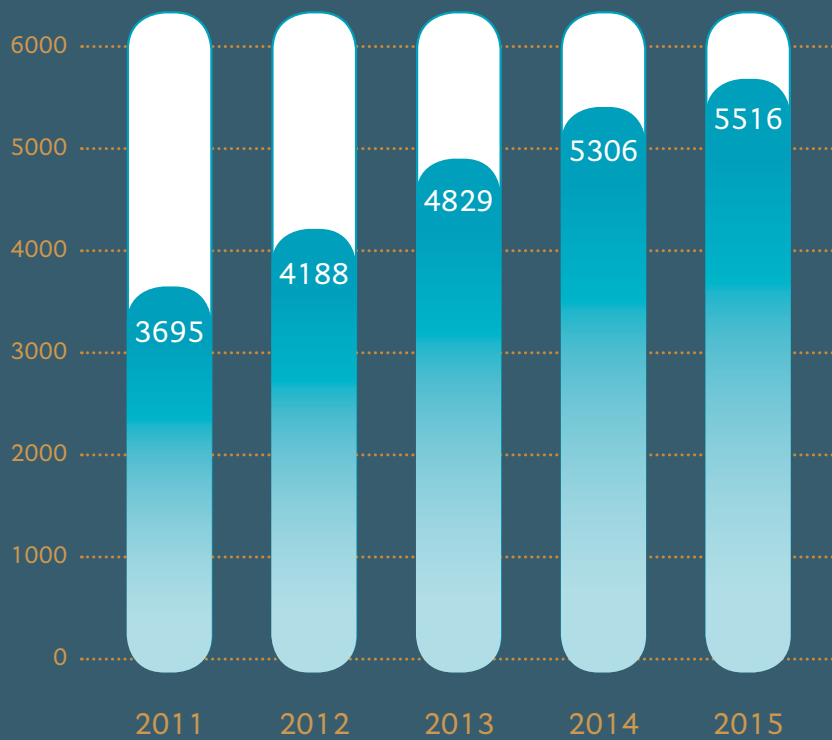
Dans 56 des signalements enregistrés, la cause des souffrances du patient est un trouble psychiatrique, contre 42 en 2013, et 41 en 2014. Dans 25 de ces 56 cas le médecin signaleur est un psychiatre, dans 16 cas un médecin généraliste, dans 2 cas un spécialiste, dans 4 cas un gériatre et dans 9 cas un autre type de médecin. Dans 33 cas, l'euthanasie a été pratiquée par un médecin de la Clinique de fin de vie (SLK).

Compte tenu de l'intérêt que suscite la question au sein de la société, un nombre relativement élevé des jugements émis (15) ont fait l'objet d'une publication, sous une forme anonymisée et accompagnés d'un résumé, sur le site internet des commissions².

Dans un nombre croissant de signalements, le trouble psychiatrique se double de problèmes somatiques qui contribuent aussi aux souffrances. Le caractère insupportable de ces dernières étant ici principalement dû au trouble psychiatrique, ces signalements sont classés parmi les cas psychiatriques (voir par exemple le *cas 2015-46* au chapitre III).

¹ L'infographie de la KNMG sur l'euthanasie est disponible sur www.KNMG.nl.

² www.euthanasiecommissie.nl



NOMBRE TOTAL DE SIGNALEMENTS D'EUTHANASIE
ET D'AIDE AU SUICIDE

Lors de la concertation générale de 2014, la ministre de la Santé a notamment exprimé le vœu que l'expertise psychiatrique soit ancrée dans les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie. Au printemps 2015, les commissions ont nommé un psychiatre parmi leurs membres médecins.

Le code de déontologie paru en avril 2015 souligne aux pages 26 et 27 la nécessité, lorsque la demande d'euthanasie est faite par un patient souffrant d'un trouble psychiatrique, de consulter un psychiatre indépendant en vue de vérifier la capacité du patient à exprimer sa volonté, l'absence de perspective d'amélioration de ses souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable.

En 2015, l'Association néerlandaise de psychiatrie a lancé un groupe de travail chargé de réécrire la directive Répondre à la demande d'aide au suicide des patients atteints de troubles mentaux.

Au chapitre III, le *cas 2015-21* présente un exemple de problématique psychiatrique à l'origine des souffrances.

Démence

Dans 109 des signalements reçus par les commissions, la cause des souffrances du patient est une forme de démence. Ces chiffres étaient de 97 en 2013 et de 81 en 2014. Dans leur grande majorité, ces patients se trouvaient au stade initial de la pathologie 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. Quelques signalements concernent des patients à un stade plus avancé de la maladie, comme le *cas 2015-107* présenté au chapitre III. Dans 28 de ces 109 signalements impliquant la démence, l'euthanasie a été pratiquée par un médecin de la SLK. Dans l'ensemble des 109 cas, les commissions ont jugé que les critères de rigueur avaient été respectés. Par ailleurs, elles ont examiné 8 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. Dans 10 des jugements publiés sur le site, la cause des souffrances du patient était une forme de démence, de même que dans les *cas 2015-66* et *2015-107* présentés au chapitre III.

Capacité à exprimer sa volonté dans les troubles psychiatriques et la démence

Évaluer la demande d'euthanasie d'un patient dont les souffrances sont dues à un trouble psychiatrique demande une grande prudence de la part du médecin. Il doit s'assurer que la faculté de jugement du patient n'est aucunement altérée par cette pathologie, faute de quoi il ne saurait être question d'une demande volontaire et mûrement réfléchie. Apprécier la capacité du patient à exprimer sa volonté demande une solide expertise. Le médecin doit à cet effet consulter un psychiatre indépendant.

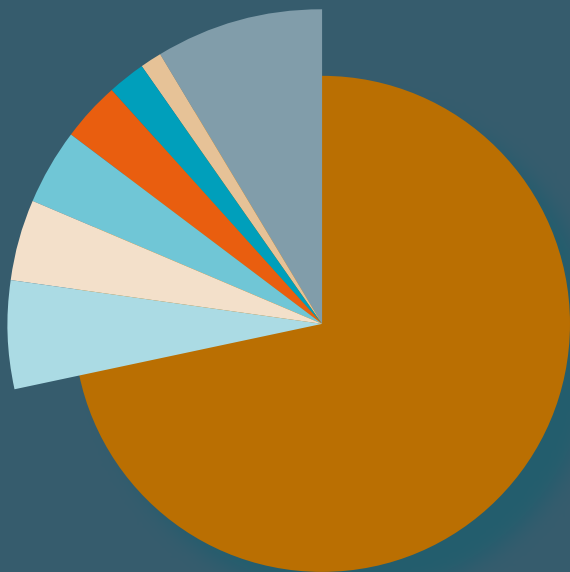
La même prudence s'impose lorsqu'il s'agit d'établir la capacité à exprimer sa volonté d'un patient atteint de démence. Si celui-ci se trouve à un stade avancé de la maladie, le médecin doit consulter un spécialiste. Si le processus de démence a atteint un stade d'avancement tel que le patient n'est plus capable d'exprimer sa volonté ni de communiquer – ou uniquement à l'aide de termes simples ou de gestes –, donner suite à sa demande d'euthanasie n'est possible que s'il a rédigé un testament de vie lorsqu'il en était encore capable.

Ces volontés écrites doivent pouvoir s'appliquer à la situation actuelle du patient (pour plus de précisions sur l'euthanasie dans le cas d'un patient souffrant d'un trouble psychiatrique ou de démence, voir le code de déontologie, 4.3 et 4.4, p. 26 à 28).



MEDECINS SIGNALEURS IN 2015

généralistes	4 730
spécialistes hospitaliers	180
gériatres	216
spécialistes en formation	45
autres (par exemple ayant une formation en médecine de base ou n'exerçant pas)	345
<i>dont travaillant au sein de la SL</i>	<i>366</i>



AFFECTIONS 2015

cancer	4 000
pathologies du système nerveux	311
pathologies cardiovasculaires	233
pathologies pulmonaires	207
polyopathologies gériatriques	183
démence	109
troubles psychiatriques	56
autres affections	417

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 KNMG³.

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 WTL⁴. À la demande du groupe de travail, les membres des commissions régionales ont contribué aux analyses et enquêtes menées dans ce cadre, l'objectif final étant d'élaborer deux guides d'approche, l'un à l'usage des professionnels et l'autre du public. Ces documents sont parus en décembre 2015.

MÉTHODE DE TRAVAIL DES COMMISSIONS, ÉVOLUTIONS

Code de déontologie

Le chapitre I du rapport annuel 2014 des commissions régionales est consacré au code de déontologie, dont la présidente coordinatrice des commissions, 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 23 avril 2015. Le code de déontologie 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. 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 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 commissions⁵.

