COMMISSIONS REGIONALES
DE CONTROLE
DE L'EUTHANASIE

RTE

RAPPORT 2016

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

Introduction 4
Constatations 5

CHAPITRE I ÉVOLUTIONS EN 2016

1 Nouvelle présentation du rapport annuel 9
2 Signalements 11
Nombre de signalements 11
Proportion hommes-femmes 11
Proportion interruption de la vie sur demande–aide au suicide 11
Affections 13
Démence 13
Troubles psychiatriques 13
Accumulation de pathologies gériatriques, polypathologies et autres affections 13
Âge 15
Médecins signaleurs 15
Non-respect des critères de rigueur 17
La pratique du contrôle 17
Lieu où est pratiquée l'interruption de la vie 19
3 Méthode de travail des commissions, évolutions 20
Signalements VO et NVO 20
Code de déontologie 20
Comité de réflexion 21
Organisation 21

CHAPITRE II ÉTUDE DE CAS

1 Introduction 22
2 Respect des critères de rigueur 24
2.1 Quatre cas représentatifs 24
Cas 2016-90 Cancer 25
Cas 2016-95 Pathologie du système nerveux 26
Cas 2016-92 Pathologies cardiovasculaires 27
Cas 2016-91 Pathologie pulmonaire 28
2.2 Cas illustrant quatre des critères de rigueur de la loi WTL 29
Demande volontaire et mûrement réfléchie 29
Cas 2016-03 29
Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration 30
Cas 2016-34 30
Absence d'autre solution raisonnable 31
Cas 2016-01 31
Consultation 32
Cas 2016-52 32

2.3 Cas de patients atteints de troubles psychiatriques, de démence et de polypathologies gériatriques 34
Troubles psychiatriques 34
Cas 2016-41 34
Troubles psychiatriques et somatiques associés 35
Cas 2016-11 35
Démence 37
Cas 2016-94 Début de démence 37
Cas 2016-62 Démence avancée 38
Polypathologies gériatriques 40
Cas 2016-96 40
Cas 2016-44 41

3 *Non*-respect des critères de rigueur 42
Non-respect de la rigueur médicale requise dans la mise en œuvre de l'euthanasie 42
Cas 2016-57 43
Non-respect du critère relatif à la consultation d'au moins un autre médecin indépendant 45
Cas 2016-45 45
Non-respect du critère concernant l'absence d'autre solution raisonnable 46
Cas 2016-21 47
Non-respect des critères relatifs au caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande et à la rigueur médicale de la mise en œuvre 49
Cas 2016-85 49

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION

En février 2016, la télévision publique néerlandaise a diffusé un documentaire dressant le portrait de trois personnes sur le point de subir une interruption de la vie sur demande. Cette émission a relancé le débat sur l'euthanasie, d'autant plus qu'elle présentait des cas complexes.
Sous quelles conditions l'euthanasie est-elle possible pour les patients atteints de troubles psychiatriques ou de démence parfois avancée ? Quand peut-on parler de « vie accomplie » ou de polypathologies gériatriques donnant un fondement médical aux souffrances ? Dans les termes de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (ci-après : loi WTL), il s'agit de savoir si le médecin a pu acquérir la conviction que la demande était volontaire et mûrement réfléchie, et que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration : le médecin, en concertation avec le patient, est-il parvenu à la conclusion qu'il n'y avait aucune autre solution raisonnable dans la situation où se trouvait ce dernier ?

Aucune décision, qu'elle soit favorable ou non, prise en réponse à une demande d'euthanasie n'est anodine, puisqu'il s'agit d'une question de vie ou de mort. Les signalements reçus en 2016 par les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie montrent encore une fois la rigueur des médecins confrontés à une telle demande. Les commissions n'ont conclu que dans un nombre très restreint de cas que le médecin signaleur n'avait pas respecté tous les critères définis par la loi.

Voici les principaux chiffres concernant les signalements effectués en 2016* :

Les commissions régionales de contrôle ont enregistré 6 091 cas d'interruption de la vie sur demande ou d'aide au suicide, ce qui représente 4 % du nombre total de décès (148 973).
Dans 83 % des cas (5 077), les patients étaient atteints de maladies incurables telles que le cancer, les pathologies du système nerveux (comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou la maladie de Charcot) ou les maladies cardiovasculaires ou pulmonaires.
Environ 2 % des signalements concernaient des cas de démence, 1 % des troubles psychiatriques et 4 % des polypathologies gériatriques.

* Pour l'intégralité des chiffres relatifs à l'année 2016, se reporter au chapitre 1.

Comme lors des années précédentes, ce sont les médecins généralistes qui ont pratiqué la grande majorité des interruptions de la vie sur demande et des aides au suicide (85 %). Quatre patients sur cinq sont décédés chez eux.
Le délai moyen entre la réception d'un signalement et l'envoi au médecin du jugement de la commission est passé de 39 jours en 2015 à 37 jours.
Sur les 6 091 cas signalés en 2016, 10 ont été jugés non conformes aux critères de rigueur énoncés par la loi WTL (soit 0,16 %).

CONSTATATIONS

Par rapport à 2015, on constate de nouveau une augmentation du nombre de signalements : 575 cas supplémentaires, dont la majeure partie concerne des patients atteints de cancer, de pathologies du système nerveux et de maladies cardiovasculaires. Mais la hausse concerne également des patients atteints de démence (32), de troubles psychiatriques (4) et de polypathologies gériatriques (61).

Cette augmentation est difficile à expliquer. Les médecins sont-ils davantage enclins à faire des signalements ? Ont-ils moins de réticences à satisfaire aux demandes d'interruption de la vie ? Les patients expriment-ils leur demande avec davantage d'insistance ? L'allongement de l'espérance de vie – fait globalement positif – peut-il également expliquer l'augmentation du nombre de signalements, ou l'explication doit-elle être cherchée dans la composition démographique de la population néerlandaise ?
À l'été 2017 seront publiés les résultats de la troisième évaluation de la loi WTL, une étude effectuée tous les cinq ans qui est susceptible d'aider à déchiffrer l'augmentation constante des signalements.

Les chiffres clés et le travail des commissions d'évaluation permettent de dresser un tableau fidèle de la situation. Dans la quasi-totalité des cas, l'euthanasie et l'aide au suicide ont lieu dans le respect des cadres définis par le législateur au moyen des critères de rigueur. Les comptes rendus des médecins ayant pratiqué l'euthanasie ainsi que les documents afférents, dont les rapports des médecins consultants, sont dans leur grande majorité d'une grande qualité, ce qui contribue à la transparence et à la contrôlabilité de la pratique de l'euthanasie.
Reste que le débat sur l'euthanasie au sein de la société est vif, comme l'ont montré les réactions au documentaire mentionné plus haut et à la publication fin 2016-début 2017 de deux jugements des commissions d'évaluation relatifs à des patients à un stade avancé de démence.

Conformément à l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL, le médecin peut donner suite à une demande d'interruption de la vie si le patient lui a demandé auparavant, dans un testament de vie écrit, de mettre fin à ses jours en cas de souffrances insupportables dans un stade avancé de démence. Les critères de rigueur énoncés dans la loi « sont applicables par analogie », selon ledit article. Dans la pratique, cela peut conduire à des situations délicates. Que doit faire le médecin si un patient en état de démence avancée retire son bras au moment de l'injection, alors même qu'il avait clairement indiqué par écrit souhaiter l'euthanasie dans un tel cas lorsqu'il était encore parfaitement capable d'exprimer sa volonté ? Ce mouvement de recul est-il un signe d'effroi et de douleur causé par l'injection ou doit-il être interprété comme un refus de l'interruption de la vie ?

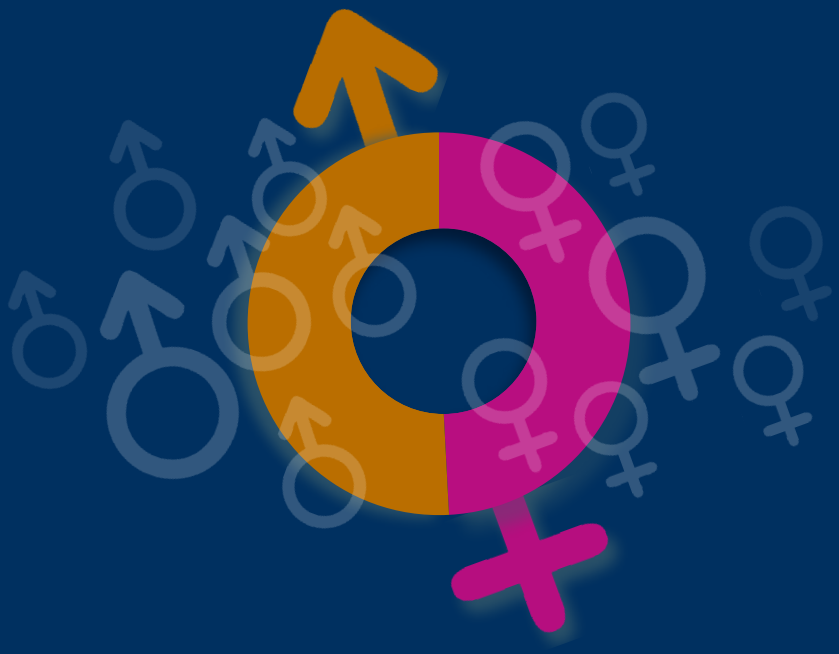
De même, les opinions divergent quant à la question de savoir s'il doit être possible d'obtenir une aide au suicide en cas de « vie accomplie » en l'absence de fondement médical à la souffrance (ce qui n'entre pas dans le cadre légal actuel). Lorsqu'un patient souffre de polypathologies gériatriques, il parle souvent de sa « fatigue de vivre » ou de son souhait de mettre fin à une vie qu'il estime « accomplie ». Est-il possible, pour les médecins et les patients, de déterminer une frontière valable entre « polypathologies gériatriques » et « vie accomplie » ? Le flou sur cette frontière conduit-il médecins et consultants à se montrer plus réservés que ne le prévoit la loi WTL dans leur réponse à la demande des patients atteints de polypathologies gériatriques ?
Ces questions sont expressément abordées lors du traitement des signalements par les commissions d'évaluation, qui pèsent méticuleusement tous les faits et circonstances spécifiques au cas examiné avant de parvenir à leur jugement.
Les commissions d'évaluation sont toutefois des assemblées d'experts et non des instances judiciaires. Leur fonction jurisprudentielle est donc limitée, alors que l'intérêt des patients et de leurs proches, des médecins, des consultants et de la société dans son ensemble est de bénéficier d'une sécurité juridique plus grande sur ces questions et d'autres.
Si une commission estime, dans un cas précis, que le médecin n'a pas respecté l'un des critères de rigueur légaux, le ministère public et l'Inspection de la santé ont la possibilité de demander au juge ou au conseil de discipline de se prononcer. Le ministère public n'a du reste jamais utilisé cette possibilité depuis l'entrée en vigueur de la loi WTL, et l'Inspection de la santé seulement dans quelques cas.

** Voir les jugements 2016-38 et 2016-85 sur le site internet.

Il serait envisageable, en vue de promouvoir la jurisprudence et la sécurité juridique, de permettre le pourvoi en cassation dans l'intérêt de la loi, y compris dans les cas où la commission a conclu au respect des critères de rigueur. Cela permettrait de soumettre à la Cour suprême les questions juridiques pertinentes concernant l'interprétation de la loi WTL, sans contraindre le médecin ayant agi de bonne foi à subir une procédure judiciaire longue et pénible.

Jacob Kohnstamm
Président coordinateur des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

La Haye, mars 2017



PROPORTION HOMMES-FEMMES

Hommes	3130
Femmes	2961

CHAPITRE I
ÉVOLUTIONS EN 2016

I

1 NOUVELLE PRÉSENTATION DU RAPPORT ANNUEL

Pour plus d'informations sur la loi, sur la méthode de travail des commissions, etc., consultez le code de déontologie, p. 6 et suivantes.

Le présent rapport rend compte des activités des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) au cours de l'année calendaire écoulée ; celles-ci expliquent ainsi devant la société et les responsables politiques la façon dont elles ont rempli leur mission légale concernant le respect des dispositions de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (loi WTL). Le présent rapport emploie pour ces deux formes de fin de vie volontaire le terme général d'euthanasie et n'utilise les termes spécifiques susmentionnés que si cela est nécessaire.

Pour plus d'informations sur la méthode de travail des RTE, consultez le site internet https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies.

Un autre objectif du rapport annuel est de permettre aux médecins (notamment ceux du SCEN[1]) et aux personnes intéressées de comprendre la façon dont les commissions régionales examinent et jugent les signalements, grâce à un exposé détaillé des cas concrets.
Nous nous sommes efforcés de rendre le rapport annuel accessible à un plus large public en employant le moins possible de termes juridiques et médicaux et en les expliquant. Nous avons également opté pour un format plus pratique.

