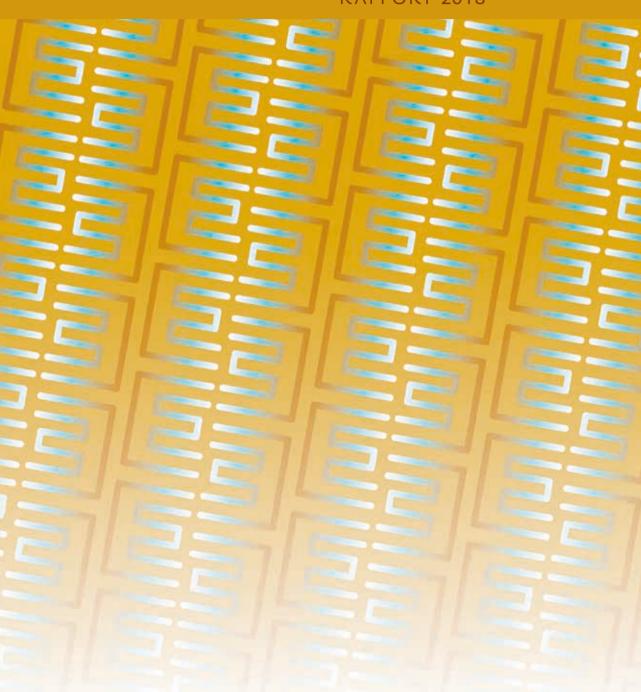
COMMISSIONS REGIONALES
DE CONTROLE
DE L'EUTHANASIE



RAPPORT 2018



# COMMISSIONS REGIONALES DE CONTROLE DE L'EUTHANASIE



RAPPORT 2018

### Note concernant la traduction :

Avec la traduction de leur rapport annuel, les RTE souhaitent faire connaître au public international la pratique néerlandaise en matière d'euthanasie. Des considérations de coût ont conduit à laisser de côté quelques parties portant sur la méthode de travail et l'organisation des RTE, ainsi que certains des cas présentés en illustration et certains jugements de non-respect des critères de rigueur. Les éléments concernés sont signalés dans le texte. Les jugements sont publiés sous le numéro indiqué sur le site des RTE www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg (en néerlandais).

# TABLE DES MATIÈRES

A'	VANT-PROPOS	5
C	HAPITRE I ÉVOLUTIONS EN 2018	
1	Rapport annuel	11
2	Signalements	11
	Nombre de signalements	11
	Proportion hommes-femmes	13
	Proportion interruption de la vie sur demande-aide au suicide	13
	Affections	13
	Affections les plus courantes	13
	Démence	13
	Troubles psychiatriques	15
	Polypathologies gériatriques	15
	Autres affections	15
	Âge	15
	Lieu où est pratiquée l'interruption de la vie	17
	Médecins signaleurs	17
	Euthanasie et don d'organes et de tissus	19
	Couples	19
	Non-respect des critères de rigueur	19
	La pratique du contrôle et les nuances du jugement	19
3	Méthode de travail des commissions, évolutions	21
	Signalements VO, NVO et ODB	21
	Signalements complexes	24
	Code de déontologie en matière d'euthanasie (2018)	24
	Comité de réflexion	25
	Organisation	25
C	HAPITRE II ÉTUDE DE CAS	
1	Introduction	27
2	Respect des critères de rigueur	30
_	2.1 Cinq cas représentatifs	30
	Lettre notifiant le jugement	31
	Cancer	31
	Cas 2018-116	32
	Pathologie du système nerveux	52
	Cas 2018-117 (ne figure pas dans le présent résumé)	34
	Pathologie pulmonaire	
	Cas 2018-118 (ne figure pas dans le présent résumé)	34

Pathologie cardiovasculaire	
Cas 2018-119 (ne figure pas dans le présent résumé)	34
Polypathologies	
Cas 2018-125 (ne figure pas dans le présent résumé)	34
2.2 Cinq cas illustrant quatre des critères de rigueur	
de la loi WTL	35
Demande volontaire et mûrement réfléchie	35
Cas 2018-80	35
Souffrances insupportables et sans perspective	
d'amélioration	37
Cas 2018-32 (ne figure pas dans le présent résumé)	37
Absence d'autre solution raisonnable	38
Cas 2018-120 (ne figure pas dans le présent résumé)	38
Consultation indépendante	39
Cas 2018-121 et 2018-122 (ne figurent pas dans	
le présent résumé)	39
,	
2.3 Cinq cas concernant des patients atteints de troubles	
psychiatriques, de démence ou de polypathologies	
gériatriques	40
Troubles psychiatriques	40
Cas 2018-31	40
Démence	43
Cas 2018-123	43
Cas 2018-41	45
Polypathologies gériatriques	50
Cas 2018-44 (ne figure pas dans le présent résumé)	50
Cas 2018-50 (ne figure pas dans le présent résumé)	50
Non-respect des critères de rigueur	51
Non-respect des critères relatifs au caractère volontaire	
et mûrement réfléchi de la demande et aux souffrances	
insupportables et sans perspective d'amélioration	51
Cas 2018-69	52
Cas 2018-70 (ne figure pas dans le présent résumé)	57
Non-respect des critères relatifs à la seconde consultation	
dans le cas d'un patient atteint de troubles psychiatriques	58
Cas 2018-42	58
Non-respect du critère relatif à la consultation d'au moins	
un autre médecin indépendant	62
Cas 2018-04	62
Non-respect de la rigueur médicale requise dans	
la mise en œuvre	63
Cas 2018-23	63
Cas 2018-75 (ne figure pas dans le présent résumé)	65

## **AVANT-PROPOS**

### Un débat de société

En matière d'euthanasie, l'année 2018 ne restera pas dans les annales comme celle de l'affirmation d'un acquis. Elle a en effet été marquée par de nombreux débats, notamment sur la demande d'euthanasie de patients atteints de troubles psychiatriques ou souffrant de démence tellement avancée qu'ils n'étaient plus en mesure de réitérer, au moment de la mise en œuvre effective de l'euthanasie, leur volonté préalablement exprimée par écrit. La diversité des opinions s'est manifestée dans les médias, le monde politique, l'opinion publique et le milieu médical. Le débat devrait s'apaiser avec la publication, à l'automne 2018, de la directive de l'Association néerlandaise de psychiatrie (NVvP) relative à l'interruption de la vie sur demande des patients atteints de troubles psychiques, ainsi qu'avec les orientations supplémentaires que la KNMG (Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine) va proposer aux médecins confrontés au dilemme d'une demande d'euthanasie basée sur un testament de vie écrit alors que le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté. Au printemps 2018, les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (ci-après : RTE) ont publié le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, qui expose clairement la façon dont les RTE interprètent les critères de rigueur de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (ci-après : loi WTL). Grâce au soutien financier du ministre de la Santé, ce document a été transmis à tous les médecins généralistes, ce dont les RTE se réjouissent. Elles considèrent en effet que tout praticien confronté à une demande d'euthanasie ou d'aide au suicide doit avoir lu le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018.