Une enquête anonyme succincte a été menée en février 2016 (avec le soutien de la KNMG) auprès des médecins signaleurs et des consultants SCEN afin de recenser leurs impressions concernant le code de déontologie. Celui-ci sera actualisé à une date ultérieure.

Harmonisation

Cette année encore, les commissions régionales ont consacré beaucoup de temps et d'attention à l'harmonisation des jugements, sans toutefois négliger le principe voulant que chaque cas faisant l'objet d'un signalement soit soupesé en fonction des circonstances qui lui sont propres.

Elles ont ainsi systématiquement soumis par voie électronique aux membres des autres

3 Documents parlementaires II, 2012/2013, 32 647, no 16.

4 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. »

5 www.euthanasiecommissie.nl

commissions et à leurs suppléants, 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 établir le *respect* des critères de rigueur pour des signalements portant sur des cas complexes. Dans chacun de 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. Il favorise au sein des commissions l'harmonisation des décisions concernant les cas plus 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. 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 à la commission compétente.

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.

Ainsi en 2015, un séminaire d'entreprise placé sous le signe de la professionnalisation, du partage et de la promotion des connaissances a été consacré à l'examen de cas complexes avec des spécialistes externes.

Toujours dans la perspective d'une meilleure harmonisation des jugements, l'opportunité de la création d'une chambre de réflexion, parallèlement aux débats internes susmentionnés, a été évoquée et est à l'étude.

Si la concertation des présidents a pour rôle d'harmoniser les jugements – et de façon générale le fonctionnement des commissions régionales –, une approche commune et l'apport de tous les membres (présidents, juristes, médecins et éthiciens), sur le fond comme en matière de procédure, sont essentiels. Les modalités d'un meilleur ancrage de l'implication et de la responsabilité des médecins et des éthiciens dans la structure organisationnelle des commissions sont à l'étude.

Signalements VO et NVO

79 % des dossiers de 2015 concernent des signalements non générateurs de questions (ci-après : signalements NVO) et ont été soumis par voie électronique aux membres de la commission régionale concernée.

Il s'agit là des cas dont le secrétaire/juriste peut présumer qu'ils sont suffisamment documentés et qu'il est très probable que la commission conclura au respect des critères de rigueur. La plupart des signalements NVO ont été discutés et jugés par voie électronique, et ont ainsi pu être traités sans retard (voir par exemple les cas 2015-15 et 2015-22).

Un petit nombre des dossiers NVO ont néanmoins fait l'objet de délibérations de la commission concernée comme signalements générateurs de questions (signalements VO). Les 21 % de dossiers classés d'emblée VO ont été jugés par les commissions au cours de leur réunion mensuelle.

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 de la décision est de 39 jours (contre 47 en 2014)⁶.

⁶ 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.

Traitement des plaintes

En 2015, aucun médecin signaleur ou consultant n'a déposé de plainte relative au traitement des signalements par les commissions.

Comme indiqué dans le précédent rapport annuel, ces dernières ont décidé de mettre en place une commission des plaintes indépendante. Sa composition, ses compétences et la procédure à suivre sont précisées dans le règlement afférent qui a depuis été rédigé et publié sur le site internet des commissions régionales⁷.

Les plaintes concernées par le règlement sont celles émises par les médecins, principalement médecins signaleurs et consultants. Elles ne peuvent porter que sur les procédés et non sur le fond ou les motifs du jugement d'une commission.

Chaque année, les commissions régionales reçoivent un certain nombre de demandes émanant de personnes désireuses de consulter un dossier ou un jugement. Tenues, en vertu de l'article 14 de la loi WTL et sauf exception légale, au respect de la confidentialité à l'égard des données dont elles disposent, les commissions sont obligées de rejeter ces demandes.

Clinique de fin de vie (SLK)

En 2012, les commissions régionales ont reçu les premiers signalements d'euthanasie pratiquée par des médecins de la SLK. Face à ce nouveau phénomène, les commissions ont décidé de juger ensemble les dix premiers signalements – par ailleurs examinés de la même façon que ceux émanant d'autres médecins. Elles ont ensuite convenu que les signalements des médecins de la SLK seraient classés dans la catégorie VO.

Fin 2015, les commissions ont estimé avoir suffisamment de recul concernant les dossiers venant de médecins de la SLK pour pouvoir les traiter comme des signalements NVO, pour autant que le secrétaire/juriste chargé de leur classement juge que les critères voulus sont remplis. La commission compétente peut toujours décider par la suite qu'un signalement engendre des questions et doit faire l'objet de ses délibérations.

Par ailleurs, les commissions jugent souvent ensemble les signalements émanant de médecins de la SLK, ces derniers étant fréquemment appelés à traiter des cas complexes. C'est ce que fait notamment apparaître le nombre relativement important de signalements d'euthanasie dans des cas de troubles psychiatriques et de démence (voir les données chiffrées citées plus haut dans le présent chapitre).

Il arrive aussi que le médecin oriente en urgence un patient vers la SLK (voir par exemple le cas 2015-35 au chapitre III).

AUTRES ÉVOLUTIONS

Recrutement d'un président coordinateur

En vue de remplacer leur présidente coordinatrice, Mme Swildens-Rozendaal, dont le dernier mandat touchait à son terme le 1er janvier 2016, les commissions régionales ont établi et publié sur leur site un profil de fonction ainsi qu'une procédure rigoureuse de recrutement et de nomination⁸, incluant une commission de sélection et une commission d'approbation composées de membres des commissions issus de tous les échelons.

À l'issue de la procédure et sur proposition des présidents des commissions régionales, les ministres de la Santé et de la Justice ont nommé M. Kohnstamm aux postes de

⁷ www.euthanasiecommissie.nl

⁸ www.euthanasiecommissie.nl

président coordinateur des commissions et de président suppléant de la région Hollande-Septentrionale.

Administrateur et président expérimenté, M. Kohnstamm a montré durant la procédure une vision acérée du statut et du rôle impartial des commissions régionales et de leur président coordinateur dans la mise en œuvre de la mission et des cadres fixés par la loi. Il peut donc compter sur un large soutien au sein des commissions dont les membres sont convaincus qu'il excellera dans ses fonctions.

Enfants mineurs

Selon la loi WTL, l'euthanasie peut être pratiquée sur des patients mineurs âgés d'au moins douze ans, elle est exclue sur des enfants plus jeunes. Des exigences complémentaires doivent toutefois être satisfaites :

- si le patient a entre 12 et 16 ans, sa demande doit être accompagnée de l'autorisation de son ou ses parents ou de son tuteur (art.2, paragraphe 4, de la loi WTL) ;
- si le patient a 16 ou 17 ans, son ou ses parents ou son tuteur doivent participer au processus décisionnel, mais leur autorisation n'est pas requise (art.2, paragraphe 3, de la loi WTL).

Les signalements d'euthanasie chez des mineurs sont relativement rares. Entre 2002 et 2015, les commissions régionales en ont reçu sept, dont deux au cours de la dernière année. Cinq cas se rapportaient à un mineur âgé de 17 ans, un cas (en 2005) à un enfant de 12 ans (voir le rapport annuel 2005, p. 16 et 16). Un des signalements de 2015 concerne un mineur de 16 ans (cf. *cas 2015-59*).

Dans tous ces cas, la famille a participé au processus décisionnel et dit comprendre et respecter la demande d'euthanasie.

La demande volontaire telle que définie par la loi suppose que le patient soit apte à exprimer sa volonté, c'est-à-dire capable de comprendre les informations pertinentes concernant son état, de peser les autres solutions et d'appréhender les conséquences de sa décision. En cas de doute à ce propos, le médecin demandera l'avis d'un spécialiste. Cette question spécifique peut faire partie de la problématique soumise au consultant, mais le médecin peut aussi, avant l'intervention de celui-ci, la soumettre à un confrère spécialiste.

En 2015, l'euthanasie d'enfants mineurs s'est trouvée au centre du débat politique. En janvier 2016, des représentants des commissions régionales se sont exprimés lors d'une table ronde à la Chambre des représentants.

Don d'organes et de tissus après une euthanasie

Les médecins rencontrent assez régulièrement des patients désireux qu'un don d'organes ou de tissus soit pratiqué après l'euthanasie. Pour la plupart, ce n'est pas réalisable compte tenu de la pathologie dont ils souffrent (souvent un cancer). 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.

Le nombre de dons d'organes et de tissus consécutifs à une euthanasie n'est pas officiellement enregistré. Il semblerait que 15 cas se sont produits depuis 2012, dont neuf en 2015.