Le nouveau site internet des commissions, entièrement réactualisé, a été inauguré début 2016 (www.euthanasiecommissie.nl). Grâce à son nouveau moteur de recherche, les jugements des commissions sont plus faciles à trouver et à consulter. La description des cas concrets dans le présent rapport a donc été réduite à l'essentiel et renvoie au texte intégral du jugement sur le site internet ainsi qu'aux passages pertinents du code de déontologie des RTE. Ce code, publié en 2015, est en cours d'actualisation.

Les chiffres par région ne sont plus dans le rapport mais sont disponibles sur le site internet (https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/p-2016). Il en va de même des informations générales sur le cadre légal, le rôle des RTE et les dispositions légales pertinentes.

1 SCEN signifie : soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas. L'organisation et les formations qu'elle dispense relèvent de la KNMG, qui a publié en 2011 une directive pour les médecins intitulée Pour un soutien et une consultation adéquats en cas d'euthanasie (Goede steun en consultatie bij euthanasie).

PROPORTION INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE–AIDE AU SUICIDE

Interruption de la vie sur demande	5856
Aide au suicide	216
Combinaison des deux	19

Les textes de la loi WTL et d'autres dispositions pertinentes du code pénal néerlandais et de la loi sur les pompes funèbres sont disponibles sur la page internet https://www.euthanasiecommissie.nl/zorgvuldigheidseisen.

Après concertation avec le ministère public et l'Inspection de la santé, il a été décidé de ne plus indiquer quelles suites ces deux instances ont données aux cas dans lesquels les commissions régionales ont jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur prévus à l'article 2, paragraphe 1, de la loi WTL. Il n'entre pas dans le rôle des RTE de fournir des informations sur la façon dont le ministère public et l'Inspection de la santé traitent ces signalements.

2 SIGNALEMENTS

Nombre de signalements

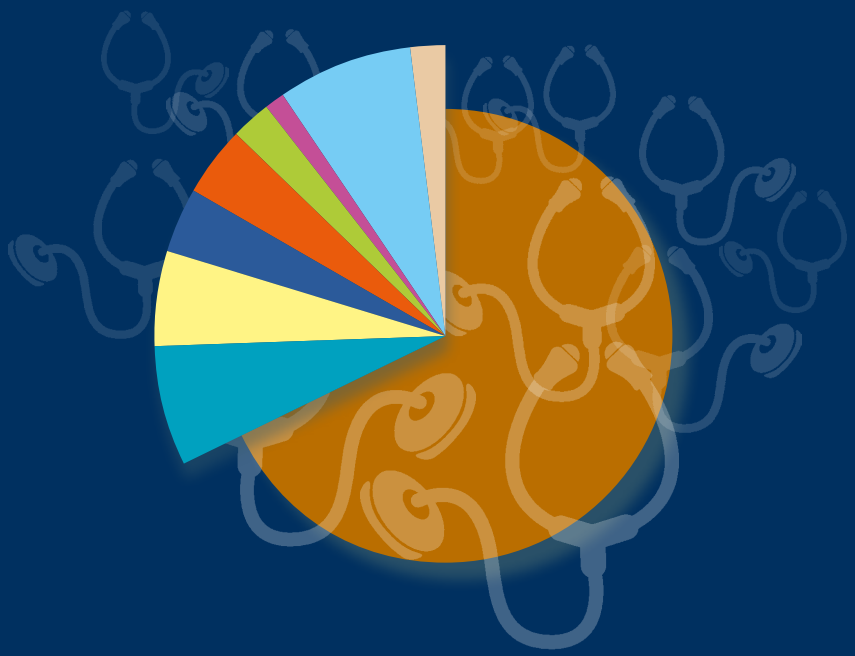
En 2016, les commissions régionales ont enregistré 6 091 signalements d'euthanasie, représentant 4 % du nombre total de décès (148 973), contre 5 516, soit 3,75 % du nombre total de décès (147 134) en 2015. En chiffres absolus, l'augmentation du nombre de signalements en 2016 reste donc relativement faible par rapport au nombre total de décès. Un seul signalement a été enregistré dans les îles BES.

Proportion hommes-femmes

Le rapport hommes-femmes dans les signalements est à peu près égal : 51 % contre 49 % (soit 3 130 hommes et 2 961 femmes).

Proportion interruption de la vie sur demande–aide au suicide

5 856 signalements (96 %) concernent des cas d'interruption de la vie sur demande, 216 (3,5 %) des cas d'aide au suicide et 19 (0,3 %) une combinaison des deux.



AFFECTIONS

Cancer	4137
Pathologies du système nerveux	411
Maladies cardiovasculaires	315
Maladies pulmonaires	214
Accumulation de pathologies gériatriques	244
Démence	141
Troubles psychiatriques	60
Polypathologies	465
Autres affections	104

Affections

Dans 83 % des signalements (soit 5 077), les patients étaient atteints de maladies incurables telles que le cancer (4 137 cas), les pathologies du système nerveux (411 cas) – comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou la sclérose latérale amyotrophique –, ou les maladies cardiovasculaires (315 cas) ou pulmonaires (214 cas).

Démence

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de démence, voir le code de déontologie, p. 27 et 28.

Dans 141 des signalements, la cause des souffrances du patient est une forme de démence. Ce chiffre était de 109 en 2015. Dans leur grande majorité, les personnes concernées se trouvaient en début de maladie et avaient donc encore une bonne compréhension de leur pathologie et de leurs symptômes, tels que l'altération de l'orientation et de la personnalité. Elles ont été considérées comme aptes à exprimer leur volonté concernant leur demande, car encore capables d'en envisager les conséquences, comme dans le cas 2016-94 présenté au chapitre II. Quelques signalements concernent des patients à un stade plus avancé de la maladie, comme dans les cas 2016-62 et 2016-85, présentés dans le même chapitre. Pour ce dernier cas, la commission régionale a jugé que le médecin n'avait pas agi conformément aux critères de rigueur.

Troubles psychiatriques

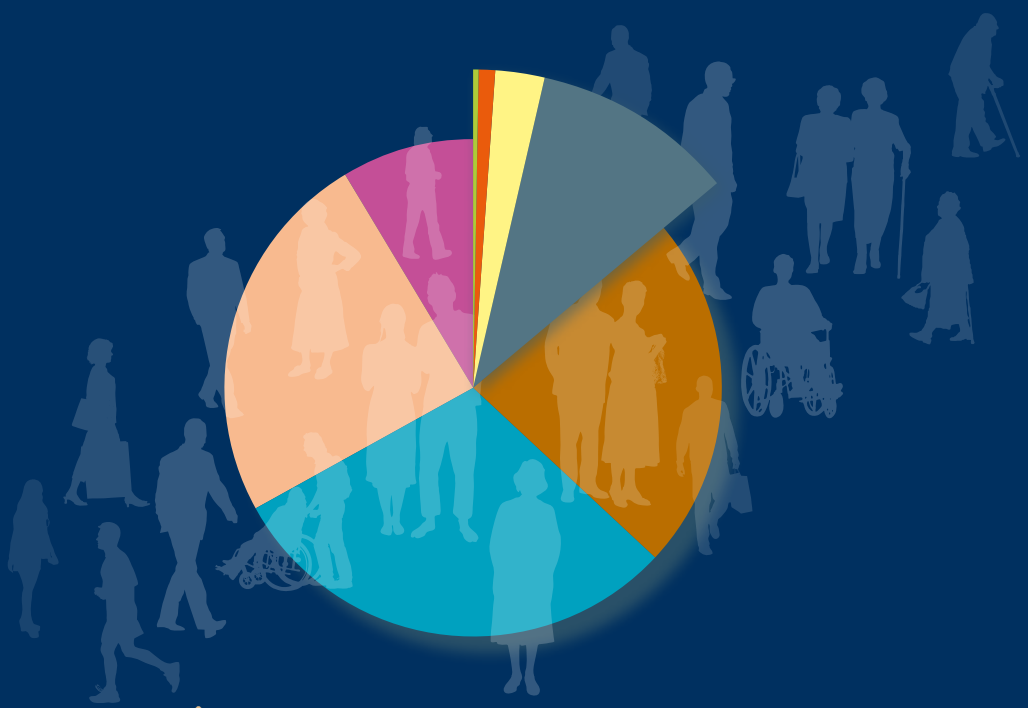
Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de troubles psychiatriques, voir le code de déontologie, p. 26 et 27.

Pour 60 des signalements d'euthanasie, la cause des souffrances du patient est un trouble psychiatrique, comme dans le cas 2016-41 présenté au chapitre II. Ce chiffre était de 56 en 2015. Dans 28 de ces 60 cas le médecin signaleur est un psychiatre, dans 20 cas un médecin généraliste, dans 1 cas un gériatre et dans 11 cas un autre type de médecin (par exemple un psychiatre en formation).
Pour certains signalements, la cause des souffrances du patient est une association de troubles somatiques et psychiatriques, comme dans le cas 2016-11 présenté au chapitre II.

Accumulation de pathologies gériatriques, polypathologies et autres affections

Une accumulation de pathologies gériatriques peut causer des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration. Voir à ce propos le code de déontologie, p. 13, 31 et 32.

Dans 244 signalements, il est question d'une accumulation de pathologies gériatriques et dans 465 de polypathologie. Sont classés dans cette dernière catégorie, tous les cas dans lesquels les souffrances des patients sont dues à une association d'affections des catégories mentionnées plus haut : par exemple un cancer et une pathologie cardiovasculaire, ou encore une démence ou un trouble psychiatrique conjugué à une MPOC. Enfin, pour enregistrer les signalements concernant des pathologies n'entrant pas dans les catégories définies, par exemple un syndrome de douleur chronique, les commissions utilisent la catégorie « autres affections ». Elle comptait en 2006 104 cas.



ÂGE

Á 30 ans*	16
30-40 ans	44
40-50 ans	152
50-60 ans	631
60-70 ans	1408
70-80 ans	1831
80-90 ans	1487
90 ans et plus agé	522

* *un mineur*

Âge

La majorité des signalements, soit 1 831 cas (30,1 %), concernent des patients septuagénaires ; 1 487 (24,4 %) concernent des octogénaires, et 1 408 (23,1 %) des sexagénaires.

Concernant les points à considérer dans les cas de patients mineurs, voir le code de déontologie, p. 25.

Les commissions n'ont enregistré qu'un seul signalement concernant un mineur (de plus de 12 ans). Ce cas no 2016-58 peut être consulté sur le site internet.

59 signalements reçus concernent la tranche d'âge des 18-40 ans. Dans sept de ces cas, la cause des souffrances est un trouble psychiatrique. Dans la catégorie « polypathologies gériatriques », la majorité des signalements concernent des patients au moins nonagénaires, dans la catégorie « démence » des octogénaires, et dans celle « trouble psychiatrique » des quinquagénaires.

Médecins signaleurs

La plupart des signalements (5 167) ont été effectués par le médecin généraliste (85 % de l'ensemble des signalements). Parmi les autres médecins signaleurs, on relève 216 gériatres, 179 médecins spécialistes et 43 spécialistes en formation, mais aussi 486 médecins d'un autre type, par exemple ayant une formation en médecine de base ou travaillant au sein de l'association Clinique de fin de vie (SLK).

Les commissions régionales ont observé un nombre accru de signalements émanant de médecins de la SLK : 487 en 2016 contre 366 en 2015, soit une augmentation de 33 %. Les données montrent que ces praticiens sont fréquemment appelés à traiter des cas complexes. Une grande partie des signalements faisant état d'un trouble psychiatrique (37 sur 60, soit près de 62 %) ont été effectués par un médecin de la SLK. Parmi ceux mentionnant une forme de démence comme cause des souffrances, 46 (soit près de 33 %) émanent d'un médecin de la SLK. Les commissions ont reçu 66 signalements (soit 27 %) de médecins de la SLK concernant des polypathologies gériatriques. Il ressort des dossiers que les praticiens considèrent ces affaires comme complexes ou qu'ils orientent les patients, par principe, vers la SLK. Par ailleurs, certains ne sont disposés à pratiquer une euthanasie que dans les cas d'affections en phase terminale. Ils orientent eux aussi parfois les patients vers la SLK.