Si la psychiatrie et la démence avancée soulèvent indéniablement des questions essentielles et particulièrement complexes en lien avec l'euthanasie, reste que, sur les 6 126 signalements reçus au total par les RTE en 2018, seuls 1 % environ concernaient des patients atteints de troubles psychiatriques (67) ou des cas d'euthanasie mise en œuvre sur la base d'un testament de vie écrit (2). Comme en 2017, plus de 90 % des signalements portaient sur des situations de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration liées à des maladies incurables comme le cancer, les pathologies cardiovasculaires, la démence à un stade précoce, les affections du système nerveux ou une combinaison de plusieurs de ces pathologies (5 553).

### Rôle du ministère public et de l'Inspection de la santé

En 2018, pour la première fois depuis plus de dix ans, l'Inspection de la santé a porté une affaire d'euthanasie devant le conseil de discipline.

Plus tard cette même année, le Collège des procureurs généraux a décidé, pour la première fois depuis l'entrée en vigueur de la loi WTL en 2002, d'engager des poursuites pénales à l'encontre du même médecin. Par ailleurs, dans quatre autres cas dans lesquels les RTE avaient conclu en 2017 au non-respect d'un ou de plusieurs des critères de rigueur de la loi WTL, le Collège des procureurs généraux a pris la décision de lancer une enquête pénale. Ces développements ont déclenché des réactions divergentes dans les médias, allant de « retournement de tendance extrêmement déplorable » à « le ministère public assume enfin les responsabilités que lui a confiées le législateur ».

En vertu de la loi WTL, si les RTE jugent qu'un médecin n'a pas respecté un ou plusieurs des critères de rigueur décrits dans ladite loi, elles en informent le Collège des procureurs généraux et l'Inspection de la santé, qui examinent alors les affaires concernées et émettent leur jugement.

Les RTE, le Collège des procureurs généraux et l'Inspection de la santé se penchent certes sur les mêmes affaires mais avec des perspectives et un cadre juridique différents.

Les RTE examinent si le médecin a agi conformément aux critères de rigueur de la loi WTL. L'Inspection de la santé vérifie, globalement, si les agissements du médecin peuvent constituer un danger pour le système de santé. Enfin, dans la même affaire, le Collège des procureurs généraux examine si les agissements du médecin peuvent lui être reprochés au niveau pénal. Pour répondre aux questions respectives qui les préoccupent, ces trois instances utilisent des méthodes d'enquête et des modes de traitement différents.

# Traitement des affaires soumises à l'Inspection de la santé et au Collège des procureurs généraux en 2017 et en 2018

La question est de savoir si les décisions et jugements prononcés en 2017 et 2018 par les RTE, le Collège des procureurs généraux et l'Inspection de la santé fournissent un cadre normatif clair et univoque pour la pratique : en d'autres termes, les médecins peuvent-ils sur cette base savoir à quoi s'en tenir dans des situations comparables ? Et, s'il apparaît que ces trois instances aboutissent parfois à des conclusions différentes, quelles leçons en tirer ?

L'examen détaillé des jugements des RTE et des décisions prises par l'Inspection de la santé et le Collège des procureurs généraux permet de dresser le tableau suivant.

Les médecins concernés ont souscrit au jugement des RTE ou ont tout au moins affirmé en avoir tiré des enseignements et se conformer, à l'avenir, aux normes décrites par les RTE dans leur jugement. Dans ces huit cas, l'Inspection de la santé et le Collège des procureurs généraux partageaient l'analyse des RTE quant à la violation de la loi WTL. Toutefois, les médecins ayant tiré des enseignements des agissements incriminés, l'Inspection a jugé qu'il n'y avait pas de risque de récidive ni de danger pour le système de santé. Pour des motifs similaires, le Collège des procureurs généraux a estimé que l'on ne pouvait rien reprocher aux médecins sur le plan pénal, ou n'a en tout cas pas jugé opportun d'engager des poursuites.

En 2018, les RTE ont conclu dans six cas au non-respect d'un ou de plusieurs des critères de rigueur de la loi WTL. L'Inspection de la santé et le Collège des procureurs généraux se sont prononcés à ce jour sur cinq de ces cas, une affaire faisant encore l'objet d'une enquête. Dans les cinq cas traités, l'Inspection de la santé a jugé, après un entretien avec les médecins concernés, que la sécurité des patients n'exigeait ni enquête ni mesures complémentaires concernant les actes médicaux des praticiens concernés. Après enquête et audition de ces mêmes médecins, le Collège des procureurs généraux a décidé de classer les affaires, le cas échéant de façon conditionnelle. S'il partageait l'analyse des RTE quant à la violation des critères de rigueur de la loi WTL, il a en effet estimé que, les médecins s'étant soumis au contrôle et s'étant engagés à ne pas reproduire les mêmes erreurs, on ne pouvait rien leur reprocher sur le plan pénal ou qu'il n'était en tout cas pas opportun d'engager des poursuites à leur égard. Un seul des signalement jugés non conformes par les RTE en 2018 doit encore faire l'objet d'une décision du Collège des procureurs généraux et de l'Inspection de la santé.

<sup>1</sup> Les décisions du Collège des procureurs généraux relatives aux jugements des RTE sont disponibles sur le site: https://www.om.nl/onderwerpen/euthanasie/beslissingen-college/.

<sup>2</sup> Les directives relatives à la décision de poursuites dans le cadre de l'interruption de la vie sur demande (euthanasie et aide au suicide) sont disponibles sur le site : https://wetten.overheid.nl/ BWBR0039555/2017-05-17.

### Confirmation explicite du cadre normatif des RTE

Sur les dix-huit signalements au total dont les RTE ont estimé en 2017 et 2018 qu'ils ne respectaient pas un ou plusieurs des critères de rigueur, treize ont fait l'objet d'une confirmation explicite du cadre normatif des RTE et ont été classés, en l'absence d'éléments répréhensibles sur le plan pénal ou pour inopportunité des poursuites. Dans ces treize affaires, l'Inspection de la santé a également décidé de ne pas lancer de poursuites disciplinaires. Bien que ces signalements aient été examinés et jugés par trois instances indépendantes les unes des autres et adoptant des perspectives juridiques différentes, le résultat est clair et univoque : les médecins savent sur cette base comment se comporter dans des situations similaires.

Restent les quatre affaires de 2017 que les RTE ont jugées non conformes à la loi WTL et au sujet desquelles le Collège des procureurs généraux a annoncé le 8 mars 2018 l'ouverture d'une enquête pénale. Ces quatre affaires portent sur des critères de rigueur de la loi WTL que le Collège des procureurs généraux considère comme « substantiels », c'est-à-dire la question de savoir si le médecin a raisonnablement pu parvenir à la conclusion que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie, et la question connexe de la validité du testament de vie. Il s'agit aussi de déterminer si le médecin a pu parvenir à la conclusion que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration.