La loi WTL ne se prononce pas sur ce qu'il advient du corps après l'euthanasie et 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, le respect des critères de rigueur doit avoir été clairement établi avant que la demande de don d'organes soit examinée.

Le don d'organes après une euthanasie implique une combinaison 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 a élaboré un guide visant à accompagner le processus décisionnel d'un médecin face à un patient désireux de faire suivre son euthanasie d'un don d'organes. À la demande du groupe de travail, les commissions régionales ont collaboré à ce projet. Les praticiens concernés peuvent demander ce guide auprès du coordinateur des transplantations de l'hôpital universitaire de leur région⁹.

9 Pour plus d'informations (en néerlandais) : <http://www.transplantatiestichting.nl/donor-worden/wie-kan-donor-worden/orgaan-en-weefseldonatie-na-euthanasie>

Ch.2

DONNÉES CHIFFRÉES

Période du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015

SIGNALEMENTS Les commissions ont enregistré 5 516 signalements.

EUTHANASIE ET AIDE AU SUICIDE Dans 5 277 cas, il s'agit d'euthanasie (c'est-à-dire d'une interruption active de la vie sur demande du patient), dans 208 cas, d'aide au suicide et dans 31 cas d'une combinaison des deux.

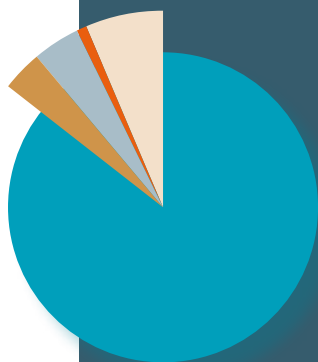
LIEU Dans 4 409 cas, l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient, dans 191 cas à l'hôpital, dans 224 cas dans un établissement de long séjour, dans 239 cas dans une maison de retraite médicalisée, dans 354 cas dans un établissement de soins palliatifs et dans 99 cas dans un autre lieu (par exemple domicile d'un membre de la famille).

PAYS-BAS CARAÏBES Les commissions y ont enregistré 1 signalement.

COMPÉTENCES ET JUGEMENTS 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 Le délai moyen entre la réception du signalement et l'envoi du jugement est de 39 jours.

MÉDECINS SIGNALEURS

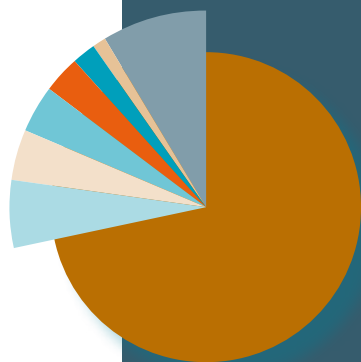


● généralistes	4 730
● spécialistes hospitaliers	180
● gériatres	216
● spécialistes en formation	45
● autres	345

(par exemple ayant une formation en médecine de base ou n'exerçant pas)

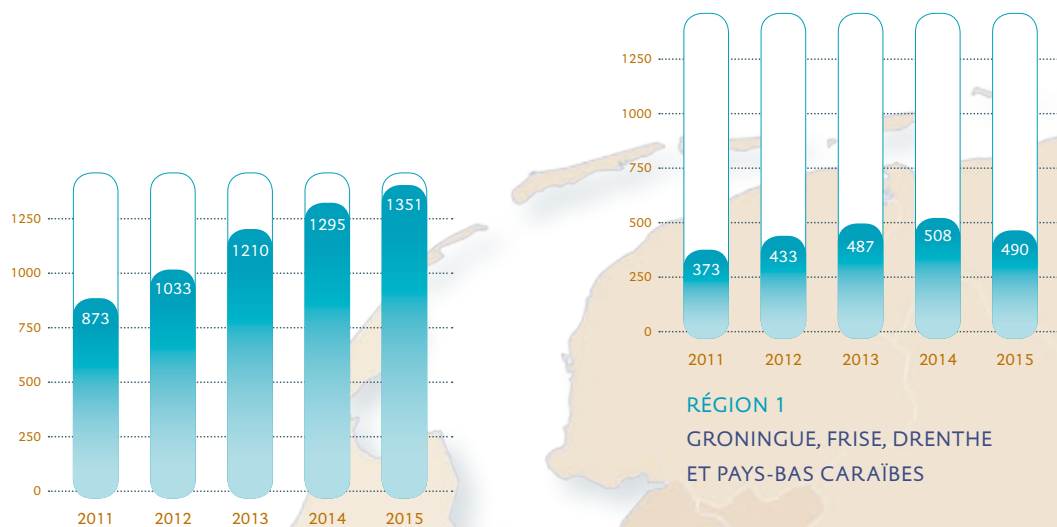
dont travaillant au sein de la SLK 366

AFFECTIONS

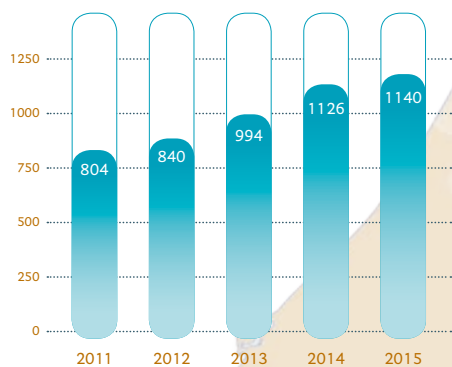


● cancer	4 000
● pathologies du système nerveux	311
● pathologies cardiovasculaires	233
● pathologies pulmonaires	207
● polypathologies gériatriques	183
● démence	109
● troubles psychiatriques	56
● autres affections	417

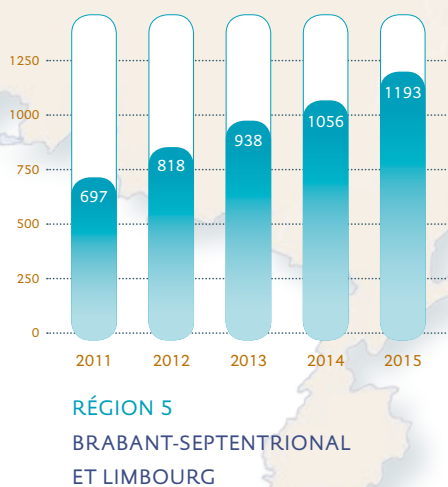
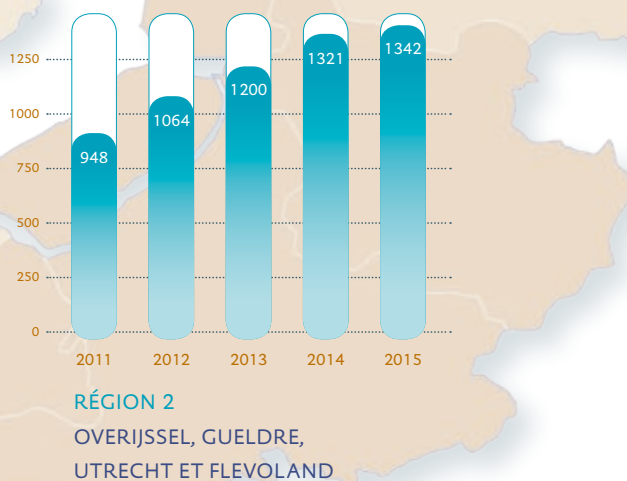
NOMBRE TOTAL DE SIGNALEMENTS D'EUTHANASIE ET D'AIDE AU SUICIDE PAR RÉGION



RÉGION 3
HOLLANDE-SEPTENTRIONALE



RÉGION 4
HOLLANDE-MÉRIDIIONALE ET ZÉLANDE



Ch.3

ÉTUDE DE CAS

CRITÈRES DE RIGUEUR

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 cas¹⁰.

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 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 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 autre 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.

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 mentionnés aux points c (information du patient), e (consultation d'un médecin indépendant) et f (rigueur médicale) ; le praticien doit démontrer que, compte tenu des circonstances, il a *raisonnablement pu acquérir la conviction* que les critères mentionnés aux points a (demande volontaire et mûrement réfléchie), b. (souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration), et d. (absence d'autre solution raisonnable) étaient respectés.

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

¹⁰ www.euthanasiacommissie.nl

SÉLECTION DES CAS

Le premier exemple est celui d'un signalement NVO, un autre étant présenté parmi les dossiers relatifs à la rigueur médicale. Le reste de l'étude de cas porte sur des signalements VO. Après un cas général illustrant une procédure rapide, elle traite successivement des divers critères de rigueur définis par la loi WTL. 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.

L'étude de cas inclut le résumé des jugements des commissions, dont elle expose les considérations et les principaux éléments de conclusion.