MÉDECINS SIGNALEURS

Généraliste	5167
Gériatre	216
Spécialiste	179
Spécialiste en formation	43
Médecins d'un autre type (par exemple ayant une formation en médecine de base ou travaillant au sein de l'association Clinique de fin de vie (SLK))	486

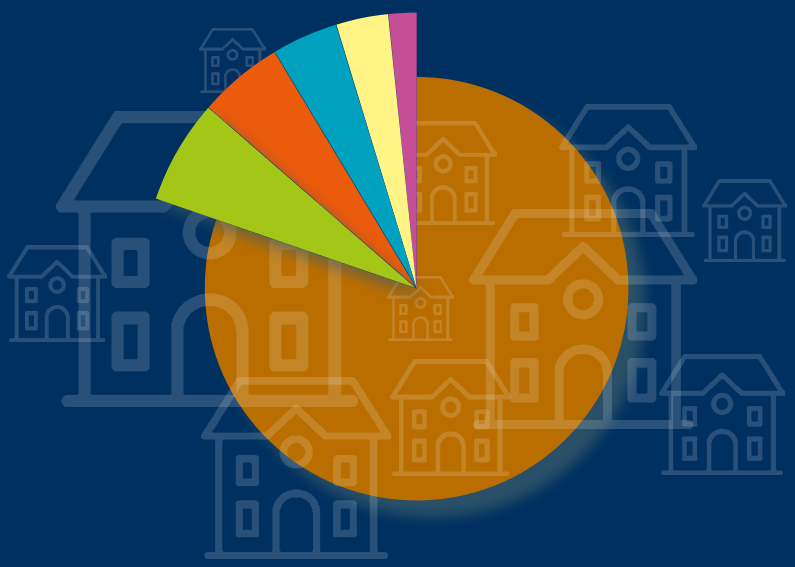
Non-respect des critères de rigueur

Dans 10 des 6 091 signalements, soit 0,16 % des cas, les commissions régionales ont jugé que le médecin ayant pratiqué l'euthanasie n'a pas respecté tous les critères de rigueur prévus à l'article 2, paragraphe 1, de la loi WTL. Elles ont jugé dans cinq cas que l'euthanasie n'a pas été pratiquée avec toute la rigueur médicale voulue ; dans trois cas, que le médecin n'a pas respecté l'exigence de consultation d'au moins un autre praticien indépendant ; dans un cas, que le médecin n'a pas démontré avoir pu acquérir la conviction que les souffrances du patient étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable pour les soulager ; dans le dernier cas, que le médecin n'a pas pu acquérir la conviction absolue que la demande d'interruption de la vie était volontaire et mûrement réfléchie, et que cet acte n'a pas été pratiqué avec toute la rigueur médicale voulue.

La pratique du contrôle

Évoquer les seuls cas dans lesquels les commissions régionales ont conclu au non-respect d'un ou plusieurs critères de rigueur serait réducteur. Les conclusions ne sont pas toujours aussi tranchées : dans 77 cas, y compris les 10 susmentionnés, les RTE ont demandé des explications complémentaires écrites au médecin signaleur, et dans un cas au consultant. Dans 40 cas, elles ont invité le médecin signaleur à se présenter devant elle pour s'expliquer et répondre à leurs questions ; plus rarement, cette invitation a été adressé au consultant ou au médecin généraliste. Le plus souvent, ces éclaircissements oraux ou écrits suffisent à conclure au respect des critères de rigueur. Néanmoins, les commissions ont régulièrement adressé aux médecins des instructions sur la façon d'améliorer leur pratique à l'avenir.

Les commissions se concertent intensivement lorsqu'elles estiment un signalement assez complexe pour nécessiter l'avis des 45 membres. Selon la méthode de travail établie, lorsqu'une commission envisage de conclure au non-respect des critères de rigueur, elle publie le signalement concerné accompagné du projet de jugement sur l'intranet des RTE. Après avoir pris connaissance des réactions, elle formule son jugement définitif. Le processus est le même dans les affaires pour lesquelles la commission en charge souhaite un débat interne élargi, l'objectif étant d'optimiser la qualité des jugements et de les harmoniser dans la mesure du possible, sachant qu'ils concernent des cas intrinsèquement différents. En 2016, 20 dossiers ont ainsi été discutés.



LIEU OÙ EST PRATIQUÉE L'INTERRUPTION DE LA VIE

Domicile du patient	4904
Établissement de soins palliatifs	367
Maison de retraite médicalisée	300
Établissement de long séjour	233
Hôpital	199
Autre lieu (par exemple domicile d'un membre de la famille, maison de repos ou hôtel médicalisé)	88

Lieu où est pratiquée l'interruption de la vie

Dans la grande majorité des cas (4 904, soit 80,5 %), l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient. Dans 367 cas, soit 6 %, elle s'est déroulée dans un établissement de soins palliatifs ; dans 300 cas, soit 4,9 %, dans une maison de retraite médicalisée ; dans 233 cas, soit 3,8 %, dans un établissement de long séjour ; dans 199 cas, soit 3,3 %, dans un hôpital ; dans 88 cas, soit 1,4 %, dans un autre lieu (par exemple domicile d'un membre de la famille, maison de repos ou hôtel médicalisé).

3 MÉTHODE DE TRAVAIL DES COMMISSIONS, ÉVOLUTIONS

Signalements VO et NVO

Depuis 2012, les RTE classent les signalements à leur réception selon qu'ils sont ou non générateurs de questions. Les signalement sont considérés comme non générateurs de questions (NVO) si la première lecture qu'en fait le secrétaire/juriste expérimenté de la commission concernée laisse présumer qu'ils sont suffisamment documentés, qu'il est très probable que la commission conclura au respect des critères de rigueur, et que l'examen du dossier par voie électronique doit donc suffire. Ces signalements et les dossiers afférents sont soumis hebdomadairement à l'examen et au jugement des membres des commissions, le tout numériquement afin de faciliter le respect des délais de traitement. 80 % des dossiers de 2016 concernent des signalements NVO. Les cas 2016-90, 2016-91, 2016-92 et 2016-95 présentés au chapitre II sont des exemples de tels signalements.

Quelques-uns des dossiers NVO (1 %) ont néanmoins fait l'objet des délibérations de la commission concernée comme signalements générateurs de questions (signalements VO). Il suffit en effet que l'un des membres indique avoir des questions pour que le dossier soit renvoyé pour examen lors de la réunion mensuelle de la commission. Les 20 % de signalements d'emblée classés comme générateurs de questions – orales – (par exemple à cause d'une problématique complexe liée à un trouble psychiatrique ou à la démence, ou parce que le dossier fourni par le médecin était trop succinct) ont été examinés au cours des réunions mensuelles.

Code de déontologie

Le code de déontologie est disponible sur le site internet des commissions https://www.eutanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/code-of-practice.

Le code de déontologie, publié par les commissions régionales en avril 2015, présente dans les grandes lignes les aspects qu'elles jugent essentiels dans l'exercice de leur fonction telle que définie par la loi, à savoir le contrôle des signalements de cas d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide. Ce code, qui se veut accessible, a pour objectif d'aider les consultants et les médecins impliqués dans la mise en œuvre de l'euthanasie à mieux comprendre la façon dont les RTE interprètent et appliquent les critères de rigueur légaux.

En février 2016, les commissions ont mené une rapide enquête afin de savoir si les médecins, y compris ceux du SCEN, connaissaient le code et ce qu'ils en pensaient. Plus de 1 000 courts questionnaires ont été envoyés aux médecins ayant signalé une euthanasie ainsi qu'aux consultants mentionnés dans ces signalements, avec un taux de réponse particulièrement élevé de 70 %. Si les résultats montrent que le code de déontologie est jugé de façon très positive, il s'avère aussi qu'il est inconnu de près de 80 % des médecins (mais la plupart des praticiens du SCEN, soit 89 %, le connaissent). Le code est surtout consulté pour des questions relatives aux souffrances, à la démence, à la psychiatrie et à la « vie accomplie ». Un comité de rédaction recense actuellement les points à améliorer, à revoir ou à reformuler, avec notamment le concours de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG) et des groupes d'analyse des pratiques professionnels du SCEN.

Une version anglaise du code a entretemps été publiée afin de rendre accessible aux acteurs étrangers intéressés la pratique néerlandaise de contrôle de l'euthanasie. Cette version est disponible sur le site internet des RTE.

Comité de réflexion

Les RTE ont récemment décidé de se doter d'un comité de réflexion, dans un souci notamment de coordination et d'harmonisation. Composé de deux juristes, deux éthiciens, deux médecins et un secrétaire, ce comité a vocation à conseiller les commissions sur des problématiques complexes. Son rôle ne consistera pas tant à porter un jugement exhaustif sur le signalement qu'à examiner une ou plusieurs questions concrètes formulées par la commission concernée. Compte tenu de l'éventuelle durée de cet examen, le médecin signaleur sera informé de l'allongement du délai de traitement.
Le comité de réflexion sera lancé dans le courant 2017. Une évaluation aura lieu au bout de deux ans.

Organisation

Les commissions régionales de contrôle sont au nombre de cinq et comprennent en tout 45 membres. Elles travaillent de façon autonome et indépendante. Chaque commission comprend trois membres – un juriste (le président), un médecin et un éthicien – ayant chacun deux suppléants. Chaque commission est secondée par un secrétaire, juriste de formation, qui a voix consultative lors des délibérations mensuelles. Les membres des RTE sont nommés par les ministres de la Santé et de la Justice pour une durée de quatre ans, renouvelable une fois. Dans un souci d'efficacité, les secrétariats relèvent du ministère de la Santé, au sein de l'unité Secrétariats des conseils de discipline et des commissions de contrôle (ESTT), et leurs membres ne travaillent que pour les RTE.
Les secrétariats regroupent 27 agents (soit un effectif total de 19,25 postes à temps plein). Ils sont chargés de préparer et de soutenir l'examen des signalements par les commissions qu'ils assistent également dans leurs travaux communs, tels que l'élaboration et l'actualisation du code de déontologie ou la rédaction du rapport annuel.

Vu l'augmentation persistante du nombre de signalements d'euthanasie, l'organisation des RTE et sa pérennité ont été examinées. Les commissions ont créé un groupe de travail qui a engagé un cabinet de conseil externe. Quatre thèmes clés ont été choisis, pour lesquels des propositions et des solutions ont été élaborées : optimisation du processus de travail relatif au contrôle de l'euthanasie, amélioration des structures de concertation internes, formulation d'une mission pour les RTE et organisation de la communication. Les propositions formulées ont été débattues lors d'une réunion plénière fin 2016.

CHAPITRE II
ÉTUDE DE CAS

II

1 INTRODUCTION

Les textes de la loi WTL et d'autres dispositions pertinentes du code pénal néerlandais et de la loi sur les pompes funèbres sont disponibles sur le site internet : htttps://www.euthanasiecommissie.nl/zorgvuldigheidseisen (en néerlandais).

Ce chapitre est consacré aux jugements des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie. Les commissions d'évaluation ont pour mission d'examiner les dossiers des médecins relatifs aux cas d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide (ci-après : euthanasie[2]). Aux termes de la loi, le médecin ayant pratiqué une euthanasie est tenu d'en avertir le médecin légiste de la commune, qui transmet ensuite le signalement et les documents joints à la commission d'évaluation. Les principales pièces du dossier sont le compte rendu du médecin signaleur, le rapport du médecin consultant indépendant (quasiment toujours un médecin du SCEN), certains éléments du dossier médical du patient, son testament de vie le cas échéant (une telle déclaration écrite n'est pas obligatoire) et une déclaration du médecin légiste de la commune. La commission vérifie si le médecin signaleur a respecté les six critères de rigueur visés à 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 (loi WTL), selon lesquels 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 Comme indiqué au chapitre 1, le présent rapport emploie pour ces deux formes de fin de vie volontaire le terme général d'euthanasie et n'utilise les termes spécifiques susmentionnés que si cela est nécessaire.

Les commissions contrôlent si le médecin signaleur a agi conformément à la loi, à sa genèse 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. Les commissions examinent s'il est établi que les critères en matière d'information (c), de consultation (e) et de rigueur médicale de l'acte (f) ont été respectés.
Pour ce qui est des trois autres critères de rigueur, (a), (b) et (d), le médecin doit pouvoir démontrer qu'il a, compte tenu des circonstances, raisonnablement pu acquérir la conviction qu'ils étaient respectés. On parle alors en langage juridique de contrôle marginal. Cela signifie que les commissions n'en font pas un contrôle intégral et ne cherchent donc pas à répondre de nouveau aux mêmes questions que le médecin qui a pris la décision, ce qui serait d'ailleurs impossible puisque le patient n'est plus. Ce sont en revanche précisément les sujets sur lesquels se penche le médecin consultant.

Les cas présentés dans ce chapitre sont répartis en deux catégories en fonction du jugement des commissions : respect des critères de rigueur (paragraphe 2) ou non-respect d'un ou de plusieurs d'entre eux par le médecin (paragraphe 3).

Le paragraphe 2 se décompose en trois sous-paragraphes.
Le premier (2.1) présente quatre jugements représentatifs de la grande majorité des signalements reçus par les commissions. Ils concernent un cas de cancer, une pathologie du système nerveux, des pathologies cardiovasculaires et une maladie pulmonaire.
Le second sous-paragraphe (2.2) s'intéresse à plusieurs critères de rigueur, en particulier la demande volontaire et mûrement réfléchie (a), la souffrance insupportable et sans perspective d'amélioration (b), l'absence d'autre solution raisonnable (d) et la consultation indépendante (e).
Les deux autres critères ne sont pas explicitement abordés ici : l'information du patient sur ses perspectives (c) et la rigueur médicale avec laquelle l'euthanasie est pratiquée (f). Le premier (c) est étroitement lié aux autres critères, et notamment à l'exigence d'une demande volontaire et mûrement réfléchie, qui n'est possible que si le patient est bien informé de sa situation et des perspectives qui sont les siennes (cf. p. 14 du Code de déontologie). Cette information est aussi importante pour pouvoir juger s'il n'y a effectivement aucune autre solution raisonnable, une conviction à laquelle le médecin et le patient doivent parvenir ensemble (cf. p. 15 et 16 du Code de déontologie). Quant au critère relatif à la rigueur médicale avec laquelle l'euthanasie est pratiquée (f), il est abordé dans un cas de non-respect des critères de rigueur.
Le sous-paragraphe 2.3 décrit des cas impliquant des patients atteints de troubles psychiatriques, de démence ou de polypathologies

gériatriques. Dans tous ces cas, les commissions ont conclu au respect des critères de rigueur.