Le Collège des procureurs généraux a décidé de classer sans suite deux de ces quatre affaires soumises à une enquête pénale. En comparant le jugement des RTE et les décisions de classement du Collège des procureurs généraux dans ces deux affaires, il est frappant de constater que l'enquête pénale menée par un procureur sur ordre du Collège a permis de mettre au jour des faits autres et parfois nouveaux. C'est que le procureur - contrairement à la RTE - entend le médecin en tant que prévenu et peut également interroger les membres de la famille en qualité de témoins sous serment. Il n'est donc pas exclu que cela fasse ressortir des faits qui n'étaient pas apparus lors de l'entretien entre le médecin et la RTE. Pour éviter l'apparition tardive de faits nouveaux, il est conseillé aux médecins invités à donner des explications lors d'une réunion de la RTE sur une euthanasie qu'ils ont pratiquée de s'y préparer de façon encore plus approfondie, de sorte à donner à la RTE toutes les informations – faits et circonstances – pertinentes imaginables. De son côté, la RTE devrait faire preuve d'une plus grande ténacité face au médecin qu'elle entend – même s'il n'est pas question qu'elle le traite comme un prévenu! – afin de mettre au jour les faits et circonstances pertinents.

### En résumé

En 2017 et 2018, les RTE se sont penchées au total sur 12 711 signalements d'euthanasie et en ont jugé dix-huit non conformes à un ou plusieurs des critères de rigueur de la loi WTL. Le Collège des procureurs généraux a classé sans suite quinze de ces dix-huit affaires.

Pour les médecins, l'évaluation de leurs actes par les RTE est indéniablement une source de stress, plus importante encore lorsqu'ils doivent ensuite se justifier devant l'Inspection de la santé et le ministère public. La pratique de l'euthanasie est soumise aux Pays-Bas à un contrôle extrêmement approfondi. Cependant, sur la base des chiffres susmentionnés, il n'y a pas lieu pour les médecins de s'inquiéter outre mesure. Le cadre normatif découlant de ce contrôle contribue à la rigueur de la pratique sans mise en cause inutile des médecins.

Le respect des directives de la KNMG et de la NVvP, les orientations supplémentaires fournies par la KNMG concernant l'euthanasie dans les cas de démence, et la consultation intensive par les médecins du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 devraient permettre de réduire les tensions autour de la mise en œuvre de l'euthanasie tout en améliorant encore le respect des critères de rigueur décrits dans la loi WTL.

Jacob Kohnstamm

Président coordinateur des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

Mars 2019





# PROPORTION INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE-AIDE AU SUICIDE

🔵 interruption de la vie sur demande	5898
aide au suicide	212
combinaison des deux	16

## CHAPITRE I ÉVOLUTIONS EN 2018

### 1 RAPPORT ANNUEL

Pour plus d'informations sur la loi, sur la méthode de travail des commissions, etc., consultez le code de déontologie en matière d'euthanasie (2018) et le site internet euthanasie-commissie.nl.

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 ne fait appel aux termes spécifiques susmentionnés que si cela est nécessaire.

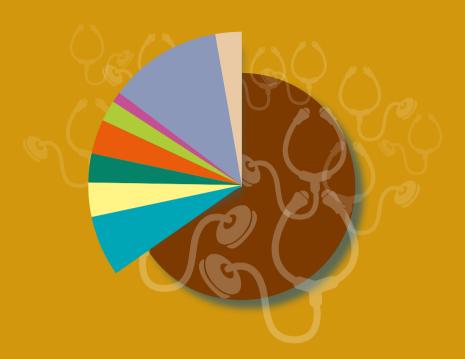
Le rapport annuel a également pour objectif de permettre aux médecins et aux personnes intéressées de comprendre la façon dont les commissions régionales examinent et jugent les signalements, grâce à un exposé détaillé de ces derniers.

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.

### 2 SIGNALEMENTS

### Nombre de signalements

Les chiffres par région sont disponibles sur le site internet des RTE (cf. euthanasiecommissie.nl/ uitspraken-en-uitleg). En 2018, les commissions régionales ont enregistré 6 126 signalements d'euthanasie, représentant 4,0 % du nombre total de décès (153 328), contre 6 585, soit 4,4 % du nombre total de décès (150 027) en 2017. Pour la première fois depuis des années le nombre de signalements a diminué, en chiffres absolus comme par rapport au nombre de décès survenus aux Pays-Bas. En réponse aux questions des parlementaires, le ministre de la Santé a indiqué le 6 novembre 2018 qu'une enquête serait lancée sur le nombre de signalements enregistrés dans la période 2003-2018 et que les résultats en seraient communiqués à la Chambre des représentants au printemps 2020³. Actuellement en cours, cette enquête apportera peut-être une explication à la diminution des signalements en 2018.



AFFECTIONS

cancer	4013
🌖 pathologies du système nerveux	382
maladies cardiovasculaires	231
maladies pulmonaires	189
accumulation de pathologies gériatriques	205
démence	146
troubles psychiatriques	67
polypathologies	738
autres affections	155

12

### Proportion hommes-femmes

Le rapport hommes-femmes dans les signalements est à peu près égal : 52,1 % contre 47,9 % (soit 3 191 hommes et 2 935 femmes).

# Proportion interruption de la vie sur demande-aide au suicide

Concernant les points à considérer relatifs à la rigueur médicale de la mise en œuvre, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 33 et suivantes. 5 898 signalements (96,2 %) concernent des cas d'interruption de la vie sur demande, 212 (3,4 %) des cas d'aide au suicide et 16 (0,3 %) une combinaison des deux. Dans ces derniers cas, il arrive en effet qu'après avoir absorbé la substance létale donnée par le médecin dans le cadre de l'aide au suicide le patient ne décède pas dans le laps de temps convenu. Le médecin pratique alors l'interruption de la vie sur demande en administrant par voie intraveineuse une substance provoquant le coma, suivie d'un myorelaxant.

### Affections

### Affections les plus courantes

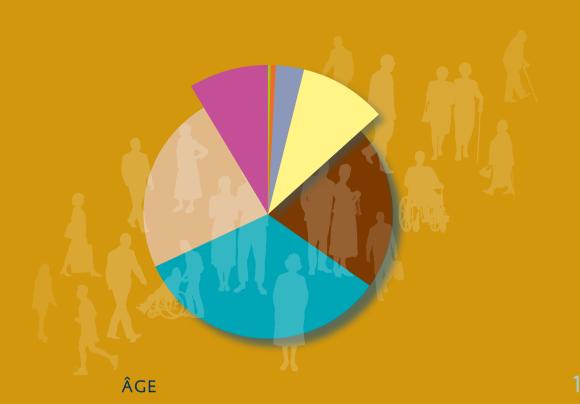
Dans 90,6 % des cas (soit 5 553), les patients étaient atteints de :

- cancer incurable (4 013);
- pathologies du système nerveux comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou la maladie de Charcot (382);
- maladies cardiovasculaires (231);
- pathologies pulmonaires (189); ou
- combinaison de celles-ci (738).

### Démence

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de démence, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 42 et suivantes. Deux des signalements concernent des patients à un stade avancé de la maladie, qui n'étaient plus en mesure de s'exprimer sur leur demande d'euthanasie; leur testament de vie a été déterminant pour établir le caractère volontaire et mûrement réfléchi de cette demande. Cf. par exemple le signalement 2018-41 présenté au chapitre II et le signalement 2018-21 publié sur le site www.euthanasiecommissie.nl.