Sont aussi précisés les critères de rigueur en question, les points que la commission a plus particulièrement pris en considération et la conclusion à laquelle elle est parvenue. Le texte intégral des jugements afférents aux cas étudiés est disponible sur le site internet des commissions régionales (sous le numéro du cas, année de publication 2015)¹¹.

SIGNALEMENTS NVO

Les signalements NVO de 2015 ont presque tous pu être examinés et jugés par voie électronique. Comme indiqué au chapitre I, ils correspondent à 79 % de l'ensemble des dossiers. À titre d'information, le jugement intégral concernant l'un de ces signalements NVO est repris ci-après. Un autre, le cas 2015-22, est présenté sous la rubrique rigueur médicale. Le site internet des commissions régionales publie d'autres signalements NVO, sous *Uitspraken & Uitleg, Niet vragen oproepende meldingen* [Jugements & explications, Signalements non générateurs de questions] (en néerlandais).

CAS 2015-15

Voir le jugement 2015-15 sur le site internet.

CONCLUSION : RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO, médecin remplaçant

RÉSUMÉ : En l'absence de son médecin généraliste, une patiente en proie à de grandes souffrances a adressé sa demande d'euthanasie à un remplaçant. Celui-ci a engagé la procédure et fait appel à un consultant du SCEN. La patiente a réitéré sa demande d'euthanasie au retour de son médecin généraliste, qui a ensuite pratiqué l'interruption de la vie.

La patiente, sexagénaire, souffrait d'un carcinome du pancréas avec métastases pulmonaires, diagnostiqué environ six mois avant le décès. Toute guérison était exclue. La patiente ne recevait plus que des soins palliatifs.

Ses souffrances étaient dues à un essoufflement sévère, s'aggravant rapidement malgré l'administration d'oxygène. La patiente ne pouvait plus parler qu'avec difficulté et toussait beaucoup. Elle était épuisée et redoutait la dégradation de son état et la déchéance.

Elle 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 prédominantes.

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

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.

11 www.euthanasiecommissie.nl

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

Huit jours avant le décès, la patiente demanda la mise en œuvre effective de l'euthanasie au collègue de son médecin généraliste, qui le remplaçait temporairement. La veille du décès, la patiente réitéra sa demande devant le généraliste qui était de retour. Elle la répéta encore le jour suivant.

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

Au nom du généraliste, son collègue fit appel à un médecin du SCEN comme consultant indépendant. Celui-ci se rendit auprès de la patiente quatre jours avant l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le collègue et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente.

Le compte rendu du consultant résume le déroulement de la maladie et les souffrances de la patiente.

Il conclut, notamment sur la base de l'entretien mené avec celle-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 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 avis quant au respect des critères de rigueur. Le médecin a pratiqué l'interruption de la vie sur demande avec toute la rigueur médicale requise.

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

CAS 2015-35 NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

CAS 2015-01 NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

CAS 2015-59

Concernant les patients mineurs, voir le code de déontologie, p. 25. Pour le texte intégral, voir le jugement 2015-59.

CONCLUSION : RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

CRITÈRE DE RIGUEUR : demande volontaire et mûrement réfléchie

POINT À CONSIDÉRER : capacité à exprimer sa volonté, la demande étant faite par un enfant mineur âgé de 16 à 18 ans (art. 2, paragraphe 3 de la loi WTL)

RÉSUMÉ : Une leucémie myéloïde aiguë (LMA) a été constatée pour la seconde fois chez la patiente. Lors de la première atteinte, une transplantation de cellules souches avait été pratiquée et la patiente a refusé de subir à nouveau ce traitement. Elle éprouvait des souffrances insupportables dues à la douleur, à la fatigue et aux nausées, ainsi qu'à la perte de contrôle de sa vie, et demandait l'euthanasie. Selon la commission, il apparaît que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie. Ses parents ont été associés à la décision. Le médecin a agi conformément à l'article 2, paragraphe 3, de la loi WTL concernant les patients mineurs âgés de 16 à 18 ans.

La patiente, une mineure de plus de 16 ans, souffrait d'une leucémie myéloïde aiguë, diagnostiquée au printemps 2015. Déjà atteinte une première fois d'une LMA en 2013, elle avait alors subi une transplantation de cellules souches. Compte tenu de la faible probabilité de succès de ce traitement et de sa pénibilité, la patiente refusait une nouvelle transplantation. Ses souffrances étaient dues à la douleur, à la fatigue et aux nausées, et plus encore à la perte de contrôle sur sa vie. Sachant qu'elle n'avait plus que quelques semaines à vivre, elle voulait décider de ses derniers instants.

Deux jours avant le décès, elle avait demandé au médecin la mise en œuvre effective de l'euthanasie.

Concernant la demande de la patiente, la commission a considéré ce qui suit. L'article 2, paragraphe 3, de la loi WTL stipule que 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 ou les parents exerçant l'autorité parentale ou le tuteur ont été associés à la décision. La commission juge que dans le présent cas le médecin pouvait donner suite à la demande. Il ressort des informations qu'il a fournies que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie. Ses parents ont été associés à la décision afférente.

CAS 2015-26 NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

CAS 2015-40 NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

CAS 2015-52

Concernant les points à considérer concernant le testament de vie, voir le code déontologique, p. 23 et suivantes. Pour le texte intégral, voir le jugement 2015-52 sur le site internet.

CONCLUSION : RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

CRITÈRE DE RIGUEUR : demande volontaire et mûrement réfléchie

POINTS À CONSIDÉRER : testament de vie, souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, information du patient, absence d'autre solution raisonnable, conclusion du consultant

RÉSUMÉ : Suite à un AVC massif, la patiente n'était plus en état de communiquer. Elle avait déjà parlé d'euthanasie avec son médecin et rédigé un testament de vie. Considérant ce document, le dossier médical, les informations fournies par le médecin et les entretiens avec les proches, le consultant a conclu que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie. Il a pu appréhender le caractère insupportable de ses souffrances et l'a jugé manifeste. Toute amélioration de la situation était exclue. Il ressortait des informations fournies par le médecin qu'il avait déjà amplement parlé avec la patiente de la survenue de la situation présente et qu'ils étaient parvenus ensemble à la conclusion qu'il n'y aurait alors plus d'autre solution raisonnable.

Deux semaines avant l'euthanasie, un infarctus cérébral sévère avait frappé la patiente, octogénaire, entraînant une hémiplégie et une aphasie complète, ainsi qu'un trouble important de la compréhension.

Durant la dernière année, l'état de la patiente s'était progressivement dégradé ; plusieurs AVC et AIT avaient provoqué un début de démence vasculaire. La rééducation n'était plus possible, la zone cérébrale étant trop sévèrement atteinte. Toute guérison était exclue. Les souffrances de la patiente étaient dues au fait de ne plus rien pouvoir faire et d'être totalement dépendante. Des troubles d'équilibre du tronc l'empêchaient de rester assise dans son fauteuil roulant. Elle ne comprenait que peu de choses et n'était presque plus capable de communiquer. Son comportement traduisait ses souffrances, que confirmait aussi son gériatre. La patiente allait devoir être placée dans un établissement de long séjour, où elle végéterait.

Elle avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin. Dans les mois précédant l'interruption de la vie, elle avait à diverses reprises indiqué avec force à son généraliste, au gériatre et sa famille qu'elle ne voulait pas se retrouver dans un état de démence totale, comme cela avait été le cas de sa mère. Elle avait insisté sur le fait qu'elle voudrait une euthanasie dès qu'elle serait dépendante et devrait être placée dans un établissement de long séjour.

Quelques jours avant le décès, la patiente avait pu dans un moment de lucidité faire clairement comprendre à sa fille, en présence de tiers, qu'elle souhaitait effectivement une euthanasie.

Son testament de vie précisant dans quelle situation elle souhaitait une euthanasie avait été actualisé peu de mois auparavant.

Le consultant indépendant du SCEN contacté par le médecin s'était rendu auprès de la patiente deux jours avant l'interruption de la vie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente. Durant la visite, la patiente était somnolente. Le consultant s'était entretenu avec les proches, qui avaient confirmé et expliqué sa demande, telle que décrite dans le testament de vie. L'attitude de la patiente avait permis au consultant de conclure que son état était celui dans lequel elle avait déclaré ne pas vouloir se retrouver. Il n'y avait aucune perspective raisonnable de retour à une existence qu'elle puisse considérer comme digne.

Le consultant avait conclu au respect des critères de rigueur, notamment sur la base de son

entretien avec les proches et le personnel soignant, ainsi que du dossier et du testament de vie.

Concernant le *caractère volontaire et mûrement réfléchi* de la demande, la commission a considéré ce qui suit.