Enfin, le paragraphe 3 décrit quatre cas dans lesquels le médecin n'a pas satisfait à tous les critères de rigueur, en l'occurrence l'exigence de demande volontaire et mûrement réfléchie, l'absence d'autre solution raisonnable, la consultation indépendante et la rigueur médicale dans la mise en œuvre.

Chaque cas comporte un numéro, qui permet de retrouver le jugement intégral (en néerlandais) sur le site internet des commissions régionales d'évaluation (www.euthanasiecommissie.nl).

2 RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

2.1 Quatre cas représentatifs

Comme indiqué au chapitre premier, l'euthanasie concerne majoritairement des patients atteints de cancer, de pathologies du système nerveux et de maladies cardiovasculaires et pulmonaires, ce qu'illustrent les quatre cas ci-dessous (tous dossiers NVO).

Dans le premier cas, le jugement a été repris dans sa quasi-totalité, à l'exception des données permettant l'identification des personnes, ce qui permet de voir à quoi ressemble un tel jugement des commissions. Ensemble, ces quatre cas donnent une image fidèle de la problématique à laquelle les commissions sont le plus souvent confrontées.

CAS 2016-90
CANCER

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO

FAITS ET CIRCONSTANCES

Les éléments suivants ressortent du compte rendu du médecin, du rapport du consultant et des autres données réceptionnées :

a. Caractère des souffrances, information et autres solutions

Le patient, sexagénaire, souffrait depuis 2010 d'un carcinome (tumeur cancéreuse) du côlon, avec des métastases dans le foie. Depuis 2013, son état ne cessait de se détériorer du fait de l'accroissement des métastases du foie et de l'apparition de métastases abdominales et pulmonaires. Toute guérison était exclue. Les traitements étaient uniquement palliatifs (axés sur l'amélioration de la qualité de la vie).
Le patient souffrait de nausées constantes et de vomissements fréquents, auxquels s'ajoutaient la fatigue, une sensation d'abattement et une faiblesse grandissante.
Il ne pouvait pratiquement plus rien faire et ne trouvait plaisir à rien. La perspective de la dégradation de son état et de la déchéance le faisait souffrir.
Il ressentait ses souffrances comme insupportables. Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.
Il n'y avait plus, pour le patient, aucune possibilité acceptable de les alléger.
Il ressort du dossier que le médecin et les spécialistes ont suffisamment informé le patient de sa situation et de ce que cela signifiait pour l'avenir.

b. Demande d'interruption de la vie

Le patient avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin.
Deux semaines environ avant le décès, il en demanda au médecin la mise en œuvre effective.
Selon le médecin, cette demande était volontaire et mûrement réfléchie.

c. Consultation

Le praticien a consulté un médecin indépendant du SCEN, qui s'est rendu auprès du patient plus d'une semaine avant l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès aux données médicales pertinentes.
Dans son rapport, le consultant a décrit le déroulement de la maladie et le caractère des souffrances du patient.

Il a conclu, notamment sur la base de sa visite, au respect des critères de rigueur.

d. Mise en œuvre

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.

JUGEMENT

La commission a examiné a posteriori si le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur prévus à l'article 2, paragraphe 1, de la loi WTL.
Compte tenu des faits et circonstances ci-dessus, la commission considère que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie, et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Le médecin a suffisamment informé le patient sur sa situation et ses perspectives. Il est parvenu, en concertation avec lui, à la conclusion qu'il n'existait dans sa situation aucune autre solution raisonnable. Il a consulté au moins un confrère indépendant, qui a examiné le patient et a consigné par écrit son 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.

DÉCISION

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

CAS 2016-95
PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-95 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO

Une sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot (maladie incurable résultant de la destruction des cellules nerveuses, ce qui se traduit par la paralysie progressive des muscles) avait été diagnostiquée début 2013 chez une septuagénaire. La patiente souffrait de parésie (diminution de la force musculaire) dans les bras et les jambes, et avait des troubles de la déglutition et de l'élocution, ce qui rendait la communication de plus en plus difficile. Durant la dernière période de sa vie, son était s'était considérablement aggravé. La maladie de Charcot étant incurable, le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration

de la qualité de la vie). La patiente souffrait d'une extrême fatigue, était de plus en plus oppressée et avait du mal à respirer, ce qu'elle trouvait angoissant et effrayant. Elle ne pouvait quasiment plus parler. Elle était alimentée et recevait ses médicaments à l'aide d'une sonde de GPE (un tube fin placé dans l'estomac à travers la paroi abdominale et qui permet d'administrer de la nourriture ou des médicaments sous forme liquide). Elle était totalement dépendante et ne pouvait plus rien faire, elle qui avait toujours été active et pleine d'énergie. Elle savait qu'aucune amélioration n'était possible et que l'avenir n'apporterait qu'une dégradation de son état. Pour elle, la limite était atteinte. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables.
Selon le médecin, cette demande était volontaire et mûrement réfléchie.
Après consultation d'un médecin indépendant du SCEN qui a conclu 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 a conclu au respect de tous les critères de rigueur par le médecin.

CAS 2016-92
PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-92 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO

Le patient, octogénaire, souffrait depuis des années de pathologies cardiovasculaires. Deux mois avant son décès, un anévrisme de l'aorte abdominale fut diagnostiqué (dilatation de la paroi de l'aorte dans le ventre).
Le patient renonça à se faire soigner. Toute guérison était exclue et le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration de la qualité de la vie).
Le patient était affaibli, manquait d'appétit, perdait du poids et souffrait de vertiges. Il avait également des douleurs nocturnes, surtout au niveau du dos. Lui qui avait toujours été actif ne pouvait plus rien faire et était cloué au lit. Le manque de sens et l'absence de perspective le faisaient souffrir, de même que la perte de contrôle et la poursuite de la dégradation de son état. Il ressentait ses souffrances comme insupportables.
Selon le médecin, sa demande était volontaire et mûrement réfléchie.
Après consultation d'un médecin indépendant du SCEN qui a conclu 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 a conclu au respect de tous les critères de rigueur par le médecin.

CAS 2016-91
PATHOLOGIE PULMONAIRE

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-91 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO

Le patient, un septuagénaire, souffrait depuis des années de MPOC (ou maladie pulmonaire obstructive chronique, une pathologie incurable qui se caractérise par le rétrécissement définitif des voies aériennes, qui remplissent de moins en moins bien leur fonction). La maladie progressait et les dégradations aigües se multipliaient. Durant le dernier mois de sa vie, l'état du patient se détériora rapidement en raison d'un caillot de sang dans les poumons. Toute guérison était exclue et le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration de la qualité de la vie). Le patient était de plus en plus oppressé, souffrait de quintes de toux et d'épuisement et sa mobilité diminuait. Il avait parfois l'impression d'étouffer. Il ne pouvait plus rien faire, à part rester assis dans sa chaise, et était complètement dépendant. La peur de s'étouffer et l'absence de perspective étaient causes de souffrances qu'il ressentait comme insupportables.
Selon le médecin, sa demande était volontaire et mûrement réfléchie.
Après consultation d'un médecin indépendant du SCEN qui a conclu 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 a conclu au respect de tous les critères de rigueur par le médecin.

2.2 Cas illustrant quatre des critères de rigueur de la loi WTL

Concernant divers points généraux relatifs à la demande volontaire et mûrement réfléchie, voir le code de déontologie, p. 11 et suivantes.

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

L'euthanasie est possible dans le cas de patients atteints d'un handicap mental et la commission peut juger que les critères de rigueur ont été respectés si le médecin démontre qu'il a raisonnablement pu acquérir la conviction que le patient était apte à exprimer sa volonté concernant la demande d'euthanasie. C'est ce que montre le cas suivant.

CAS 2016-03

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-03 sur le site internet.

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints d'un handicap mental, voir le code de déontologie, p. 28.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINT À CONSIDÉRER : patient atteint d'un handicap mental

Le patient était atteint depuis son enfance de la sclérose tubéreuse (une maladie héréditaire se manifestant par des tumeurs qui se développent dans différents organes et en affectent le fonctionnement). Au fil des années, les problèmes touchant divers organes se multiplièrent et le patient devint épileptique. Finalement, sa maladie se traduisit également par un handicap mental. Quelques années avant son décès, un cancer fut diagnostiqué avec des métastases au foie et une tumeur abdominale de plus en plus importante. Toute guérison était exclue et le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration de la qualité de la vie).
Le patient, devenu trentenaire, avait déjà évoqué l'euthanasie avec son médecin. Deux mois avant son décès, il en demanda la mise en œuvre effective.
À la demande du médecin, un psychologue et un médecin spécialisé dans les soins aux handicapés se sont penchés sur l'aptitude du patient à exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie. Ils ont conclu que le patient avait une bonne compréhension de sa situation et des perspectives qui étaient les siennes. Ils ont estimé qu'il était en mesure de prendre une décision autonome et en comprenait les conséquences. Ils l'ont donc déclaré apte à exprimer sa volonté. Le médecin comme les experts ont considéré que la demande était volontaire et mûrement réfléchie.
Le patient étant atteint d'un handicap mental, la commission a rajouté une considération à son jugement. Dans ce cas où, outre les profondes souffrances somatiques causées par la pathologie, un handicap mental a également été constaté, elle estime nécessaire de porter une attention particulière à l'aptitude du patient à exprimer sa volonté en ce qui concerne sa demande d'euthanasie. La commission conclut que le médecin a pris les précautions nécessaires en consultant un spécialiste et un psychologue qui ont établi que le patient était apte à exprimer sa volonté. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

Concernant divers points généraux relatifs aux souffrances insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration, voir le code de déontologie, p. 13 et suivantes.

SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION

Même si l'origine des symptômes reste indéterminée, ceux-ci peuvent provoquer des souffrances insupportables et sans espoir d'amélioration, comme l'illustre le cas suivant.

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-34 sur le site internet.

CAS 2016-34

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINT À CONSIDÉRER : troubles somatoformes

Une sexagénaire avait depuis sept ans des douleurs abdominales. Elle avait consulté au cours des années d'innombrables spécialistes – chirurgiens, gastro-entérologues, médecins rééducateurs, neurologues, psychiatres et spécialistes de la douleur – et essayé divers traitements de médecine alternative. Les symptômes persistaient et leur origine restait inexpliquée. Ils se caractérisaient par une douleur chronique, notamment au niveau de l'abdomen, des nausées et vomissements, des contractions et des nœuds musculaires dans tout le corps, des ballonnements abdominaux, des torticolis, des troubles de la déglutition, une incontinence, des difficultés à marcher, une perte d'énergie et de la fatigue. Autant de symptômes gravement invalidants qui l'empêchaient de mener une vie normale. Elle ne sortait plus de chez elle, était de plus en plus souvent clouée au lit et s'isolait socialement. Sa vie lui semblait dépourvue de toute qualité et elle souffrait de l'absence de perspective d'amélioration.
Le médecin était convaincu que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration, avis partagé par le médecin consultant. Le psychiatre indépendant également consulté suite à la demande d'euthanasie de la patiente a conclu qu'aucun traitement psychiatrique ne pouvait venir à bout de ses symptômes.
La commission estime que le médecin a agi avec la rigueur requise. Il a conseillé à la patiente de suivre divers traitements de longue durée dans le but de découvrir la cause de ses symptômes. Après l'échec de ces tentatives, ses contacts nombreux et intensifs avec la patiente l'ont convaincu du caractère insupportable et sans perspective d'amélioration de ses souffrances. La commission juge que le médecin a pu parvenir à cette conviction et que les autres critères de rigueur ont également été respectés.

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, 15 et suivantes.

ABSENCE D'AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

Le médecin doit, avec le patient, acquérir la conviction qu'il n'existe aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouve. En effet, s'il existe des moyens moins radicaux de réellement diminuer ou supprimer les souffrances, le médecin se doit de les mettre en œuvre. Le cas suivant illustre l'incertitude, dans un premier temps, sur le respect de ce critère.

CAS 2016-01

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-01 sur le site internet.

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de troubles psychiatriques, voir le code de déontologie, p. 26 et 27.