Dans 144 des signalements, la cause des souffrances est un début de processus démentiel. Les patients concernés avaient donc encore une bonne compréhension de leur pathologie et de ses symptômes, tels que l'altération de l'orientation et de la personnalité. Ils ont été considérés comme aptes à exprimer leur volonté concernant leur demande, car encore capables d'en envisager les conséquences, comme dans le signalement 2018-123 présenté au chapitre II.



30 ans ou moins	25
30-40 ans	43
40-50 ans	181
50-60 ans	574
60-70 ans	1363
<b>7</b> 0-80 ans	1986
80-90 ans	1442
90 ans ou plus	512

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de troubles psychiatriques, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 40 et suivantes.

Concernant les points à considérer dans les cas d'accumulation de pathologies gériatriques, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 21 et suivantes.

### Troubles psychiatriques

Pour 67 des signalements d'euthanasie, la cause des souffrances du patient est un trouble psychiatrique. Dans 34 de ces 67 cas le médecin signaleur est un psychiatre, dans 20 cas un médecin généraliste, dans 2 cas un gériatre et dans 11 cas un autre type de médecin. Une approche particulièrement prudente est ici nécessaire, comme dans le signalement 2018-31 présenté au chapitre II. L'Association néerlandaise de psychiatrie (NVvP) a publié en 2018 une nouvelle version de sa directive sur l'aide au suicide de patients atteints de troubles mentaux. Elle y décrit les procédures à suivre par les psychiatres en cas de demande d'euthanasie d'un patient<sup>4</sup>.

### Polypathologies gériatriques

L'accumulation de pathologies gériatriques – troubles de la vision, de l'ouïe, ostéoporose (décalcification), arthrose (usure des articulations), troubles de l'équilibre, altération des capacités cognitives (perte des connaissances) – peut aussi être la cause de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration. Ces affections pour la plupart dégénératives sont généralement liées à la vieillesse. C'est leur association et les troubles afférents qui sont la cause de souffrances que le patient, selon son histoire médicale, la vie qu'il a menée, sa personnalité, les valeurs auxquelles il est attaché et sa résistance, peut ressentir comme insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration. En 2018, les RTE ont reçu 205 signalements de cette catégorie.

### Autres affections

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 2018 155 cas.

### Âge

Concernant les points à considérer dans les cas de patients mineurs, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 40. La majorité des signalements, soit 1 986 cas (32,4 %), concernent des patients septuagénaires ; 1 442 (23,5 %) concernent des octogénaires, et 1 363 (22,2 %) des sexagénaires.

En 2018, les commissions ont enregistré 3 signalements concernant un mineur (de plus de 12 ans). Ils ont été publiés sur le site internet sous les numéros 2018-48, 2018-51 et 2018-94.

4 Cette directive et d'autres documents sur le sujet peuvent être consultés sur le site internet de la NVvP (nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie).





## MÉDECINS SIGNALEURS

généraliste	5194
gériatre	294
spécialiste	293
spécialiste en formation	64
autre médecin	281
(par exemple ayant une formation en	
médecine de base ou travaillant au sein	
de l'association Clinique de fin de vie (SLK))	

68 signalements reçus concernent la tranche d'âge des 18-40 ans. Dans 42 de ces cas, la cause des souffrances est le cancer et dans 10 un trouble psychiatrique. Dans la catégorie « démence » la majorité des signalements concernent des patients octogénaires (60 cas), dans celle « troubles psychiatriques » des quinquagénaires (16 cas) et des sexagénaires (16 cas), et dans la catégorie « polypathologies gériatriques », des patients au moins nonagénaires (139 cas).

### Lieu où est pratiquée l'interruption de la vie

Dans la grande majorité des cas (4 919, soit 80,2 %), l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient. Dans 491 cas, soit 8,0 %, elle s'est déroulée dans un établissement de soins palliatifs; dans 239 cas, soit 3,9 %, dans un établissement de long séjour; dans 233 cas, soit 3,8 %, dans une maison de retraite médicalisée; dans 169 cas, soit 2,8 %, dans un hôpital; dans 75 cas, soit 1,2 %, dans un autre lieu (par exemple domicile d'un membre de la famille, maison de repos ou hôtel médicalisé).

### Médecins signaleurs

La plupart des signalements (5 194) ont été effectués par un médecin généraliste (84,8 % du nombre total de signalements). Parmi les autres médecins signaleurs, on relève 294 gériatres, 293 médecins spécialistes et 64 spécialistes en formation. Enfin, un nombre non négligeable de signalements (281) émanent de médecins issus d'un autre contexte, dont la plupart travaillent au sein de l'association Clinique de fin de vie (SLK).

Les commissions régionales n'ont pas observé de changement notable dans le nombre de signalements émanant de médecins de la SLK : 726 en 2018, contre 751 en 2017, soit une diminution de 3,4 %. Les données montrent que ces praticiens sont fréquemment appelés à traiter des cas complexes, à l'initiative du médecin traitant, du patient lui-même ou, à sa demande, de sa famille. Une grande partie des signalements faisant état d'un trouble psychiatrique (44 sur 67, soit quelque 65 %) ont été effectués par un médecin de la SLK. Parmi ceux mentionnant une forme de démence comme cause des souffrances, 59 sur 146 (soit plus de 40 %) émanent d'un médecin de la SLK, de même que 81 (soit 39,5 %) des 205 signalements concernant des polypathologies gériatriques. Il arrive aussi régulièrement que des médecins refusant par objection de conscience de pratiquer l'euthanasie ou n'acceptant de le faire que dans les cas d'affections en phase terminale orientent les patients vers la SLK.



# LIEU OÙ EST PRATIQUÉE L'INTERRUPTION DE LA VIE

domicile du patient	4919
établissement de soins palliatifs	491
maison de retraite médicalisée	233
établissement de long séjour	239
hôpital	169
autre lieu	75
(par exemple domicile d'un membre	
de la famille, maison de repos ou hôte	
médicalisé)	

### Euthanasie et don d'organes et de tissus

L'interruption de la vie dans le cadre de l'euthanasie n'empêche en principe pas le don d'organes et de tissus. L'Association néerlandaise pour la transplantation détaille la procédure à suivre en pareil cas dans sa directive sur le don d'organes après l'euthanasie [Richtlijn Organdonatie na euthanasie]<sup>5</sup>. Les RTE ont reçu en 2018 sept signalements dans lesquels il est question de don d'organes après l'euthanasie.

### Couples

18 signalements concernent des euthanasies simultanées de partenaires (9 couples), comme dans les cas 2018-121 et 2018-122. Il est évident que le médecin doit établir le respect des critères de rigueur requis par la loi WTL de façon distincte dans chaque signalement.

### Non-respect des critères de rigueur

Dans six des 6 126 signalements, soit 0,1 % des cas, les commissions régionales ont jugé que le médecin ayant pratiqué l'euthanasie n'avait pas respecté tous les critères de rigueur prévus à l'article 2, paragraphe 1, de la loi WTL. Ces six jugements sont présentés au chapitre II.