Le médecin était persuadé que la patiente se trouvait dans la situation qu'elle avait par avance indiqué ne pas vouloir subir. Il voulait tenir son engagement et la délivrer de ses souffrances. Compte tenu du testament de vie, de ses entretiens antérieurs avec la patiente et de la demande d'euthanasie émise quelques jours avant le décès, le médecin était persuadé du caractère volontaire et mûrement réfléchi de cette demande.

Considérant les informations susmentionnées, la commission estime que le médecin a pu acquérir cette conviction.

Au vu des rapports médicaux, l'importance de l'infarctus cérébral excluait toute rééducation. Les souffrances de la patiente étaient objectivement dépourvues de toute perspective médicale.

Le médecin, le consultant et le gériatre étaient convaincus des souffrances insupportables de la patiente, que traduisaient son attitude et ses mimiques. Il était également clair que la patiente n'avait plus rien qui donne un sens à sa vie. Ses souffrances correspondaient à ce qu'elle avait antérieurement défini, par écrit et oralement, comme étant pour elle insupportables. Considérant les informations susmentionnées, la commission estime que le médecin a pu acquérir la conviction que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration.

La commission estime que le médecin, considérant ses entretiens antérieurs avec la patiente, le testament de vie, le dossier médical et la concertation avec les enfants de celle-ci, a pu acquérir la conviction que le critère d'information était rempli et qu'il n'y avait pas d'autre solution raisonnable.

Il était impossible au consultant de communiquer avec la patiente. Considérant le testament de vie, le dossier médical, les informations fournies par le médecin et les entretiens avec les proches, il a conclu que la demande d'euthanasie de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie. Il a estimé que le caractère insupportable des souffrances était manifeste et pouvait être appréhendé, et qu'il n'y avait aucune perspective d'amélioration. Il ressortait des informations du médecin qu'il avait déjà amplement parlé avec la patiente de la survenue de la situation présente. Ils étaient parvenus ensemble à la conclusion qu'il n'y aurait alors pas d'autre solution raisonnable. En conclusion, le consultant a considéré que les critères de rigueur étaient remplis.

SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION

CAS 2015-82

Dans le cas étudié, l'état de conscience minimale de la patiente, dû à l'administration de médicaments, était en principe réversible.

Concernant divers points généraux relatifs aux souffrances insupportables, voir le code de déontologie, p. 13 ; concernant l'état de conscience minimale, idem, p. 29 et suivantes.

Pour le texte intégral, voir le jugement 2015-82 sur le site internet.

CONCLUSION : RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

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

POINTS À CONSIDÉRER : état de conscience minimale, pas de signes visibles de souffrance

RÉSUMÉ : Alors que la procédure d'euthanasie était lancée, l'état de la patiente, atteinte d'une grave pathologie pulmonaire, s'est aggravé la veille du décès au point qu'il a fallu la placer sous sédation. Malgré cet état de conscience minimale, l'euthanasie a été pratiquée, ce que la commission estime justifié.

La patiente, sexagénaire, souffrait d'une fibrose pulmonaire diagnostiquée vingt ans avant le décès. Elle avait depuis connu plusieurs épisodes d'infection des voies respiratoires. Son état s'était d'abord lentement dégradé, puis aggravé de plus en plus rapidement après chaque infection. Ses souffrances étaient insupportables. Toute guérison était exclue. La patiente ne recevait plus que des soins palliatifs.

Elle avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin et environ un mois avant le décès elle en avait demandé la mise en œuvre effective. Le consultant appelé considérait que les critères de rigueur étaient remplis.

La veille de l'euthanasie prévue, l'état de la patiente se dégradait rapidement et son essoufflement s'accrut. Pour lui permettre de mieux dormir, on lui administra de la morphine, après concertation. Quelques heures plus tard, la respiration de Cheyne-Stokes se manifesta ainsi qu'une somnolence, mais la patiente réagissait aux stimuli et était parfois agitée. En concertation avec ses proches, la décision fut prise de pratiquer l'euthanasie prévue, le médecin et la famille étant convaincus qu'elle ne voulait pas rester dans cet état.

La commission a considéré ce qui suit : la patiente avait déjà formulé une demande concrète d'euthanasie et avait été examinée par un consultant deux jours avant l'interruption de la vie. Il ressortait du rapport du médecin qu'au moment de l'euthanasie la patiente était somnolente suite à l'administration de morphine. Cet état de conscience minimale était un effet secondaire involontaire des médicaments administrés pour combattre les symptômes dans le cadre des soins palliatifs. Il aurait sans doute été réversible à l'arrêt des médicaments, et la patiente aurait alors de nouveau ressenti des souffrances insupportables. Cela étant, le caractère éventuellement réversible de l'état de conscience minimale ne justifie donc pas d'en faire sortir le patient, ce qui est même considéré comme indésirable. Compte tenu des circonstances, la commission estime qu'il était justifié de pratiquer l'euthanasie, y compris en l'absence de signes visibles de souffrance (cf. la directive de la KNMG sur l'euthanasie en état de conscience minimale, paragraphe 3.3, p. 31).

CAS 2015-84 NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

INFORMATION DU PATIENT

Aucune étude de cas n'a été spécifiquement consacrée à ce critère de rigueur. Voir par exemple les cas 2015-01 et 2015-52.

ABSENCE D'AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

Ce critère de rigueur doit être considéré en lien avec l'absence de perspective d'amélioration. Pour plus de précisions, voir le code de déontologie, p. 13 et 15. Aucune étude de cas n'a été spécifiquement consacrée à ce critère de rigueur. Voir par exemple les cas 2015-26, 2015-52 et 2015-01.

CONSULTATION D'UN MÉDECIN INDÉPENDANT

CAS 2015-56

En 2015 comme au cours des années précédentes, 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. Pour le texte intégral, voir le jugement 2015-56 sur le site internet.

CONCLUSION : RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

CRITÈRE DE RIGUEUR : consultation d'un médecin indépendant

POINTS À CONSIDÉRER : euthanasie simultanée des conjoints, avis d'un consultant indépendant

RÉSUMÉ : Atteint d'un carcinome pulmonaire métastasé, le patient a formulé sa demande d'euthanasie quelques jours après que sa femme eut fait de même. Leurs médecins respectifs ont fait appel à un seul consultant, qui s'est entretenu en même temps avec les deux époux. Les médecins et le consultant ont déclaré s'être au préalable longuement concertés à ce sujet. La commission juge que, même si un choix réfléchi a conduit à faire appel à un consultant pour les deux époux, celui-ci aurait dû mener deux entretiens séparés. La commission ne doute cependant pas de son indépendance de jugement.

Le patient, septuagénaire, souffrait d'un carcinome pulmonaire métastasé, diagnostiqué plus d'un an avant le décès. Toute guérison était exclue. Neuf jours avant le décès, le patient demanda à son médecin la mise en œuvre effective de l'euthanasie. Dans les jours précédents, son épouse avait formulé pour elle-même une demande identique auprès de son propre médecin.

Le praticien fit appel à un médecin indépendant du SCEN comme consultant. Celui-ci se rendit auprès du patient et de son épouse cinq jours avant l'euthanasie, après avoir été informé du cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente. Il n'effectua pas d'entretien en tête-à-tête avec le patient. Dans son rapport, il conclut, notamment sur la base de sa visite, au respect des critères de rigueur.

Les médecins et le consultant ont déclaré dans leurs explications complémentaires écrites qu'ils s'étaient longuement concertés sur cette situation particulière. Les deux patients étaient en phase terminale et leur espérance de vie n'excédait pas quelques semaines. Les médecins ayant pratiqué l'euthanasie avaient suivi le cheminement de leur patient respectif et étaient convaincus que les demandes résultaient d'une décision indépendante. Il n'y avait aucun doute quant au caractère insupportable des souffrances ni au fait que la demande soit volontaire et mûrement réfléchie. Durant sa visite, le consultant s'était chaque fois tourné vers celui des conjoints qui prenait la parole et il avait eu l'impression de mener deux entretiens. Il était convaincu de l'indépendance de son jugement.

La commission estime que, dans le cas de demandes 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 particulièrement veiller à préserver dans chaque cas l'indépendance de son jugement. La commission considère que le consultant doit en principe s'entretenir en tête-à-tête avec les deux patients afin d'établir le caractère entièrement volontaire de la demande. Il peut cependant arriver que les circonstances se prêtent mal à un tel entretien. Considérant les rapports du médecin et du consultant ainsi que le reste du dossier, la commission ne doute pas de l'indépendance de jugement du consultant (dans les deux cas).

CAS 2015-23 NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

RIGUEUR MÉDICALE

CAS 2015-28 NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

CAS 2015-29

Pour le texte intégral, voir le jugement 2015-29 sur le site internet.