D'autres jugements des commissions relatifs à des cas impliquant des troubles psychiatriques sont disponibles sur la page internet https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/psychiatrische-aandoeningen/documenten.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : anorexie mentale accompagnée de dépression et de troubles somatoformes et de la personnalité, absence de traitements acceptables, prudence de l'approche en cas de troubles psychiatriques

Une sexagénaire souffrait depuis sa jeunesse d'anorexie. À cela s'ajoutaient une dépression qui devenait chronique, ainsi que des troubles de la personnalité et des troubles somatoformes douloureux (nombreuses douleurs physiques auxquelles il est impossible de donner une explication médicale et dont le traitement est axé sur les causes psychiatriques). Elle avait suivi des traitements de longue durée, parfois en établissement psychiatrique, pour ses angoisses, ses dépressions et ses pensées suicidaires. Elle avait notamment subi de l'électroconvulsivothérapie (stimulations électriques délivrées dans le crâne du patient), des traitements médicamenteux de la douleur, une thérapie cognitivo-comportementale (thérapie de courte durée axée sur le présent et le futur au lieu de revenir sur le passé) et un traitement axé sur les troubles somatoformes. Aucune de ces thérapies n'avait apporté de changement significatif et plus aucun traitement n'offrait d'espoir d'amélioration. Les dernières années de la vie de la patiente, son état n'avait cessé de s'aggraver. Toute guérison était exclue.
Elle ressentait ses souffrances comme insupportables et demanda l'euthanasie à son médecin. Ce dernier avait la conviction que les souffrances de la patiente étaient insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Il a consulté une psychiatre indépendante en vue de s'assurer de l'absence de toute possibilité de traitement. La psychiatre en question a estimé qu'il existait encore, en théorie, de possibles thérapies mais doutait de la capacité de la patiente à les supporter et à s'engager dans une relation de soin adaptée et durable, d'autant qu'elle indiquait elle-même ne plus être motivée. Les médecins sont ainsi parvenus à la conclusion qu'il n'existait plus aucune manière acceptable pour la patiente d'alléger ses souffrances.

La commission considère qu'en cas 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. Il a en effet consulté, outre le médecin du SCEN, une psychiatre indépendante qui a estimé que, vu le manque de résilience et de motivation de la patiente, il n'existait plus aucune possibilité de traitement adaptée. Le consultant a renforcé le médecin dans son opinion selon laquelle la poursuite des traitements n'apporterait pas d'amélioration structurelle et qu'il n'existait plus de réelle option alternative pour la patiente. La commission estime que le médecin a pu parvenir, en concertation avec la patiente, à la conclusion qu'il n'existait dans son état aucune autre solution raisonnable et que les autres critères de rigueur ont également été respectés.

CONSULTATION

Concernant les points à considérer en matière de consultation indépendante, voir le code de déontologie, p. 16 et suivantes.

La loi WTL exige du médecin qu'il consulte au moins un confrère indépendant, qui examine le patient et consigne par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur énoncés aux points a à d. Il peut arriver que le consultant estime que les critères ne sont pas respectés, ou pas encore, comme le montre le cas ci-dessous. Si le médecin pratique tout de même l'euthanasie, la commission ne juge pas obligatoirement qu'il n'a pas respecté les critères, mais elle lui pose en général des questions complémentaires.

CAS 2016-52

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-52 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINT À CONSIDÉRER : euthanasie pratiquée en dépit de l'avis du consultant selon lequel les critères de rigueur (absence d'autre solution raisonnable) n'étaient pas respectés. Motivation claire du médecin quant à son choix de négliger cet avis.

Une octogénaire souffrait d'une accumulation d'affections : elle avait une arthrose généralisée (usure des articulations) au niveau du dos, des mains, des épaules, des genoux et des pieds, était atteinte de neuropathie (troubles sensitifs) et était malentendante. Elle avait en outre souffert tout au long de sa vie de dépressions et de troubles obsessionnels compulsifs (pensées et comportements obsessionnels et angoisse que quelque chose de terrible se produise si certains rituels ne sont pas accomplis) pour lesquels elle avait subi par des traitements médicamenteux et de l'électroconvulsivothérapie (stimulations électriques délivrées dans le crâne du patient). Toute guérison était exclue et le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration de la

qualité de la vie). Les souffrances de la patiente se caractérisaient par la douleur physique, la fatigue, les vertiges, les troubles de l'audition, la perte de mobilité, la dépendance croissante, les troubles de l'humeur et les pensées obsessionnelles. Parfois, ses jambes se dérobaient sous elle et elle se déplaçait avec un déambulateur. Elle avait peur de tomber, une angoisse compréhensible vu la déformation de ses pieds. Dans les dernières semaines de sa vie, elle ne sortait quasiment plus de chez elle et ses contacts sociaux se raréfiaient. Suivre une discussion dans un groupe lui était devenu impossible. Elle était au bout du rouleau.
Le médecin était convaincu du caractère insupportable de ses souffrances, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.
Si le consultant contacté par le médecin pouvait concevoir les souffrances causées à la patiente par la douleur, la peur de tomber et sa dépendance croissante, il considérait que toutes les possibilités thérapeutiques n'avaient pas encore été testées, en particulier un meilleur traitement de la douleur ou de la kinésithérapie en vue de prévenir les chutes. En conséquence, il a estimé que les critères de rigueur n'étaient pas respectés. Le médecin a tout de même pratiqué l'euthanasie.
La commission a ensuite invité le médecin à venir s'expliquer devant elle. Elle lui a demandé pourquoi il n'avait pas suivi l'avis du consultant et était convaincu de l'absence d'autre possibilité raisonnable et, partant, de perspective d'amélioration. Adoptant le point de vue de la patiente, le médecin a répondu que la modification du traitement de la douleur n'aurait rien changé à ses souffrances : plusieurs essais avaient déjà été faits, sans résultats substantiels mais avec de nombreux effets secondaires. La seule possibilité restante pour lutter contre la douleur était l'usage de la morphine, mais il aurait augmenté le risque de chute et aggravé la constipation qui la gênait déjà beaucoup. Quant à une prise en charge pour la prévention des chutes, il était déjà trop tard selon le médecin. Il n'y avait pas d'autre possibilité raisonnable, d'autant que la patiente était suivie depuis des mois par un kinésithérapeute. Le placement dans un établissement de long séjour aurait pu améliorer les soins qui lui étaient dispensés mais n'aurait pu mettre fin à ses souffrances. Au contraire, la perte de son cadre de vie familier n'aurait fait qu'ajouter une nouvelle dimension à sa douleur.
La commission considère que le médecin peut ignorer l'avis négatif d'un consultant et pratiquer l'euthanasie puisque, aux termes de la loi WTL, c'est lui qui est responsable, mais il devra pouvoir motiver ce choix. La commission estime que le médecin, dans ses rapports et lors de l'entretien avec elle, a expliqué de façon très détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles il était convaincu que les souffrances de la patiente étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'y avait aucune autre solution raisonnable pour les alléger. La commission juge que le médecin a pu parvenir à cette conviction et que les autres critères de rigueur ont également été respectés.

2.3 Cas de patients atteints de troubles psychiatriques, de démence et de polypathologies gériatriques

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de troubles psychiatriques, voir le code de déontologie, p. 26 et 27.

TROUBLES PSYCHIATRIQUES

En règle générale, lorsque les souffrances du patient sont dues à un trouble psychiatrique, il est nécessaire de consulter un psychiatre ou un autre spécialiste indépendant afin d'évaluer en particulier le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande et l'absence de perspective d'amélioration.

CAS 2016-41

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-41 sur le site internet.

D'autres jugements des RTE relatifs à des cas impliquant des troubles psychiatriques sont disponibles sur la page internet https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/psychiatrische-aandoeningen/documenten.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : capacité à exprimer sa volonté, prudence de l'approche en cas de troubles psychiatriques

La patiente, quadragénaire, souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique (les événements pénibles sont sans cesse revécus en pensée ou en rêve), accompagné de symptômes psychotiques (les patients souffrant de psychose perçoivent le monde différemment des autres personnes : ils peuvent par exemple entendre des voix, percevoir d'autres odeurs, donner une signification particulière à des pensées). Elle avait quotidiennement des réminiscences des traumatismes de sa jeunesse avec des épisodes de dissociation (état dans lequel les pensées, émotions, perceptions et souvenirs sont détachés du champ de conscience), ainsi que d'importants troubles du sommeil. Elle avait été hospitalisée à diverses reprises dans un établissement spécialisé et suivi plusieurs traitements, dont une thérapie cognitivo-comportementale (thérapie de courte durée axée sur le présent et le futur au lieu de revenir sur le passé), une thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, méthode notamment utilisée pour les patients atteints de syndrome post-traumatique) et d'autres traitements spécifiques des traumatismes. Elle prenait aussi des antidépresseurs, des antipsychotiques et des somnifères. Les divers traitements n'avaient eu qu'un effet temporaire. La patiente avait d'elle-même tenté d'améliorer ses perspectives d'avenir en commençant une formation. Ses symptômes et son épuisement persistants l'avaient contrainte à abandonner.
Le médecin a demandé à un psychologue clinicien d'examiner les éventuelles possibilités de traitement restantes. La reprise d'une thérapie aurait demandé une grande motivation de la part de la patiente, sachant qu'en dépit de sa longue histoire médicale aucune amélioration n'avait été obtenue. La patiente a indiqué qu'elle ne s'en sentait plus capable. Le médecin a également demandé à un psychiatre indépendant d'examiner s'il y avait encore d'autres solutions. Celui-ci a indiqué que le maximum

réalisable avait été fait. Le médecin a dès lors acquis la conviction que les souffrances de la patiente étaient insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. La commission considère que lorsqu'il est question de troubles psychiatriques la demande d'euthanasie doit être traitée avec la plus grande réserve. Le médecin, généraliste, a consulté un psychologue clinicien et un psychiatre clinicien. La commission juge que le médecin a pu acquérir la conviction que les souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration, que la demande d'euthanasie était volontaire et mûrement réfléchie, et que les autres critères de rigueur ont également été respectés.

TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES ASSOCIÉS

CAS 2016-11

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-11 sur le site internet.

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de troubles psychiatriques et somatiques associés, voir le code de déontologie, p. 26 et 27.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : divergence de vues entre le médecin et le consultant concernant le caractère mûrement réfléchi de la demande et les souffrances, consultation d'un autre praticien par le médecin

Le patient, septuagénaire, souffrait depuis 50 ans de migraines fréquentes. Le traitement médicamenteux prescrit par un neurologue n'ayant pas eu d'effet, le patient avait cessé de le suivre. Il indiquait avoir dès lors souffert d'angoisse. Il avait été déclaré inapte au travail trente ans auparavant. Les dix à quatorze dernières années de sa vie, il souffrait d'autres symptômes physiques : tension élevée, douleurs abdominales, douleurs articulaires, vertiges et troubles de l'équilibre. Ces symptômes s'étaient aggravés au fil du temps. Les vingt-cinq dernières années, divers psychiatres avaient suivi le patient dans le cadre d'entretiens et de traitements médicamenteux contre la dépression. Il avait fait un bref séjour dans une clinique quatre ans avant son décès, et il avait été hospitalisé durant une année un an et demi plus tard, à la suite de plusieurs tentatives de suicide. Des antidépresseurs lui avaient alors été administrés et il avait été traité à cinq reprises par électroconvulsivothérapie. En l'absence d'amélioration notable, il avait refusé d'autres séances. Deux ans avant son décès, le diagnostic qui avait d'abord été établi (dépression) avait été remplacé par celui de trouble dysthymique (forme plus légère de dépression), trouble de la personnalité (sans précision), et trouble somatoforme douloureux. Toute guérison était exclue. Le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration de la qualité de la vie). Le patient refusait tout traitement médicamenteux

de ses troubles psychiques compte tenu des effets secondaires indésirables éprouvés. Il ne sortait plus de chez lui à cause de ses nombreux problèmes physiques et son trouble de la personnalité l'avait privé de tout contact social. Il n'était plus capable de regarder la télévision ni d'exercer un passe-temps. Il ne pouvait plus que rester désœuvré, allongé à attendre la mort. Il trouvait sa vie dépourvue de sens et inhumaine, et ses souffrances lui étaient insupportables. Il avait demandé au médecin de pratiquer une euthanasie.
Le médecin a fait appel à un psychiatre indépendant en vue de vérifier la capacité du patient à exprimer sa volonté et d'examiner s'il restait de réelles possibilités de thérapeutiques permettant de soulager ses souffrances. Le psychiatre a jugé le patient apte à exprimer une demande volontaire d'euthanasie ; concernant la composante psychiatrique de ses souffrances, il a estimé qu'il ne restait aucune possibilité thérapeutique.
Le médecin a consulté un collègue indépendant du SCEN. Celui-ci a jugé le patient apte à exprimer sa volonté mais, considérant sa personnalité, il a émis des doutes quant au caractère mûrement réfléchi de sa demande. Il n'a pas non plus acquis la conviction que ses souffrances étaient insupportables et sans espoir d'amélioration. Le médecin a ensuite soumis le cas à un autre praticien du SCEN, qui a non seulement contacté le médecin et le psychiatre auquel il avait fait appel mais aussi le premier consultant. Il s'est aussi concerté avec des collègues du SCEN. Il a ainsi pu rechercher de façon plus ciblée s'il restait d'autres possibilités de soulager les souffrances du patient. Le deuxième consultant a conclu que les critères de rigueur étaient respectés.
La commission fait observer qu'un médecin n'est pas censé « glaner » les avis de divers consultants jusqu'à ce qu'il trouve celui qui lui convient. Lorsqu'un consultant estime que les critères de rigueur ne sont pas encore remplis ou émet des réserves, il incombe au médecin de mieux expliquer pourquoi il est convaincu que ces critères sont remplis. La commission juge par ailleurs que le médecin s'est efforcé de motiver sa perspective et de la discuter. La commission juge que le médecin a agi conformément aux critères de rigueur.