### La pratique du contrôle et les nuances du jugement

Il serait réducteur d'évoquer uniquement les cas dans lesquels les commissions régionales ont conclu au non-respect d'un ou plusieurs critères de rigueur. Les conclusions ne sont pas toujours aussi tranchées : dans 37 signalements, y compris les 6 susmentionnés, les RTE ont demandé des explications complémentaires écrites au médecin, et dans un cas au consultant. Dans 35 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 adressée au consultant ou au médecin généraliste. Le plus souvent, ces éclaircissements oraux ou écrits ont suffi 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 et les signalements afférents à l'avenir.





### PROPORTION HOMMES-FEMMES

hommes 3191 femmes 2935

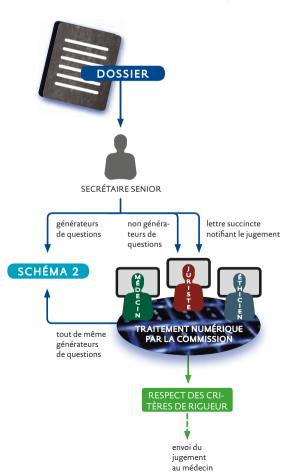
# 3 MÉTHODE DE TRAVAIL DES COMMISSIONS, ÉVOLUTIONS

### Signalements VO, NVO et ODB

Depuis 2012, les RTE classent les signalements dès leur réception selon qu'ils sont ou non générateurs de questions (VO ou NVO). Le secrétaire-juriste expérimenté de la commission concernée fait à cet effet une première lecture du dossier. En 2018, une troisième catégorie a été ajoutée : elle rassemble les signalements NVO pour lesquels une lettre succincte notifiant le jugement (ODB) peut remplacer un jugement détaillé. Les dossiers susceptibles d'entrer dans cette catégorie concernent uniquement des patients souffrant de cancer, de MPOC, de la maladie de Charcot, d'insuffisance cardiaque ou d'une combinaison d'au moins deux de ces affections.

### SCHÉMA 1

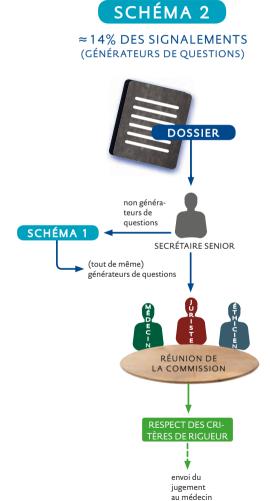
≈85% DES SIGNALEMENTS (NON GÉNÉRATEURS DE QUESTIONS)



21

Un signalement est classé dans la catégorie NVO ou ODB si la première lecture qu'en fait le secrétaire de la commission concernée laisse présumer qu'il est suffisamment documenté et que le médecin a respecté les critères de rigueur.

Les commissions examinent et jugent ensuite les signalements, par voie électronique s'agissant de ceux classés NVO ou ODB, comme dans les cas 2018-116, 2018-117, 2018-118, 2018-119 et 2018-125 présentés au chapitre II. Si la commission est elle aussi d'avis que tous les critères de rigueur ont été respectés et que le signalement peut être clos par une lettre notifiant le jugement, le médecin en est informé par écrit. Un exemple d'ODB est présenté plus loin. Les jugements 2018-116 et 2018-117 susmentionnés seraient aujourd'hui transmis au médecin sous cette forme.

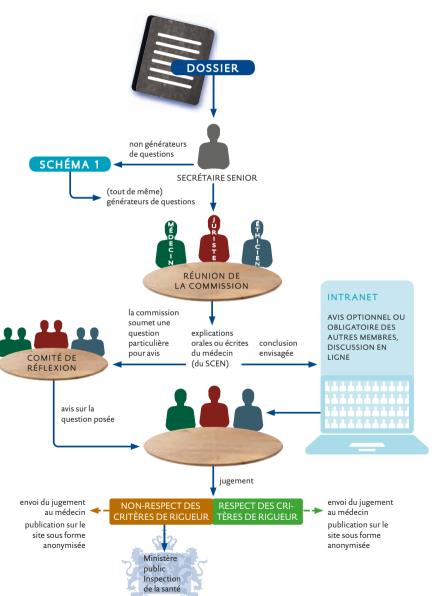


23

Une répartition plus efficace des signalements entre les membres des commissions et la modification de leur traitement administratif ont permis de réduire le délai entre la réception d'un signalement et l'envoi du jugement au médecin, qui est ainsi passé à 37 jours en moyenne en 2018. L'instauration des ODB y a aussi fortement contribué.

### SCHÉMA 3

### ≈ 1% DES SIGNALEMENTS (GÉNÉRATEURS DE QUESTIONS)



Si l'un des membres de la commission indique avoir des questions, le dossier est renvoyé pour examen lors de la réunion mensuelle de la commission consacrée aux signalements d'emblée considérés comme générateurs de questions (VO). Quelques-uns des dossiers initialement considérés comme NVO ou ODB (42, soit 0,7 %) ont ainsi fait l'objet de ces délibérations.

46 % des dossiers de 2018 concernent des signalements NVO. 39 % des signalements ont donné lieu à la communication du jugement définitif de la commission au médecin sous forme d'ODB. Notons que l'OBD n'a été adoptée que dans le courant de 2018.

14 % (798) de l'ensemble des signalements enregistrés ont été d'emblée classés comme VO, 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.

### Signalements complexes

Les commissions se concertent intensivement lorsqu'elles estiment un signalement assez complexe pour requérir l'avis de tous les membres. Selon la méthode de travail établie, lorsqu'une commission envisage de conclure au non-respect des critères de rigueur, elle publie le projet de jugement accompagné du dossier afférent sur l'intranet des RTE. Après avoir pris connaissance des réactions des membres, elle formule son jugement définitif.

Le processus est le même pour les dossiers sur lesquels la commission en charge souhaite un débat interne, l'objectif étant d'optimiser la qualité des jugements et de les harmoniser dans la mesure du possible. En 2018, 18 signalements (y compris ceux jugés non conformes aux critères de rigueur) ont ainsi été discutés.

### Code de déontologie en matière d'euthanasie (2018)

Le code de déontologie en matière d'euthanasie est paru au printemps 2018. Cette version actualisée du code de 2015 présente les aspects que les commissions jugent essentiels dans l'exercice de leur fonction telle que définie par la loi. Le code de l'euthanasie 2018 se veut accessible et a pour objectif d'aider en particulier 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. Grâce au soutien financier du ministère de la Santé, le code a été transmis à tous les médecins généralistes des Pays-Bas.

Le code de déontologie en matière d'euthanasie (2018) est disponible sur le site internet https://euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/euthanasiecode.