CONCLUSION : NON RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

CRITÈRE DE RIGUEUR : rigueur médicale

POINTS À CONSIDÉRER : Directive de la KNMG et de la KNMP « Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide », vérification du coma

RÉSUMÉ : Lors de l'euthanasie, le médecin n'a pas administré les 1 000 mg de propofol préconisés par la directive de la KNMG et de la KNMP « Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide » (août 2012) mais seulement 200 mg de ce produit, pensant que la patiente était plongée dans le coma. Le médecin n'ayant pas procédé à une vérification correcte de son état, on ne peut exclure que le coma n'ait pas été assez profond et que la patiente ait ressenti les effets du myorelaxant. En conséquence de quoi, le médecin n'a pas procédé à l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise.

La patiente était atteinte d'une leucémie myéloïde aiguë. Le médecin a pratiqué l'interruption de la vie sur demande en administrant par voie intraveineuse 200 mg de propofol et 100 mg de rocuronium, après quoi le décès est survenu.

Le médecin a indiqué dans ses explications complémentaires écrites qu'il n'avait procédé à aucun test de vérification de la profondeur du coma. Il ne voulait pas le faire en présence du mari et des enfants de la patiente, cela lui semblant indélicat et peu conforme à l'éthique. Il a considéré qu'administrer plus de 200 mg de propofol à une personne manifestement plongée dans un coma était inutile et contraire à la déontologie. De plus, il ne voulait pas fragiliser encore davantage les voies veineuses avec un surplus de liquide irritant.

La commission a invité le médecin à venir s'expliquer devant elle. Elle lui a demandé pourquoi il avait pratiqué l'euthanasie en administrant seulement 200 mg de propofol au lieu des 1 000 mg préconisés par la directive de la KNMG et de la KNMP « Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide » (août 2012). Il a répondu qu'il était convaincu que la patiente était déjà plongée dans un coma très profond après l'injection de 200 mg de propofol et qu'il était donc inutile d'en administrer davantage. Il a indiqué administrer le produit aussi longtemps qu'il le juge nécessaire. Selon ses dires, il examine à chaque

étape, tout au long du processus de mise en œuvre, s'il doit continuer à administrer le produit concerné ; il arrête dès lors qu'il juge que l'objectif est atteint. À la question de la commission, il a indiqué qu'injecter une trop forte quantité lui semble contraire à la déontologie. En outre, dans le cas présent, l'injection était délicate compte tenu de la fragilité de la veine de la patiente ; il craignait donc que poursuivre l'administration du propofol compromette celle du rocuronium. Selon le médecin, la patiente était plongée dans un coma profond car elle dormait profondément, sa respiration était réduite et son pouls faible. Elle n'était plus du tout en état de communiquer. À la question de la commission, le médecin a indiqué qu'il n'avait pas vérifié les réflexes, tels que réflexe ciliaire ou cornéen, ni la réaction à un stimulus douloureux, tels que la pression sur la matrice unguéale ou le pincement du trapèze ; il avait seulement exercé un léger stimulus douloureux sur la main de la patiente, sans obtenir de réaction. Le médecin a déclaré qu'il avait omis de mentionner ce fait dans ses réponses aux précédentes questions écrites de la commission, mais qu'il avait bien exercé un stimulus douloureux sur la main. Il n'avait pas effectué d'autre test parce que, selon ses explications, il devait pour cela se lever et contourner le lit, ce qu'il trouvait gênant pour la famille.

Concernant la mise en œuvre de l'euthanasie, la commission a considéré ce qui suit. Il ressort du dossier et de l'entretien avec le médecin que celui-ci a administré 200 mg de propofol au lieu des 1 000 mg préconisés dans la directive de la KNMG et de la KNMP « Pratique de l'euthanasie et aide au suicide » (août 2012). Il a ainsi utilisé une trop faible dose de produit inducteur de coma. La commission souligne que l'utilisation des produits préconisés par la directive est essentielle, tout comme le respect de la posologie adéquate, afin que le patient ne ressente pas les effets du myorelaxant (mort par asphyxie). C'est pourquoi la directive stipule qu'il importe de vérifier le coma provoqué par les médicaments avant d'administrer le myorelaxant. Après l'injection de 200 mg de propofol, le médecin, selon sa réponse écrite aux précédentes questions de la commission, a constaté que la patiente était plongée dans un profond coma, avec une respiration réduite et rauque. Il n'a procédé à aucun autre test pour vérifier la profondeur du coma. Devant la commission, il a déclaré avoir exercé un léger stimulus douloureux sur la main de la patiente mais n'en a pas fait état lors de ses explications écrites ; ces deux déclarations sont donc contradictoires. La commission juge que même s'il a effectivement exercé le stimulus mentionné, celui-ci ne constitue pas une vérification correcte du coma : il est établi qu'il n'a pas contrôlé l'absence de réflexes, tel que le réflexe ciliaire, ou de réaction à la douleur (par exemple en pinçant la matrice unguéale ou le trapèze). En conséquence, la commission conclut que le médecin n'a pas effectué de vérification correcte du coma. Il était ici d'autant plus important de contrôler ce point que la dose de propofol utilisée était inférieure à celle recommandée. La commission estime qu'on ne peut exclure que la patiente n'ait pas été plongée dans un coma suffisamment profond pour ne pas ressentir les effets du myorelaxant, à savoir une asphyxie mortelle. Considérant ce qui précède et la corrélation entre ces éléments, la commission juge que le médecin n'a pas pratiqué l'interruption de la vie sur demande avec toute la rigueur médicale requise. L'explication qu'il a donnée, selon laquelle la totalité du propofol n'a pas été administrée à cause de la fragilité de la voie veineuse, n'y change rien. Ce jugement ne tient pas compte du fait qu'il a administré une dose insuffisante de rocuronium.

CAS 2015-81 NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

CAS 2015-22

*Pour le texte intégral,
voir le jugement 2015-
22 sur le site internet.*

CONCLUSION : RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

CRITÈRE DE RIGUEUR : rigueur médicale

POINTS À CONSIDÉRER : kit de réserve, signalement NVO

RÉSUMÉ : Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie a administré par voie intraveineuse 2 000 mg de thiopental puis 150 mg de rocuronium. La mort n'étant pas survenue, le médecin a utilisé ses produits de réserve, après quoi la patiente est décédée. Le médecin a pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise.

La patiente, âgée de plus de 95 ans, souffrait depuis des années d'angine de poitrine, d'ostéoporose et de tassement vertébral évoluant négativement, ainsi que d'asthme évolutif et de pneumonies récidivantes. Son état s'aggrava au cours des mois précédant le décès. Toute guérison était exclue. La patiente ne recevait plus que des soins palliatifs. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables.

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

Six jours avant son décès, elle demanda au médecin la mise en œuvre effective de l'euthanasie.

Le médecin pratiqua l'interruption de la vie sur demande en administrant par voie intraveineuse 2 000 mg de thiopental et 150 mg de rocuronium. Après une vingtaine de minutes, la mort n'étant pas survenue – vraisemblablement parce que l'écoulement de la perfusion n'était pas intraveineux mais sous-cutané –, le médecin administra par une autre voie intraveineuse les produits de réserve, à savoir 2 000 mg de thiopental puis 150 mg de rocuronium.

Le médecin a pratiqué l'interruption de la vie sur demande avec toute la rigueur médicale requise.

TROUBLES PSYCHIATRIQUES

CAS 2015-21

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de troubles psychiatriques, voir le code de déontologie, p. 26 et suivantes. Pour le texte intégral, voir le jugement 2015-21 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 : Son psychiatre n'ayant pas donné suite à sa demande d'euthanasie, la patiente, atteinte de troubles psychiques résistant aux traitements, a fait appel à la SLK. Après s'être concerté avec les psychiatres qui la suivaient et avoir demandé l'avis de deux psychiatres indépendants, le médecin de la SLK est parvenu à la conviction que les critères de rigueur étaient remplis.

La patiente, quadragénaire, souffrait depuis des années, très vraisemblablement d'un trouble de la personnalité avec des caractéristiques borderline et d'évitement, ayant entraîné une dépression chronique et un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) s'accompagnant de troubles dissociatifs avec des épisodes d'automutilation sévère. Dans sa jeunesse, elle avait subi un grave traumatisme.

La patiente avait suivi des traitements poussés : traitements médicamenteux, psychothérapie ambulatoire, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie de groupe et thérapie axée sur le traitement du traumatisme. Elle essayait tous les traitements proposés, qui n'avaient cependant pas d'effet positif durable sur ses troubles.