DÉMENCE

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de démence, voir le code de déontologie, p. 27 et 28.

La question de l'euthanasie en cas de démence s'est trouvée à plusieurs reprises sous les feux des médias au cours de l'année écoulée. On peut distinguer les cas de patients atteints d'un début de démence (c'est-à-dire se trouvant dans la phase où ils ont encore une bonne compréhension de leur maladie et de leurs symptômes, tels que l'altération de l'orientation et de la personnalité) et ceux de patients se trouvant à un stade plus avancé qui ne sont plus capables de formuler eux-mêmes la demande d'euthanasie. Dans ces derniers cas, un testament de vie rédigé antérieurement peut remplacer une demande concrète orale.

Concernant les points à considérer en matière de testament de vie, voir le code de déontologie, p. 23 et suivantes.

L'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL permet la mise en œuvre de l'euthanasie sur la base d'un testament de vie :
« 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. »

CAS 2016-94
DÉBUT DE DÉMENCE

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-94 sur le site internet.

D'autres jugements des RTE relatifs à des cas impliquant la démence sont disponibles sur la page internet https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/d/dementie/documenten.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : capacité du patient à exprimer sa volonté, caractère insupportable des souffrances

La patiente, sexagénaire, souffrait de pertes de mémoire depuis fin 2011 à la suite d'un AIT (interruption transitoire de la circulation sanguine dans l'une des artères cérébrales). Début 2013, une démence présénile (survenant chez des patients encore jeunes) avait été diagnostiquée. Au cours des années suivantes, la maladie avait progressé et la patiente devait être aidée dans un nombre croissant de tâches. À l'automne 2015, il était devenu clair qu'elle devrait bientôt être placée en accueil de jour. Elle souffrait de ne plus pouvoir fonctionner de façon autonome et de dépendre en tout des autres. Elle ne pouvait par exemple plus lire ni écrire, elle ne parvenait plus à finir ses phrases, elle ne pouvait plus conduire et n'était plus capable de s'habiller. La patiente se sentait prisonnière de sa maison. Elle se rendait compte qu'elle ne pouvait plus participer à la société de façon autonome et qu'elle avait perdu le contrôle de sa vie. Elle en souffrait de façon insupportable, ayant toute sa vie été très indépendante. Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.

Dès la mi 2013, la patiente avait discuté avec le médecin de son souhait d'être à un moment donné euthanasiée. Elle lui avait remis un testament de vie qu'elle avait ensuite actualisé à plusieurs reprises et dont elle avait spécifiquement signé la clause relative à la démence. En 2015, elle avait exprimé son souhait avec plus d'insistance et environ deux mois avant son décès elle avait déclaré qu'elle voulait que l'euthanasie soit pratiquée dans les trois mois. Elle refusait absolument un placement en accueil de jour ou en établissement de long séjour. Elle avait réitéré sa demande concrète dans trois autres entretiens avec le médecin.
Celui-ci a considéré que cette demande était volontaire et mûrement réfléchie. Le consultant a établi que la patiente était encore tout à fait capable d'expliquer le caractère insupportable de ses souffrances et d'exprimer clairement son souhait d'euthanasie. La commission juge que le médecin a agi conformément aux critères de rigueur.

CAS 2016-62
DÉMENCE AVANCÉE

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-62 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : valeur du testament de vie en cas de démence avancée rendant le patient inapte à exprimer sa volonté

En 2005, une démence (maladie d'Alzheimer) avait été diagnostiquée chez le patient. Pendant quelques années, son fonctionnement ne s'était pas trop altéré mais à partir de 2009 sa santé avait décliné. La dernière année de sa vie, son état s'était beaucoup dégradé. Le patient était alors sexagénaire. À partir de 2010, il avait parlé d'euthanasie avec le médecin. La même année, il avait rédigé une lettre manuscrite indiquant pour la première fois ses souhaits quant à l'avenir. Il avait signé un testament de vie qu'il avait complété en 2012, après un certain nombre d'entretiens avec le médecin, en précisant les circonstances concrètes dans lesquelles il ne voudrait plus vivre : s'il changeait de personnalité au point de se sentir malheureux en permanence, devenait agressif et pénible, ne reconnaissait plus ses proches, devait finir en attendant la mort comme un des membres de sa famille qui souffrait lui aussi de la maladie d'Alzheimer, ne pouvait plus prendre soin de lui-même et devenait totalement dépendant, et s'il endurait des souffrances sans espoir d'amélioration. Lorsque cela était encore possible, le patient avait exprimé à plusieurs reprises, devant le médecin comme devant sa famille, son souhait d'être à un moment donné euthanasié, et il avait actualisé son testament de vie. Puis il n'avait plus pu formuler sa demande ; il confirmait cependant encore sa volonté de mourir par diverses manifestations orales et physiques. Sa femme avait demandé au

médecin de mettre en œuvre la demande d'euthanasie consignée par écrit. À ce moment-là, le patient souffrait de problèmes cognitifs, d'apathie, d'apraxie (difficulté d'exécution des mouvements volontaires), d'agnosie (incapacité de reconnaître/nommer ce qui est perçu) et d'altération du comportement.
Il était complètement dépendant de sa femme. Lorsqu'il se réveillait le matin, il était totalement désorienté et très triste. Il ne savait plus comment faire pour se lever. Lorsqu'il devait être aidé dans les actes quotidiens de la vie, son visage trahissait son chagrin et sa frustration. Il avait indiqué à plusieurs reprises ne plus pouvoir ni vouloir continuer ainsi. Il se trouvait dans une situation où l'on attendait constamment de lui des choses qu'il ne comprenait plus. Il paniquait, s'effrayait ou se mettait en colère. Il dormait beaucoup. Il ne reconnaissait plus ses enfants et ne savait plus qu'il avait des petits-enfants.
Le médecin a fait appel à un consultant indépendant, spécialiste en gériatrie, afin d'établir si les souffrances du patient étaient insupportables. Le gériatre en a acquis la conviction. D'après lui, la situation dans laquelle se trouvait le patient était celle qu'il avait antérieurement décrite comme insupportable.
Le médecin a été convaincu du caractère insupportable des souffrances du patient et de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Selon lui, la situation du patient correspondait aux circonstances dont il avait indiqué dans son testament de vie qu'il ne voulait pas les subir.
La commission considère qu'il ressort du dossier qu'au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie le patient n'était plus apte à exprimer sa volonté. La commission juge par ailleurs que le médecin a pu acquérir la conviction que lors de la rédaction du testament de vie le patient était capable d'apprécier convenablement ses intérêts. En concertation avec le médecin, le patient a régulièrement actualisé son testament de vie, avant et après sa rédaction et sa signature. Il s'est aussi ensuite entretenu à plusieurs reprises avec sa famille et avec les médecins de son souhait d'être à terme euthanasié. Lorsqu'il n'a plus été apte à exprimer sa volonté, il a manifesté par des signes oraux et physiques qu'il voulait toujours qu'un terme soit mis à sa vie. Il n'y a eu aucun signe indiquant le contraire. La commission juge que le médecin a démontré avoir raisonnablement pu établir que la demande formulée dans le testament de vie revêtait un caractère volontaire et mûrement réfléchi.
En outre, la commission considère que les souffrances du patient telles que décrites dans le dossier étaient évidentes, même s'il ne pouvait plus en faire état par lui-même, et correspondaient parfaitement au contenu de son testament de vie. La conviction du médecin repose sur divers éléments : sa propre observation du patient, le processus d'accompagnement préparatoire à une éventuelle euthanasie qu'il a soigneusement mené durant plusieurs années, les entretiens avec la famille, le rapport

du consultant et celui du gériatre indépendant. La commission constate que le médecin a agi avec toute la prudence recommandée face à un patient en état de démence avancée. Il a ainsi fait appel non seulement à un consultant mais aussi à un gériatre indépendant qui a dressé le tableau des souffrances ; c'est notamment sur cette base que le consultant a pu conclure au respect des critères de rigueur. La commission juge que le médecin a démontré avoir pu acquérir la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration, et que les autres critères de rigueur ont également été respectés.

POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

Ainsi qu'il ressort de l'arrêt prononcé en 2002 par la Cour suprême dans l'affaire Brongersma, les souffrances insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration endurées par le patient doivent être dues à une maladie ou affection médicalement répertoriée, d'ordre somatique ou psychiatrique. Les souffrances peuvent aussi être causées par l'accumulation de pathologies gériatriques et des symptômes afférents, comme dans les deux cas suivants.

CAS 2016-96

Voir à ce propos le code de déontologie, p. 13, et p. 31 et 32.

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-96 sur le site internet.

D'autres jugements des RTE relatifs à des cas impliquant des polypathologies gériatriques sont disponibles sur la page internet https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/s/stapeling-van-ouderdoms-aandoeningen/documenten.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : souffrances insupportables causées par des polypathologies gériatriques

La patiente, octogénaire, souffrait d'arthrose (usure articulaire), ce qui avait nécessité la pose d'une prothèse complète de la hanche et de deux prothèses du genou. Elle était aussi atteinte d'arthrite rhumatoïde (maladie auto-immune inflammatoire affectant les articulations) et de dégénérescence maculaire (altération des cellules de la partie centrale de la rétine). Durant la dernière année de sa vie, son état s'était considérablement aggravé. Sa mobilité était de plus en plus réduite et elle avait constamment froid. Elle souffrait de douleurs dans le genou et compte tenu de sa très faible acuité visuelle et de sa mobilité réduite, elle ne quittait plus sa chaise et pouvait faire de moins en moins de choses. Son état de dépendance s'aggravait. Elle ne pouvait plus regarder la télévision, lire ni écrire. La dernière année de sa vie, elle n'était presque pas sortie de chez elle. En dépit de l'aide journalière de sa famille et du service de soins à domicile, elle restait souvent seule. Elle était alors angoissée et craignait de tomber. La patiente refusait le placement en établissement de long séjour en raison de la mauvaise expérience qu'elle

en avait eu à la suite de ses opérations. Sa vie lui paraissait dépourvue de sens et elle savait que son état de santé irait en empirant. 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 dominantes.
La commission juge que le médecin a agi conformément aux critères de rigueur.

CAS 2016-44

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-44 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : souffrances insupportables causées par la perte de la vision

Le patient, octogénaire, était depuis dix ans atteint aux deux yeux d'une dégénérescence maculaire (altération des cellules de la partie centrale de la rétine) entraînant des troubles de la vision. À peu près à la même époque, il avait perdu la vue de l'œil droit par suite d'une occlusion vasculaire rétinienne. Six mois avant son décès, l'état de son œil gauche s'était aggravé en dépit du traitement suivi, au point qu'il ne pouvait plus lire même en utilisant des instruments d'aide à la vision. Le patient avait par ailleurs des difficultés à marcher, que sa quasi cécité renforçait encore. Au cours des dernières années, il lui était arrivé de tomber par suite d'un malaise.

Devenu presque aveugle, le patient ne pouvait plus lire (alors qu'il en ressentait fortement le besoin) ni pratiquer ses autres passe-temps. Il souffrait de ne plus exercer ces activités qui lui étaient essentielles. Il souffrait également de la réduction de son autonomie entraînée par sa mauvaise vue et de l'absence de perspective d'amélioration de sa situation. Le patient, qui avait toujours eu un large éventail d'intérêts et un grand appétit intellectuel, ressentait ses souffrances comme insupportables.
La commission juge que le médecin a démontré avoir pu acquérir la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration, et que les instruments d'aide à la vision et une éventuelle opération n'auraient pas augmenté de façon sensible sa capacité de lire. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

3 *NON*-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

Le présent rapport n'expose pas tous les cas de non-respect des critères de rigueur. Les jugements 2016-23, 2016-24, 2016-37, 2016-53, 2016-86 et 2016-87 sont disponibles sur le site internet.

Les commissions régionales explicitent toujours davantage les jugements dans lesquels elles concluent que le médecin n'a pas agi conformément aux critères de rigueur. Ces jugements ne sont en effet formulés qu'après avoir donné au médecin la possibilité d'apporter oralement un complément d'information. Le non-respect des critères de rigueur concerne souvent l'exigence de consulter un médecin indépendant et de la rigueur médicale dans la mise en œuvre. Pour 2016, les RTE ont par ailleurs jugé dans un cas que le médecin ne pouvait pas être indubitablement convaincu du caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, et qu'il n'avait pas pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise. Dans un autre cas, elles ont jugé que le médecin n'avait pas démontré qu'il avait pu acquérir la conviction que les souffrances étaient dépourvues de perspective d'amélioration et qu'il n'y avait aucune autre solution raisonnable.