### Comité de réflexion

En 2016, les RTE ont décidé de se doter d'un comité de réflexion, dans un souci notamment de coordination et d'harmonisation. Le comité est composé de deux juristes, deux médecins et deux éthiciens, tous membres des RTE depuis au moins trois ans et devant normalement encore le rester pendant au minimum deux ans ; il est secondé par un secrétaire. Ce comité a vocation à conseiller les commissions sur des problématiques complexes. Son rôle ne consiste 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 la durée de cet examen, le médecin signaleur est informé du possible allongement du délai de traitement. En 2018, le comité a émis trois avis : le premier sur le terme de fondement médical, le second sur l'approche particulièrement prudente requise dans le cas des patients psychiatriques, le troisième sur le testament de vie (directives anticipées écrites). L'apport du comité de réflexion sera évalué en 2019.

### Organisation

Les commissions régionales de contrôle sont au nombre de cinq et comprennent en tout 45 membres. Chaque commission comprend trois juristes (dont le président), trois médecins et trois éthiciens.

À l'issue d'une procédure de recrutement externe, les membres des RTE sont nommés sur proposition de celles-ci par les ministres de la Santé et de la Justice pour une durée de quatre ans, renouvelable une fois.

Les commissions sont indépendantes, c'est-à-dire qu'elles examinent les signalements d'euthanasie sur la base des critères de rigueur légaux et émettent leurs jugements sans intervention des ministres, d'autres acteurs politiques ni d'aucun tiers. Autrement dit, si les ministres nomment les membres et le président coordinateur des RTE, ils n'ont pas compétence à donner des « consignes » sur le contenu des jugements.

Le président coordinateur des RTE, choisi parmi les cinq présidents régionaux, dirige les débats de leur concertation stratégique, à laquelle assiste également un représentant des médecins et des éthiciens. Les commissions sont secondées par un secrétariat qui compte environ 25 agents, dont un secrétaire général, des secrétaires (juristes de formation) et des assistants administratifs. Les secrétaires ont voix consultative lors des réunions des commissions ; le secrétaire général dirige leurs activités.

Les secrétariats relèvent du ministère de la Santé, au sein de l'unité Secrétariats des conseils de discipline et des commissions de contrôle (ESTT). Cette unité regroupe ainsi quelque 70 agents, outre le service administratif (10 agents) et l'encadrement (directeur et directeur adjoint).

Les assistants administratifs des RTE sont chargés de l'ensemble de la procédure administrative, depuis l'enregistrement des signalements jusqu'à la transmission des jugements des commissions aux médecins signaleurs ou au ministère public et à l'Inspection de la santé. Le secrétariat des RTE est réparti dans trois villes : Groningue, Arnhem et La Haye, cette dernière abritant aussi le service administratif et la direction de l'ESTT.

Les réformes en cours doivent permettre de réduire la vulnérabilité des petites unités décentralisées et de favoriser la professionnalisation du secrétariat des RTE.

En 2018, le conseil de direction du ministère de la Santé a arrêté un projet de décision de réorganisation visant à regrouper tout le secrétariat à Utrecht. La décision définitive devrait être publiée début 2020 sous la forme d'un rapport sur l'organisation et les effectifs. La nature des fonctions et le nombre d'agents restent inchangés, seul le siège du secrétariat est modifié. Un changement important pour la plupart des agents puisqu'il leur faudra quitter Groningue, Arnhem ou La Haye pour Utrecht, qui devrait aussi accueillir toutes les réunions des RTE. Le déménagement est prévu pour début 2020.

Pour finir, un point sur les aspects financiers. En 2018, les frais des RTE se sont élevés à quelque 4,2 millions d'euros : 857 000 euros correspondant aux indemnités des membres des commissions ; 998 000 euros de frais de matériel, de TIC et de locaux ; 2 380 000 euros de frais de personnel (gestion, service administratif et secrétariats).

### 27

# CHAPITRE II ÉTUDE DE CAS



### 1 INTRODUCTION

Ce chapitre est consacré aux jugements des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie. Les RTE 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).

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 RTE concernée. Les principales pièces du dossier sont le rapport du médecin signaleur, le compte rendu du médecin consultant indépendant, certains éléments du dossier médical du patient, comme le journal de bord du patient et les lettres des spécialistes, son testament de vie le cas échéant et une déclaration du médecin légiste de la commune. Le consultant est presque toujours un médecin indépendant formé dans le cadre du programme SCEN (soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas) élaboré par la KNMG.

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 les critères de rigueur, 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.

Les commissions contrôlent si le médecin signaleur a agi conformément à la loi, à sa genèse et à la jurisprudence, ainsi qu'au Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, élaboré sur la base des décisions antérieures des RTE. Elles tiennent également compte des 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, autant de faits qu'il est possible de contrôler concrètement. Les trois autres critères de rigueur stipulent que le médecin a acquis la conviction ou est parvenu à la conviction qu'il était en présence d'une demande volontaire et mûrement réfléchie (a), de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration (d) et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans la situation où le patient se trouvait (d). La formulation de ces critères (« est parvenu à la conviction ») laisse au médecin une certaine marge d'appréciation. En conséquence, lors de leur évaluation des actes du médecin sur ces trois points, les RTE examinent la manière dont ce dernier a cherché à connaître les faits et les éléments qui ont motivé sa décision. Elles vérifient donc si le médecin, étant donné la marge d'appréciation que lui donne la loi, a pu parvenir à la conviction que ces trois critères de rigueur étaient remplis. Elles examinent également sa motivation, dont fait partie le compte rendu du consultant.

Les signalements présentés dans ce chapitre sont répartis en deux catégories en fonction du jugement des RTE : 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 cinq signalements représentatifs de la grande majorité de ceux reçus par les RTE : des cas dans lesquels la guérison était exclue et concernant des cancers, des pathologies du système nerveux, des maladies cardiovasculaires ou pulmonaires, ou une combinaison de pathologies.

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 (e). Les signalements présentés sont plus complexes que ceux du paragraphe précédent, ce qui se traduit par des données plus détaillées concernant le patient, sa demande et la description de ses souffrances, ainsi que par des considérations complémentaires de la commission. Les deux critères restants 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. Quant au critère relatif à la rigueur médicale dans la mise en œuvre (f), il est abordé en lien avec les signalements dans lesquels les critères de rigueur n'ont pas été respectés.

Le sous-paragraphe 2.3 décrit des signalements dans lesquels l'euthanasie ou l'aide au suicide a été accordée à des patients atteints de pathologies particulières : troubles psychiatriques (un signalement), démence (deux signalements) et polypathologies gériatriques (deux signalements).

Dans tous les cas décrits au paragraphe 2, les RTE ont conclu au respect des critères de rigueur prévus par la loi WTL.

Le paragraphe 3 présente six signalements dans lesquels les RTE ont jugé que le médecin n'avait pas respecté ces critères. Dans deux dossiers, il s'agit des critères relatifs à la souffrance et à l'absence d'autre solution raisonnable ; dans un autre cas, la prudence accrue que requiert une demande d'interruption de la vie par un patient psychiatrique n'a pas été observée. Un autre signalement concerne le défaut de consultation indépendante, et les deux derniers le non-respect de la rigueur médicale requise lors de l'acte.

Chaque cas est numéroté, ce qui permet de retrouver le jugement intégral (en néerlandais) sur le site internet des commissions régionales de contrôle (www.euthanasiecommissie.nl).