Toute guérison était exclue. La patiente ne recevait plus que des soins palliatifs.

Ses souffrances étaient dues aux souvenirs et aux épisodes de dissociation suivis d'automutilation sévère. La patiente était constamment occupée par ses pensées, dont elle ne parvenait pas à arrêter le cours. Elle se sentait fatiguée et seule, elle n'entrevoit plus la moindre lueur d'espoir et ne pouvait plus supporter l'idée de rester toute sa vie en proie à la dépression et à des épisodes de dissociation entraînant l'automutilation. Elle souffrait de l'absence de perspective d'amélioration.

La patiente ressentait ses souffrances comme insupportables.

Quatre mois avant le décès, elle parla pour la première fois d'euthanasie avec le médecin de la SLK et lui demanda directement la mise en œuvre effective de l'interruption de la vie. Par la suite, ils avaient encore eu cinq entretiens. Le médecin avait aussi parlé avec les spécialistes qui traitaient la patiente.

Il avait demandé une seconde opinion à deux psychiatres indépendants qui conclurent que la patiente était apte à exprimer sa volonté et que sa demande d'euthanasie était volontaire et mûrement réfléchie. Ils avaient pu appréhender le caractère insupportable de ses souffrances. Selon eux, il n'y avait pas de réelle perspective d'amélioration de sa qualité de vie en l'état actuel des connaissances scientifiques.

Le médecin consultant jugea que les critères de rigueur étaient respectés.

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.

Sur une durée d'environ quatre mois et en concertation avec les psychiatres traitants, il a eu six entretiens avec la patiente, au cours desquels ont été soigneusement examinées les possibilités de traitement encore envisageables.

Le médecin a également demandé une seconde opinion à deux psychiatres indépendants et fait appel à un consultant indépendant. Considérant notamment leurs conclusions,

le médecin est parvenu à la conviction que les critères de rigueur étaient remplis, en particulier ceux relatifs à la capacité d'exprimer sa volonté, à l'absence de perspective d'avenir et aux possibilités réelles de traitement.

CAS 2015-46 NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

DÉMENCE

CAS 2015-66 NE FIGURE PAS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

CAS 2015-107

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 du code de déontologie. Pour en savoir plus sur le guide, récemment paru, concernant les demandes écrites d'euthanasie, voir chapitre 1, Autres évolutions. Pour le texte intégral, voir le jugement 2015-107 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

POINTS À CONSIDÉRER : démence avancée, testament de vie

RÉSUMÉ : La patiente, atteinte de la maladie d'Alzheimer, ressentait comme des souffrances insupportables l'altération de ses capacités cognitives, les troubles phasiques, praxiques et touchant ses fonctions exécutives, ainsi que sa perte grandissante d'autonomie. Le placement en établissement de long séjour devenant nécessaire, elle a fait une demande d'euthanasie. Son testament de vie était à jour. Le médecin de la SLK qui la suivait depuis une longue période a consulté un gériatre et deux praticiens du SCEN. Pour le second, également gériatre, le souhait de la patiente était effectif et sa demande d'euthanasie concrète. Le médecin a pu acquiescer à la conviction que la demande était volontaire et mûrement réfléchie, que les souffrances revêtaient un caractère insupportable et qu'il n'y avait pas d'autre solution raisonnable.

La patiente, septuagénaire, était atteinte de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée environ trois ans avant le décès. Elle refusait l'accueil en centre de jour, l'intervention d'un coordinateur démence et les contrôles du gériatre.

Ses souffrances provenaient de l'altération de ses capacités cognitives, de troubles phasiques, praxiques et touchant ses fonctions exécutives ainsi que de sa dépendance croissante envers son mari. Un de ses parents avait été atteint de démence et avait été placé dans un établissement de long séjour où il pleurait beaucoup. La patiente avait toujours indiqué qu'elle trouvait cela dégradant et inhumain et ne voulait jamais se retrouver dans une telle situation de dépendance et de chagrin ni être hospitalisée dans un établissement de long séjour. Son mari ne parvenant plus à faire face à la situation, un placement avait été prescrit et était imminent. Les souffrances de la patiente étaient insupportables et dues à l'absence de perspective d'amélioration, à l'angoisse et à l'incertitude, et à la crainte de voir, comme elle le redoutait, sa maladie évoluer comme celle de son parent et de se retrouver dans un établissement de long séjour.

Elle avait déjà parlé d'euthanasie avec son généraliste. Celui-ci ne pouvant donner suite à sa demande, elle s'était adressée à la SLK. Durant plus de deux ans et demi, un médecin de l'association avait accompagné la patiente dans son souhait d'euthanasie, effectuant plusieurs visites et correspondant par e-mail avec son mari.

Le médecin consulta un gériatre qui examina la patiente un peu plus d'un mois avant le décès afin d'évaluer sa capacité à exprimer sa volonté. Le gériatre constata un stade avancé

du syndrome de démence ainsi que l'absence de signes d'un trouble de l'humeur sous-jacent. Il lui était cependant impossible de se prononcer sur la capacité à exprimer sa volonté de la patiente, celle-ci n'ayant à aucun moment manifesté spontanément le souhait de mourir.

Trois semaines et demie avant le décès, la patiente demanda au médecin la mise en œuvre concrète, à brève échéance, de l'interruption de la vie. Son mari ne parvenant plus à assumer les soins, la patiente allait devoir être placée en établissement de long séjour. Elle indiqua qu'elle s'y refusait et voulait mourir.

Selon le médecin, la patiente était apte à exprimer sa volonté, et sa demande volontaire et mûrement réfléchie.

Le praticien fit appel à deux médecins indépendants du SCEN comme consultants. Le premier vit la patiente trois semaines avant le décès.

Selon lui, la patiente présentait les symptômes d'un stade avancé de démence. Sa demande d'euthanasie dans le cas où un placement serait nécessaire était cohérente et elle pouvait l'argumenter. Elle montrait la même fermeté dans son affirmation que pour le moment elle ne voulait pas demander l'euthanasie. Le premier consultant conclut, considérant notamment son entretien avec la patiente, que les critères de rigueur n'étaient pas remplis, en l'absence de demande concrète d'interruption de la vie. Il conseilla au médecin de consulter un praticien du SCEN plus spécialisé et prit contact avec un collègue de son groupe d'analyse des pratiques professionnelles, spécialiste de la médecine gériatrique, disposé à pratiquer à court terme un nouvel examen. Le médecin suivit ce conseil.

Le deuxième consultant examina donc la patiente onze jours avant le décès, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente. Selon lui, la patiente indiqua qu'elle perdait constamment tout et que son besoin d'aide grandissait, ce qu'elle trouvait grave. Lorsqu'ils parlèrent de l'avenir, le consultant lui dit que dans les cas de démence – un terme que la patiente connaissait – il fallait s'attendre à ce que cela empire : cette maladie du cerveau exclut toute amélioration. La patiente dit alors spontanément « Mais cela suffit » et « Je ne veux plus ». À la question du consultant demandant qu'est-ce qui suffisait, elle dit : « Tout ; rien ne va plus, toujours quelque chose de plus. » À la question sur ce que signifiait qu'elle ne voulait plus, elle dit : « Je veux mourir. » Le consultant ayant demandé si elle voulait mourir maintenant, elle dit : « Oui, je veux mourir. » Elle énonça ces phrases de façon forte et convaincante, spontanément et sans intervention de son mari. Il était clair qu'elle souffrait beaucoup et que vouloir mourir était pour elle une préoccupation actuelle.

Le consultant était convaincu que sa demande était volontaire, compte tenu notamment de la conviction et de la spontanéité avec lesquelles elle avait évoqué durant l'entretien son souhait de mourir. Selon le consultant, la demande était mûrement réfléchie, vu les entretiens documentés et l'accompagnement prolongé qu'elle avait demandé et obtenu du médecin.

Le second consultant conclut, notamment sur la base de son entretien avec la patiente, au respect des critères de rigueur.

Le médecin pratiqua l'aide au suicide. La patiente prit elle-même le gobelet qu'il lui tendit et but la préparation barbiturique, même si son goût lui déplaisait manifestement.

Concernant *le caractère volontaire et mûrement réfléchi* de la demande, la commission a considéré ce qui suit. Le testament de vie de la patiente inclus au dossier comporte une clause particulière « démence » ; signé en août 2009, il a ensuite été confirmé à plusieurs reprises.