NON-RESPECT DE LA RIGUEUR MÉDICALE REQUISE DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'EUTHANASIE

En 2016, les commissions ont jugé à six reprises qu'un médecin n'avait pas pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise, une exigence concernant notamment le choix des produits à utiliser et leur dosage, ainsi que la vérification de la profondeur du coma. Pour apprécier le respect de ce critère, les commissions se basent sur la directive de 2012 de la KNMG et de la KNMP « Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide ». S'agissant de la mise en œuvre, il importe de faire la distinction entre interruption de la vie sur demande (le médecin administre les produits) et aide au suicide (le patient prend lui-même les produits que lui a remis le médecin). L'interruption de la vie sur demande doit être pratiquée en administrant par voie intraveineuse une substance provoquant le coma (par exemple du thiopental), puis lorsque le coma est suffisamment profond un myorelaxant (par exemple du rocuronium). Dans les cas mentionnés ici, la quantité de produit induisant le coma ne correspond pas aux préconisations de la directive ou la profondeur du coma n'a pas été suffisamment vérifiée. Le non-respect de la posologie préconisée par la directive est considéré comme problématique dans la mesure où le patient risque alors de ressentir les effets négatifs du myorelaxant. Si le médecin ne suit pas ces recommandations, il devra motiver solidement sa décision.

CAS 2016-57

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-57 sur le site internet.

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : non-respect des préconisations de la directive relative aux produits, contrôle insuffisant du coma

Dans le présent cas, le médecin a pratiqué l'interruption de la vie sur demande en administrant par voie intraveineuse 1 500 mg de thiopental (produit inducteur de coma) au lieu de 2 000 mg, et 100 mg de rocuronium (myorelaxant) au lieu de 150 mg.
La commission a demandé au médecin pourquoi il s'était écarté des préconisations de la directive et de quelle façon il avait contrôlé la profondeur du coma de la patiente avant d'administrer le myorelaxant.
Le médecin a d'abord été prié de s'expliquer par écrit puis dans le cadre d'un entretien, au cours duquel il a indiqué que selon son expérience le patient sombre en général rapidement dans un sommeil profond après l'injection de thiopental. Il est déjà inconscient à la moitié de la dose.
Normalement ce médecin administre toujours la dose maximale de thiopental puis, tout de suite après, le rocuronium. Il n'effectue pas de contrôle particulier du coma. Concernant la profondeur du coma, il se fie plutôt à son instinct (arrêt de la respiration, relâchement total) et au fait que la quantité de thiopental administrée constitue déjà un surdosage important. Il n'a jamais constaté de problème après l'injection de rocuronium, au sens d'une réaction visible du patient, y compris dans le cas considéré où il n'a pas administré la dose maximale de thiopental.
L'état des voies veineuses de la patiente rendaient la pose d'une perfusion difficile. Une infirmière ayant l'expérience des anesthésies s'en est chargée et a conseillé au médecin de ne pas utiliser une seringue de 20 ml mais quatre de 5 ml pour administrer le produit. Le médecin a suivi ce conseil pour épargner le vaisseau sanguin. Il a d'abord injecté un anesthésiant (lidocaïne) et a constaté ce faisant le bon fonctionnement de la perfusion. Lors de la première injection de thiopental la patiente a régi en disant « aïe ». Le médecin a procédé lentement, craignant que la veine ne résiste pas à l'injection. La patiente s'est endormie durant cette première injection.
Durant la troisième, le médecin a senti plus de résistance et il a pensé que la circulation sanguine ralentissait. Se rappelant le conseil d'un collègue de ne pas trop attendre pour administrer le myorelaxant parce que l'arrêt de la circulation l'empêcherait de se diffuser dans l'organisme, il a décidé d'administrer rapidement le myorelaxant et a pratiqué une première puis une deuxième injection. La troisième s'avérant difficile à réaliser, il a décidé de contrôler si le décès était intervenu. Il n'a plus entendu de battement cardiaque et a constaté l'absence de réflexe de la pupille.

La commission juge que le médecin a utilisé une trop faible dose de produit inducteur de coma et qu'il n'a pas correctement contrôlé le coma avant d'administrer le rocuronium. En conséquence, elle n'est pas convaincue – et, de fait, il n'est pas certain – que le coma était assez profond pour que la patiente ne ressente absolument rien. Il était ici d'autant plus important de contrôler ce point que la dose de thiopental utilisée était inférieure à celle préconisée. Selon la commission, il ne peut donc être totalement exclu que le coma n'était pas suffisamment profond et que la patiente a en conséquence pu ressentir les effets du myorelaxant. La commission ne peut que conclure que le médecin n'a pas pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale prescrite.

Concernant le non-respect de la rigueur médicale dans la mise en œuvre, les jugements 2016-23, 2016-24, 2016-37 et 2016-87 sont disponibles sur le site internet. Voir aussi le jugement 2016-85, p.54 et suivantes du présent rapport.

NON-RESPECT DU CRITÈRE RELATIF À LA CONSULTATION D'AU MOINS UN AUTRE MÉDECIN INDÉPENDANT

Concernant les points à considérer en matière de consultation indépendante, voir le code de déontologie, p. 16 et suivantes.

L'article 2, paragraphe 1, point e, de la loi WTL stipule que le médecin doit avoir consulté au moins un confrère indépendant, qui a vu le patient et a donné par écrit son jugement concernant les critères de rigueur visés aux points a à d. Indépendant signifie, dans ce contexte, qu'il doit être en situation d'émettre son propre jugement, sans se laisser influencer par le patient ni le médecin.

CAS 2016-45

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-45 sur le site internet.

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : absence de consultation indépendante, lien de subordination et donc relation de dépendance entre le médecin et le consultant

Dans le cas présent, un médecin spécialiste a consulté un collègue travaillant dans le même service hospitalier. La commission a fait venir le médecin signaleur lors d'une réunion pour l'interroger sur cette consultation. Dans une précédente réponse écrite, il avait déjà indiqué avoir demandé à un collègue de son service, membre de l'équipe hospitalière de soins palliatifs, à quel confrère il pouvait faire appel comme consultant indépendant. Le médecin n'avait encore jamais pratiqué d'euthanasie en milieu hospitalier. Aucun des confrères indiqués n'étant disponible, et vu le souhait pressant du médecin de ne pas retarder la procédure pour des raisons logistiques, le collègue s'était lui-même proposé comme consultant. La commission a fait remarquer lors de la réunion que les médecins du SCEN peuvent se déplacer très rapidement et que faire appel à eux n'aurait pas retardé la procédure. Le médecin et son collègue se sont demandé si le fait de travailler dans le même service était un obstacle à la consultation.
Ils croyaient que seul le fait d'avoir tous les deux une relation de soin avec le patient (ce qui n'était pas le cas) constituait un empêchement.
Concernant sa relation avec son collègue consultant, le médecin a indiqué être le chef du service et donc officiellement le supérieur hiérarchique de son collègue ; mais au sein du service l'organisation répond à un modèle horizontal. Chacun gère son propre groupe de patients et en assume la responsabilité. Le médecin pensait donc que son collègue pouvait émettre un avis indépendant.
La commission considère que le consultant doit émettre un avis indépendant et qu'il faut éviter tout semblant d'atteinte à ce principe. La consultation d'un confrère indépendant a pour but de favoriser un processus décisionnel aussi scrupuleux que possible. L'exigence

d'indépendance du consultant par rapport au médecin implique d'exclure en principe à ce titre un collègue du même cabinet médical, un associé, un membre de la famille ou un médecin ayant une quelconque relation de dépendance avec le médecin demandeur. La commission juge qu'il existe une relation de subordination et donc de dépendance entre le médecin et le consultant. Le fait que le service ait un modèle d'organisation horizontale dans lequel chacun est responsable de son propre groupe de patients n'y change rien.
La commission juge que, si le médecin a effectivement consulté un autre praticien qui a examiné le patient et émis un avis écrit sur le respect des critères de rigueur, l'exigence d'indépendance du consultant n'a cependant pas été remplie.

Concernant le non-respect des exigences relatives à la consultation, voir les jugements 2016-53 et 2016-86 sur le site internet.

NON-RESPECT DES CRITÈRES RELATIFS À L'ABSENCE DE PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION DES SOUFFRANCES ET À L'ABSENCE D'AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

Concernant divers points généraux relatifs aux souffrances insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration, voir le code de déontologie, p.13 et suivantes.

Les souffrances d'un patient sont considérées comme sans perspective d'amélioration lorsqu'elles sont dues à une maladie ou affection incurable et qu'il est impossible d'atténuer les symptômes de telle sorte qu'ils deviennent tolérables. Ce critère est rempli lorsqu'il n'y a pas de réelle possibilité de traitement curatif ou palliatif pouvant être raisonnablement administré au patient, et rejoint par-là celui énonçant qu'il ne doit exister aucune autre solution raisonnable pour supprimer les souffrances du patient. La question de l'existence d'autres solutions raisonnables doit être considérée dans le contexte du diagnostic posé.

CAS 2016-21

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-21 sur le site internet.

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : examen trop rapide de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et des éventuelles autres possibilités thérapeutiques, le médecin ignore sans plus l'avis du neurologue et celui du psychiatre

Le patient, quinquagénaire, était atteint de la maladie de Parkinson, diagnostiquée quatre ans avant le décès. Il prenait des médicaments et avait suivi à différents stades de sa maladie plusieurs traitements, dont une psychothérapie destinée à l'aider à mieux accepter sa maladie. Il avait subi à deux reprises une stimulation cérébrale profonde (implantation dans le cerveau d'électrodes qui envoient des signaux réprimant des symptômes particuliers), la dernière fois environ cinq mois avant son décès, le tout sans le résultat souhaité. Les symptômes s'étaient aggravés depuis la dernière intervention, renforçant les tensions et les sentiments d'angoisse et d'impuissance du patient. Il ressentait ses souffrances comme insupportables et avait demandé l'euthanasie à son médecin.
À la demande de celui-ci, un psychiatre a examiné le patient et l'a jugé apte à exprimer sa volonté. Il a estimé que, outre la maladie de Parkinson, un élément psychique jouait un rôle et n'avait pas encore été suffisamment traité. Le psychiatre a conseillé de tenter un traitement par antidépresseur que le patient a cessé de prendre après quelques jours, trouvant qu'il aggravait encore ses symptômes. Il ne voulait plus suivre de psychothérapie visant à atténuer les symptômes de la maladie de Parkinson, qui étaient incurables et allaient en s'aggravant.
Le neurologue qui le suivait jugeait qu'il avait une forme légère de Parkinson et que les tremblements afférents étaient essentiellement dus à des facteurs émotionnels. Il estimait aussi que l'angoisse du patient concernant l'avenir était déterminante. Selon lui, il s'agissait de traiter correctement l'angoisse et le trouble de l'humeur sous-jacent. Il ne pouvait pas souscrire à la demande d'euthanasie du patient sur la base de la gravité de sa maladie de Parkinson. Il considérait aussi que puisqu'il ne pouvait pas souscrire à la demande du point de vue neurologique et que le patient refusait tout traitement psychiatrique, il n'était pas véritablement possible d'établir que les souffrances étaient dépourvues de toute perspective d'amélioration.
Le médecin signaleur a acquis la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.
La commission s'est interrogée sur l'absence de perspective d'amélioration et a demandé au médecin de fournir des explications complémentaires écrites, puis orales. Le médecin a estimé qu'on ne pouvait plus rien

faire pour le patient, compte tenu de l'histoire de sa maladie, de sa personnalité et de son vécu. La commission lui ayant demandé s'il était convaincu qu'agir sur le stress aurait permis de réduire les symptômes de la maladie de Parkinson et donc les tremblements, le médecin a répondu qu'il n'en était pas convaincu.
La commission renvoie au jugement du psychiatre (l'élément psychique était insuffisamment traité) et à celui du neurologue (forme légère de Parkinson dans laquelle les facteurs psychiques jouent un rôle et peuvent être traités), et elle souligne la rapidité de la procédure (le médecin a eu deux entretiens en huit jours avec le patient). La commission considère les points suivants : dans le cas d'une procédure rapide, elle attache une grande importance à une communication intensive, non seulement entre le médecin et le patient, mais aussi entre le médecin et les autres intéressés. Dans une telle situation, le médecin doit faire tout ce qui est raisonnablement possible pour réunir toutes les informations pertinentes. La commission estime que le médecin n'aurait pas dû ignorer sans autre forme d'examen les avis du neurologue et du psychiatre. Il aurait dû se concerter avec eux ou avec un autre spécialiste. Vu précisément la rapidité du déroulement et le fait qu'il n'avait eu que deux entretiens avec le patient, il aurait dû utiliser cette concertation pour confronter son jugement à celui des spécialistes mentionnés. C'est pourquoi la commission juge que le médecin n'a pas démontré avoir pu acquérir la conviction que les souffrances du patient étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable pour les soulager.