### 2 RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

### 2.1 Cinq signalements représentatifs

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

En ce qui concerne le premier signalement, le jugement a été repris dans sa quasi-totalité, à l'exception des données permettant l'identification des personnes. Pour les signalements NVO se rapportant à des cas de cancer, de maladie de Charcot, d'insuffisance cardiaque ou de MPOC, le médecin reçoit depuis la mi-2018 une lettre notifiant le jugement (ODB, cf. page 31) au lieu d'un jugement détaillé. Cette lettre indique les noms du président, du médecin et de l'éthicien de la RTE ayant étudié le signalement par la voie numérique; elle précise également que ces derniers considèrent que le médecin a respecté les critères de rigueur. Tous les autres signalements donnent lieu à un jugement intégral. Les exemples suivants permettent de voir à quoi ressemble un tel jugement NVO des commissions. Ensemble, ces cinq signalements donnent une image représentative des dossiers sur lesquels les RTE se penchent le plus souvent. Les éléments particuliers sont précisés le cas échéant, comme un séjour dans un établissement de soins palliatifs, un handicap mental ou un mode de communication particulier avec le patient.

#### LETTRE NOTIFIANT LE IUGEMENT

Madame, Monsieur,

La Commission régionale de contrôle de l'euthanasie (ci-après : la commission de contrôle) a reçu en date du (date) votre compte rendu, accompagné des pièces jointes, relatif au signalement d'interruption de la vie sur demande de monsieur/madame (nom), né(e) le (date) et décédé(e) le (date). La commission de contrôle a étudié attentivement tous les documents que vous lui avez transmis.

Compte tenu des faits et circonstances qui y sont mentionnés, la commission de contrôle considère que vous avez 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. Vous avez suffisamment informé le patient sur sa situation et ses perspectives. Vous avez pu parvenir, en concertation avec lui, à la conclusion qu'il n'existait dans sa situation aucune autre solution raisonnable. Vous avez 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. Vous avez pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise.

Au vu de ce qui précède, la commission de contrôle a conclu que vous aviez agi conformément aux critères de rigueur prévus 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.

La commission de contrôle était composée des membres suivants : (nom), président(e), juriste (nom), membre, médecin (nom), membre, éthicien(ne)

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le président / la présidente (signature)

Le/La secrétaire (signature)

# CANCER CAS 2018-116

CONCLUSION: respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO, aujourd'hui, pour un tel signalement, le médecin recevrait une lettre notifiant le jugement (ODB).

#### **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

En décembre 2017, une tumeur maligne de la plèvre a été diagnostiquée chez le patient, un sexagénaire. Toute guérison était exclue. Le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration de la qualité de vie).

Le patient souffrait de douleurs, notamment au ventre et à la tête, de nausées et de vomissements. Il ne pouvait plus rien manger et à peine boire. Il avait des difficultés à avaler et avait considérablement maigri. Il souffrait en outre de constipation et de vertiges, était affaibli, épuisé et sa mobilité était réduite.

L'absence de perspective d'amélioration et la poursuite prévisible de la déchéance physique jusqu'à la dépendance totale étaient sources de souffrances qu'il ressentait comme insupportables. Le médecin a acquis la conviction du caractère insupportable des souffrances du patient et de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.

Il n'y avait plus, pour le patient, aucune possibilité acceptable d'alléger ses souffrances.

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. Trois jours avant le décès, il lui a en demandé la mise en œuvre effective, une demande qu'il a réitérée par la suite. Le médecin a considéré que cette demande était volontaire et mûrement réfléchie.

#### c. Consultation

Le praticien a consulté un médecin indépendant du SCEN. Celui-ci s'est rendu auprès du patient deux jours avant l'euthanasie, après avoir été

informé de son cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente.

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 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.

### 34

# PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX CAS 2018-117

CONCLUSION: respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER: signalement NVO, maladie de Charcot, entraves à la communication. Aujourd'hui, pour un tel signalement, le médecin recevrait une lettre notifiant le jugement (ODB).

Ne figure pas dans le présent résumé

# PATHOLOGIE PULMONAIRE CAS 2018-118

CONCLUSION: respect des critères de rigueur

Ne figure pas dans le présent résumé

# PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE CAS 2018-119

CONCLUSION: respect des critères de rigueur

Ne figure pas dans le présent résumé

# POLYPATHOLOGIES CAS 2018-125

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

Ne figure pas dans le présent résumé

# 2.2 Signalements illustrant quatre des critères de rigueur de la loi WTL

Les signalements décrits ci-dessous se rapportent aux quatre critères de rigueur suivants : le médecin doit avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie, que ses souffrances sont insupportables et sans perspective d'amélioration, qu'il n'existe pas d'autre solution raisonnable pour les alléger, et il doit avoir consulté un collègue. Certains des signalements décrits présentent une particularité, par exemple une hospitalisation forcée sur décision du juge, une combinaison de pathologies physiques et mentales, ou encore une double euthanasie (c'est-à-dire de deux personnes en même temps).

### DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

La loi WTL stipule que le médecin doit avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie. Une demande orale est suffisante, la loi ne prescrivant pas de le faire par écrit. Certaines situations peuvent soulever des questions concernant ce critère de rigueur, comme l'illustre le signalement suivant relatif à un patient hospitalisé sur décision du juge en raison du danger qu'il représentait pour lui-même et pour autrui. Dans un tel cas, il importe de s'assurer que la faculté de jugement du patient n'est pas altérée par une pathologie mentale.

### CAS 2018-80

CONCLUSION: respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; nécessité, sur les conseils du consultant, d'exclure la dépression.

Le patient, un octogénaire, avait été frappé par un AVC en 2012 à la suite duquel son état physique s'était fortement dégradé. Il avait développé dans les années suivantes une série de troubles physiques puis, fin 2017, une démence vasculaire fut diagnostiquée (démence causée par la lésion des vaisseaux sanguins dans le cerveau). L'état du patient ne cessait depuis de se détériorer. En mars 2018, il fut placé sous contrainte, sur décision du juge, dans une unité de psychogériatrie car la situation à la maison n'était plus tenable du fait du changement de caractère du patient et de son comportement parfois agressif. L'hospitalisation, suivie de l'internement d'urgence puis de longue durée, se traduisit dans un premier temps par une aggravation de son état due aux nombreux stimuli induits par ces placements, le changement d'environnement et les examens. Au bout de quelques semaines dans l'établissement de long séjour, son agressivité diminua et il redevint plus calme.

Il était dépendant des autres, ce qu'il trouvait intolérable. Il souffrait de savoir qu'aucune amélioration n'était plus possible et que ses capacités physiques et intellectuelles ne feraient que se dégrader. Il savait que les séquelles de son AVC étaient irréversibles et sa vie lui semblait dépourvue de toute qualité. Il craignait en outre un nouvel accident cérébral qui le priverait de la possibilité d'exprimer sa volonté. Le patient refusait de subir la déchéance et voulait mourir dignement.