En janvier 2013, huit mois après le diagnostic d'Alzheimer, la patiente a rédigé des directives anticipées dans lesquelles elle indiquait avoir été très affectée par le processus de démence de l'un de ses parents, qu'elle n'a jamais oublié et qui a fortement influencé sa vision de

la vieillesse. Elle a depuis affirmé, y compris par écrit, qu'elle ne voulait pas que sa vie se termine ainsi. Perdre sa dignité et le contact avec ses proches, être dépendante, placée en institution : subir tout cela constituait pour elle une souffrance insupportable. Elle voulait continuer à vivre chez elle aussi longtemps que possible, avec l'aide de son mari. Lorsque l'aggravation de son état mental ou physique ne le permettrait plus, il serait temps pour elle de mettre en œuvre une fin de vie digne et volontaire.

En janvier 2013, la patiente a fait appel à la SLK et la première visite du médecin a suivi. Ils ont convenu ensemble que le mari surveillerait le moment de l'euthanasie et que le médecin resterait en contact avec lui par e-mail. Durant deux ans et demi, le médecin a vu la patiente à plusieurs reprises et a échangé divers e-mails avec elle et son mari. Quelque sept semaines avant le décès, ce dernier a indiqué que s'occuper de la patiente devenait trop lourd, vu l'aggravation de son état.

Le médecin a alors commencé à évaluer la demande d'euthanasie et la capacité présente de la patiente à exprimer sa volonté. Le gériatre auquel il a fait appel n'a pas pu juger de cette aptitude concernant le souhait d'euthanasie, la patiente ne l'exprimant pas à ce moment-là. Trois semaines et demie avant le décès, la patiente a demandé au médecin la mise en œuvre concrète, à brève échéance, de l'interruption de la vie. Son mari ne parvenant plus à assumer les soins, la patiente allait devoir être placée en établissement de long séjour. Elle a indiqué qu'elle s'y refusait et voulait mourir. Selon le médecin, la patiente était apte à exprimer sa volonté, et sa demande volontaire et mûrement réfléchie. Le médecin a enregistré cet entretien sur son iPad et l'a retranscrit, puis a consulté un médecin du SCEN ; celui-ci a jugé que la demande d'euthanasie dans le cas où un placement dans un établissement de long séjour serait nécessaire était cohérente et que la patiente pouvait l'argumenter. Elle montrait la même fermeté dans son affirmation que pour le moment elle ne voulait pas demander l'euthanasie.

Le consultant a conseillé au médecin de faire appel à un praticien plus spécialisé. Ce dernier, un spécialiste en médecine gériatrique affilié au SCEN, a vu la patiente onze jours avant le décès. Elle lui a spontanément déclaré que cela suffisait et qu'elle souhaitait mourir. Le consultant a été convaincu que sa demande était volontaire, compte tenu notamment de la conviction et de la spontanéité avec lesquelles elle a évoqué durant l'entretien son souhait de mourir. Selon lui, la demande était mûrement réfléchie, vu les entretiens documentés et l'accompagnement prolongé qu'elle avait demandé et obtenu du médecin.

Considérant ce qui précède, la commission juge que le médecin a pu raisonnablement conclure au caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande. Si à certains moments la patiente n'a pas exprimé de souhait manifeste de mourir, elle l'a clairement fait au cours de ses entretiens avec le médecin et avec le second consultant – spécialiste de médecine gériatrique : elle a clairement dit vouloir mourir dès lors que son mari ne pourrait plus s'occuper d'elle et qu'elle ne pourrait plus rester chez elle en raison de sa perte totale d'autonomie.

Concernant le caractère insupportable des souffrances, la commission a considéré ce qui suit.

Dans son testament de vie, la patiente a clairement indiqué les circonstances qu'elle considérerait comme sources de souffrances insupportables et dans lesquelles elle souhaitait l'interruption de la vie.

Dans les nombreux entretiens qu'elle et son mari ont eu avec le médecin à ce propos, elle a aussi précisé défini en quoi consistait pour elle le caractère insupportable des souffrances.

Lorsqu'elle a demandé la mise en œuvre concrète de l'euthanasie, elle ressentait effectivement de telles souffrances, notamment dues à sa perte de contrôle mentale et physique, à son angoisse et son incertitude et à sa totale perte d'autonomie. Elle se trouvait à

ce moment-là dans la situation qu'elle avait auparavant décrite dans son testament de vie et ses nombreux entretiens avec le médecin comme source de souffrances insupportables. C'est pourquoi la commission juge que le médecin a raisonnablement pu acquérir la conviction qu'au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie les souffrances de la patiente revêtaient un caractère insupportable.

La commission s'est également demandé s'il existait d'autres solutions raisonnables : le recours au service de soins à domicile aurait pu soulager le mari et permettre de repousser le placement dans un établissement de long séjour.

Mais la patiente a explicitement déclaré dans son testament de vie que son mari assumerait le rôle d'aidant et que lorsqu'il ne le pourrait plus il serait temps pour elle de mettre en œuvre la fin de vie volontaire. Pour elle comme son mari, le recours à une aide extérieure ne constituait pas une autre solution raisonnable : ils ont refusé la proposition de soins à domicile.

La mise en œuvre de l'euthanasie dès lors que le mari n'a plus pu assumer les soins est conforme au testament de vie que la patiente avait rédigé. Le médecin est parvenu, en concertation avec elle, à la conclusion qu'il n'existait dans son état aucune autre solution raisonnable.

Ch.4

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, paragraphe 1, 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 découle de la loi sur les pompes funèbres (article 7, paragraphe 2).

Le médecin joint au signalement un *rapport motivé* au médecin légiste, justifiant du respect des critères de rigueur. Pour rédiger ce rapport (de préférence par voie numérique), il peut s'appuyer sur un modèle à remplir, disponible sur le site internet des commissions¹². 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 ou 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 fait également parvenir à la commission 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

La loi WTL prévoit que les commissions régionales de contrôle sont chargées de juger si le médecin a agi conformément aux critères de rigueur prévus à l'article 2.

Le praticien doit ainsi pouvoir les convaincre que les critères c (information du patient), e (consultation d'un médecin indépendant) et f (rigueur médicale) ont été remplis ; il doit aussi démontrer que, compte tenu des circonstances, il a *raisonnablement* pu acquérir la conviction que les critères a (demande volontaire et mûrement réfléchie), b (souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration), et d (absence d'autre solution raisonnable) étaient respectés. (Les juristes parlent pour les trois derniers critères de contrôle marginal.)

¹² www.euthanasiacommissie.nl

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/juriste 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 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 dont les souffrances sont dues à la démence, à un trouble psychiatrique ou à des 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 n° 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 (voir paragraphe afférent). Ces points sont précisés dans l'accusé de réception adressé au médecin signaleur.

Si la commission conclut que le médecin a respecté tous les critères de rigueur, la phase de contrôle et d'évaluation est alors achevée et l'affaire close.

Dans le cas contraire, 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 (article 9, paragraphe 2 de la loi WTL). 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) sont reprises dans le rapport annuel.

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 des commissions

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, comme cela se produit régulièrement, 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 à 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. Les membres médecins se réunissent au moins une fois par an, de même que les éthiciens. 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 jugements 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 prioritaire¹³.

Les commissions concrétisent par ailleurs leur mission d'information¹⁴ par des présentations dans les GGD (dispensaires municipaux), devant les associations de médecins généralistes et les délégations étrangères, dans lesquelles ils s'appuient sur des cas concrets pour expliquer la procédure en vigueur et les critères de rigueur.

¹³ www.euthanasiecommissie.nl

¹⁴ 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.

Les commissions participent 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. Ils ne manquent également pas de souligner l'importance d'un compte rendu de qualité. Dans cette perspective, un guide pour la rédaction du compte rendu de consultation à l'usage des médecins du SCEN a été publié¹⁵.

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)

15 Leidraad Verslag van een SCEN-arts, www.KNMG.nl/diensten/SCEN/richtlijn-en-downloads.htm

ANNEXE 2

DISPOSITIONS LEGALES



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 funèbres¹⁶.

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 autre 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.

¹⁶ Voir concernant l'examen par le Parlement : Documents parlementaires II, 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691. Comptes rendus des débats II 2000/2001, p. 2001-2072 ; 2107-2139 ; 2202-2223 ; 2233-2260 ; 2372-2375. Documents parlementaires I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (réimpr.) ; 137d, 137e, 137f, 137g, 137h). Comptes rendus des débats I 2000/2001, voir réunion du 10 avril 2001.

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 ans¹⁷. 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.

¹⁷ En vertu d'un accord passé en 2007 entre les commissions et les ministres de la Santé et de la Justice et entré en vigueur à compter du 1er janvier 2008, le mandat a une durée de 4 ans, renouvelable une fois.

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 au Parlement, 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 catégorie :

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

Édition

Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie
www.euthanasiecommissie.nl

Maquette

Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

Impression

Xerox/OBT, La Haye

avril 2016