NON-RESPECT DES CRITÈRES RELATIFS AU CARACTÈRE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHI DE LA DEMANDE ET À LA RIGUEUR MÉDICALE DE LA MISE EN ŒUVRE

Concernant divers points généraux relatifs à la demande volontaire et mûrement réfléchie, voir le code de déontologie, p. 11 et suivantes.

Concernant la rigueur médicale de la mise en œuvre, voir le code de déontologie, p. 20 et suivantes.

Il est possible de donner suite à la demande d'euthanasie d'un patient dont le processus de démence a atteint un stade d'avancement tel qu'il n'est plus capable d'exprimer sa volonté ni de communiquer – ou uniquement à l'aide de termes simples ou de gestes – s'il a rédigé un testament de vie lorsqu'il en était encore capable. Ce document doit être dépourvu de toute ambiguïté et s'appliquer indéniablement à la situation présente (voir le cas 2016-62).
Le médecin et le consultant devront prendre en compte l'ensemble de l'évolution de la maladie ainsi que toutes les autres circonstances spécifiques.
Cela suppose d'interpréter le comportement du patient et ce qu'il a exprimé d'une façon ou d'une autre tant pendant sa maladie que juste avant la mise en œuvre de l'euthanasie. Il doit être plausible, au moment de pratiquer celle-ci, qu'elle correspond bien à la teneur du testament de vie rédigé antérieurement et qu'il n'y a aucune contre-indication (comme des signes clairs montrant que le patient ne veut pas que sa vie soit interrompue). Il doit être également plausible qu'à ce même moment le patient ressent ses souffrances comme insupportables, conclusion que le médecin pourra tirer, comme indiqué plus haut, en s'appuyant sur le testament de vie.

CAS 2016-85

Pour le texte intégral, voir le jugement 2016-85 sur le site internet.

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : ambiguïté du testament de vie d'une patiente incapable d'exprimer sa volonté, et mise en œuvre dépourvue de la rigueur médicale requise

La patiente, septuagénaire, avait commencé à manifester des troubles de la mémoire neuf ans avant son décès. Cinq ans plus tard, la maladie d'Alzheimer avait été diagnostiquée. Un an avant le décès, l'évolution de la maladie s'était accélérée. La patiente était angoissée, triste et agitée. L'après-midi, son humeur s'assombrissait, elle devenait émotive, pleurait facilement et disait qu'elle voulait mourir. Lorsque son mari n'était plus parvenu à s'occuper d'elle, elle avait été placée dans l'établissement de long séjour qui l'accueillait déjà cinq journées par semaine.
Peu avant le diagnostic, la patiente avait rédigé ses directives anticipées de fin de vie et en avait discuté avec son généraliste et son gériatre. Selon ces médecins elle était alors apte à exprimer sa volonté. Elle avait actualisé ce testament de vie un an avant son décès et en avait de nouveau discuté avec son généraliste, qui jugeait qu'elle était encore apte à exprimer sa volonté. Dans les deux testaments de vie, elle indiquait ne

pas vouloir être placée dans un établissement pour personnes âgées atteintes de démence (clause relative à la démence). Elle indiquait vouloir faire ses adieux à ses proches dignement et ne pas vouloir suivre le même chemin que sa mère qui avait été placée en établissement. Dans le premier testament de vie, elle indiquait qu'elle voulait qu'une euthanasie soit pratiquée avant qu'elle perde toute aptitude à exprimer sa volonté et ne puisse plus continuer à vivre chez elle avec son mari. Dans le second, elle écrivait qu'elle voulait faire appel à la possibilité de l'euthanasie lorsqu'elle jugerait elle-même qu'il serait temps. Elle terminait avec la phrase : « Comptant que, lorsque la qualité de ma vie sera dégradée à ce point… l'euthanasie sera pratiquée à ma demande. »
À la fin de l'année précédant le décès, l'état de la patiente s'est de plus en plus dégradé et elle disait régulièrement vouloir mourir. Elle ajoutait souvent ensuite : « Mais pas maintenant. » À cette époque, la patiente et son mari ont parlé d'euthanasie avec le généraliste. Durant cet entretien, elle a dit trouver que l'euthanasie allait trop loin. Lorsque le médecin a évoqué un possible placement dans un établissement de long séjour, elle a répondu : « D'accord, peut-être à ce moment-là. »
Au cours de l'entretien relatif au placement (sept semaines avant le décès), le mari a demandé au médecin la mise en œuvre de l'euthanasie sur la base du testament de vie. Le médecin a ensuite observé la patiente attentivement à plusieurs reprises et il s'est entretenu avec elle. Selon lui, elle ne comprenait plus les mots euthanasie et démence. Elle disait régulièrement au personnel de l'établissement de long séjour qu'elle voulait mourir. Sur la base de ses observations et de ses entretiens, le médecin pensait déceler « entre les lignes » l'expression du souhait d'euthanasie de la patiente. Mais à cette époque également, celle-ci répondait souvent quand on parlait de la mort : « Pas maintenant, ce n'est pas encore grave à ce point. »
Le médecin qui a pratiqué l'acte a consulté deux collègues indépendants du SCEN. Le premier, un psychiatre, a établi que la patiente était inapte à exprimer sa volonté et a constaté qu'elle souffrait de façon insupportable et sans perspective d'amélioration. Selon, lui, ces souffrances étaient dues à la perte totale de contrôle sur sa situation, une situation qu'elle ne comprenait pas et qu'elle refusait. Sa vie semblait une suite d'épisodes d'agressivité, de désespoir, d'agitation et d'épuisement. Il estimait que le testament de vie remplaçait la demande orale. Le deuxième médecin consultant a conclu que les critères de rigueur étaient respectés.
Le médecin a pratiqué l'euthanasie en administrant en prémédication 15 mg de dormicum (dissous dans du café) puis, après trois quarts d'heure, encore 10 mg de ce produit par injection sous-cutanée. Environ 40 minutes plus tard, le médecin a administré 2 000 mg de thiopental, suivis quelques minutes après de 150 mg de rocuronium. Dans son compte rendu, le médecin indique que durant l'injection de thiopental la patiente s'est réveillée et a opposé une résistance physique.

La commission a demandé des explications orales complémentaires. Elle a noté que la patiente avait été placée en établissement de long séjour alors qu'elle l'avait toujours refusé, et qu'elle ne pouvait plus non plus demander elle-même l'euthanasie alors que, selon les termes de ses divers testaments de vie, elle avait toujours considéré qu'elle le pourrait.
La mise en œuvre a aussi soulevé les questions de la commission. (De même que dans un premier temps les souffrances ; mais le médecin a démontré avoir raisonnablement pu acquérir la conviction qu'elles étaient insupportables et sans perspective d'amélioration).
Concernant la demande d'euthanasie, le médecin a expliqué avoir fait la connaissance de la patiente lors du placement dans l'établissement de long séjour. Elle était alors incapable d'exprimer sa volonté. Le médecin a estimé que la patiente avait droit à l'euthanasie à cause de ses souffrances et parce que le testament de vie montrait qu'elle n'aurait jamais voulu se retrouver dans cette situation de placement. Le médecin a vérifié auprès du gériatre traitant et du généraliste que la patiente était apte à exprimer sa volonté lors de la rédaction du testament de vie. Tous deux ont confirmé que c'était le cas.
Le médecin n'a pas considéré la réaction de la patiente au moment de l'injection de thiopental comme le signe d'un possible refus de l'euthanasie. Elle n'était pas apte à exprimer sa volonté, le médecin n'a pas considéré ce qu'elle disait à ce moment-là comme pertinent. Il n'a pas non plus jugé opportun d'interrompre l'euthanasie à ce stade.
La commission a également questionné le généraliste sur les entretiens menés à propos de l'euthanasie et le moment où la patiente est devenue inapte à exprimer sa volonté. Le généraliste s'est entretenu plusieurs fois avec la patiente lorsqu'elle était encore en possession de ses moyens. Il était clair qu'elle ne voulait pas être placée en établissement de long séjour mais aussi qu'elle trouvait qu'il n'était pas encore temps de mettre l'euthanasie en œuvre. Elle est ensuite devenue plus vague sur ce qu'elle souhaitait sur ce point. Lorsque, quelques mois avant le décès, il est apparu que le placement devenait nécessaire, le généraliste a invité la patiente et son mari à venir le consulter. La patiente ne pensait pas du tout à l'euthanasie et ne comprenait plus de quoi il s'agissait. Après avoir entendu les explications du généraliste sur ce que cela signifiait, elle a indiqué qu'elle n'en voulait pas. Lorsqu'on lui a rappelé qu'elle ne voulait pas être placée en établissement de long séjour, elle a dit qu'elle voudrait peut-être alors une euthanasie. Le généraliste lui ayant expliqué comment cela se passait, elle a trouvé que « cela allait quand même trop loin ». Autrement dit, elle n'était plus capable d'exprimer ce qu'elle souhaitait concernant l'euthanasie. Cela était devenu le cas dans le courant de l'année précédant le décès, sans que le généraliste puisse indiquer à quel moment précis.
Durant son entretien avec la commission, le médecin a expliqué avoir administré le dormicum dans le café parce que, la patiente ne prenant

aucun médicament, elle aurait peut-être refusé de prendre le produit si on lui avait demandé de le faire. La dose supplémentaire a été administrée lorsque la première s'est avérée insuffisante. La patiente a trouvé la piqûre désagréable. Après lorsqu'il a été clair qu'elle n'était plus consciente de ce qui se passait autour d'elle – déplacement de meubles, etc. – une perfusion a été posée. Cela a été difficile et long, mais la patiente semblait ne rien remarquer. Cependant lorsque le médecin a essayé d'administrer le thiopental, la patiente s'est redressée, ce que le médecin avait précédemment décrit comme une résistance physique. La patiente a été maintenue par sa famille et le médecin a rapidement administré le reste du produit euthanasiant.
La commission considère que la clause du testament de vie relative à la démence rédigée l'année précédant le décès peut être lue de différentes façons. Les mots employés (« lorsque je jugerai moi-même le moment venu » et « à ma demande ») si l'on tient aussi compte de ceux de la première clause de démence (« avant de perdre toute aptitude à exprimer ma volonté ») peuvent indiquer que la patiente présupposait que, le moment venu, elle pourrait encore demander elle-même l'euthanasie. Le texte du testament de vie lu en parallèle avec la clause relative à la démence, telle que revue un an avant le décès, ne permet pas de conclure sans plus qu'il a été établi afin de remplacer une demande orale au cas où la démence rendrait la patiente inapte à exprimer sa volonté. La commission est certes consciente qu'une autre lecture plus large est aussi possible, selon laquelle la déclaration a été rédigée en vue de remplacer la demande orale. Mais elle juge que la dernière clause relative à la démence ne donne pas d'éléments suffisamment clairs en faveur d'une telle lecture. Si l'on adopte ce point de vue, la clause peut être lue de deux façons opposées. Le doute subsiste donc quant à la question de savoir si la patiente voulait que son testament de vie remplace la demande orale. Compte tenu de ce doute, et considérant qu'il s'agit littéralement d'une question de vie ou de mort et que l'interruption de la vie est sans appel, la commission juge qu'il ne faut prendre aucun risque et adopter la lecture la plus restrictive de la clause relative à la démence. Il s'ensuit que l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL n'était pas applicable.
En l'absence de demande orale concrète d'euthanasie formulée par la patiente et en l'absence de directives anticipées écrites claires, la commission juge que le médecin n'a pas pu acquérir la conviction absolue que la demande était volontaire et mûrement réfléchie.
Concernant la mise en œuvre de l'euthanasie, la commission juge que le médecin a outrepassé les limites. En administrant subrepticement le dormicum, il a tenté de priver la patiente de la possibilité de s'opposer physiquement à la pose de la perfusion et à l'injection du produit euthanasiant. Lorsqu'elle a manifesté une réaction négative, le médecin n'a pas envisagé, à tort selon la commission, que cela pouvait être

interprété comme le signe qu'elle ne voulait pas qu'il pose une perfusion et une aiguille. Bien que la commission reconnaisse qu'il était à ce moment particulièrement difficile pour le médecin de bien saisir ce qu'exprimait la patiente, elle estime qu'il aurait en tout cas dû s'y efforcer. La commission considère que si la patiente était effectivement incapable d'exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, cela n'exclut pas nécessairement qu'elle l'était aussi concernant la pose d'une perfusion ou d'une aiguille, et ce même si le but de ces actes lui échappait.
La commission juge que le médecin aurait dû suspendre la mise en œuvre de l'interruption de la vie afin de réfléchir à la situation, au lieu de poursuivre l'acte. La commission considère qu'en la matière toute contrainte ou apparence de contrainte doit absolument être évitée. Elle conclut donc qu'il est ici impossible d'affirmer que l'euthanasie a été pratiquée avec la rigueur médicale requise.

ÉDITION 54

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

Maquette
Inge Croes-Kwee (Manifesta), Rotterdam

avril 2017

RTE