Un mois et demi environ avant son décès, le patient a abordé pour la première fois la question de l'euthanasie avec son médecin et a immédiatement demandé sa mise en œuvre effective. Lors de ses divers entretiens avec le médecin, le patient s'est montré parfaitement conscient des conséquences de ses actes, de la situation et de ses décisions. Le médecin a jugé le patient apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie et a considéré que cette demande était volontaire et mûrement réfléchie.

Le médecin a consulté un collègue indépendant du SCEN qui a constaté que la recommandation antérieurement formulée de faire examiner le patient par un psychiatre en raison de ses tendances suicidaires n'avait pas encore été suivie d'effets. Le consultant a par ailleurs conseillé de lever ou de ne pas prolonger la décision judiciaire de placement, de sorte à laisser davantage de liberté au patient et à lui permettre de s'installer dans un autre environnement lui correspondant mieux. Le consultant a également soulevé la question de l'adaptation du traitement médicamenteux du patient. Lors de l'entretien avec la commission, le médecin a précisé qu'il n'avait pas été question de prolonger la décision judiciaire de placement, qui avait uniquement eu pour but de permettre l'hospitalisation d'urgence. Le patient avait depuis retrouvé son calme et avait une attitude beaucoup plus coopérative.

Le médecin a indiqué qu'à son avis le patient n'était nullement dépressif. Malgré sa certitude quant à la capacité du patient à exprimer sa volonté, le médecin a suivi l'avis du consultant et fait appel à un psychiatre indépendant.

Celui-ci a vu le patient environ une semaine avant son décès. Il a examiné si la dépression jouait un rôle dans le souhait d'euthanasie. Il n'a pas constaté d'état dépressif au sens strict. Le patient n'était pas suicidaire. S'il était en proie à des pensées moroses, c'était à cause de sa perte d'autonomie et de la dégradation de son état physique et mental. Le psychiatre indépendant a estimé que le patient était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Il n'a vu par ailleurs aucune raison de modifier le traitement psychotrope, qui avait déjà été fortement réduit sans que cela n'entraîne la dégradation de l'état du patient.

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. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

## SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION

Le médecin doit acquérir la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration. Il est rare que les souffrances du patient n'aient qu'une seule dimension. Dans la pratique, c'est presque toujours la combinaison de différents aspects, dont l'absence de perspectives d'amélioration, qui détermine leur caractère insupportable. Il faut donc que le médecin les prenne tous en considération.

## CAS 2018-32

CONCLUSION: respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER: signalement VO, troubles psychiatriques et somatiques associés, souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, demande volontaire et mûrement réfléchie, syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et pathologies gériatriques

## 38

#### 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. Ce critère, qui s'inscrit dans la ligne de celui de l'absence de perspective d'amélioration, est lié au caractère radical et irréversible de l'euthanasie. S'il existe des moyens moins radicaux de réellement diminuer ou supprimer les souffrances, le médecin se doit de les utiliser. Ce critère de rigueur s'appuie sur la conviction partagée du médecin et du patient. Le ressenti et les souhaits de ce dernier sont donc au cœur de la réflexion. Les solutions autres que l'euthanasie doivent impliquer une diminution ou suppression réelle des souffrances et être pour le patient une issue raisonnable. D'une façon générale, une intervention longue et lourde avec une perspective limitée d'amélioration ne sera pas considérée comme une « autre solution raisonnable ». Pour obtenir une telle qualification, un traitement doit considérablement diminuer voire supprimer les souffrances pendant une période relativement longue.

#### CAS 2018-120

CONCLUSION: respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER: signalement VO, absence d'autre solution raisonnable, chute et fractures du bassin une semaine avant le décès. Intervention chirurgicale risquée et au succès incertain, refusée par la patiente sachant que ses chances de pouvoir remarcher étaient minimes

#### CONSULTATION INDÉPENDANTE

Avant de pratiquer l'euthanasie, le médecin doit consulter au moins un autre médecin indépendant qui voit le patient et juge du respect des critères de rigueur concernant la demande, les souffrances, l'absence d'autre solution raisonnable et l'information du patient. Il arrive qu'un couple fasse une demande d'euthanasie simultanée. Dans ces cas de double euthanasie, les commissions considèrent que le ou les médecins concernés doivent faire appel à un consultant différent pour chacun des partenaires. Ceci permet de garantir l'examen individuel de chaque cas. Les deux consultants doivent s'assurer qu'aucun des partenaires ne fait indûment pression sur l'autre dans le cadre de la demande d'euthanasie.

#### CAS 2018-121 ET 2018-122

CONCLUSION: respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, consultation relative à une double euthanasie, mise en œuvre

# 2.3 Cinq signalements concernant des patients atteints de troubles psychiatriques, de démence ou de polypathologies gériatriques

#### TROUBLES PSYCHIATRIQUES

L'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide ne sont pas réservées aux patients en phase terminale. Les demandes de personnes ayant une espérance de vie plus importante, comme les patients psychiatriques, sont aussi susceptibles d'être recevables. Une approche particulièrement prudente est cependant nécessaire dans ce type de cas : un psychiatre indépendant ou un autre spécialiste doit impérativement être consulté, pour juger en particulier de la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et de l'absence d'autre solution raisonnable.

#### CAS 2018-31

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER: signalement VO, prudence de l'approche concernant un patient atteint de troubles psychiatriques, consultation d'un psychiatre indépendant, absence d'autre solution raisonnable. Combinaison de troubles anxieux, dépressifs et de la personnalité

Le patient, quinquagénaire, avait depuis la fin de son adolescence des problèmes psychiatriques et d'addiction. Il souffrait de troubles dépressifs persistants et de troubles d'anxiété sociale. Il présentait aussi un trouble de la personnalité avec une tendance à l'évitement et à la dépendance, une faible tolérance à la frustration et des difficultés à contrôler la colère.

Depuis son adolescence, le désir de mourir lui revenait régulièrement. Il avait déjà tenté à plusieurs reprises de mettre fin à ses jours. Il avait subi divers traitements médicamenteux et autres, dont — sans résultat durable — l'électroconvulsivothérapie (ECT: le patient étant sous anesthésie générale, un courant électrique est envoyé dans son cerveau via des électrodes placées sur la tête). Les troubles résistaient aux thérapies et traitements médicamenteux préconisés par les directives multidisciplinaires. Le patient présentait en outre des dommages cérébraux consécutifs à l'ECT.

Il souffrait de dépression chronique, de perte de lien, de douleurs chroniques et d'une mobilité réduite. Il ressassait des pensées sombres et négatives. Depuis des années, il ressentait une absence de motivation et ne parvenait pas à faire quoi que ce soit. Le fait de ne pas pouvoir entrer en contact avec d'autres personnes contribuait à rendre ses souffrances insupportables. L'absence de perspectives d'amélioration le faisait souffrir. Chaque jour était un combat. Il passait la plupart du temps alité, n'ayant ni l'énergie ni la volonté de se lever. Chaque journée était de trop. Il ressentait ses souffrances comme insupportables.

À la demande du médecin, un psychiatre indépendant a examiné le patient environ deux mois avant le décès. Selon lui, il y avait peu de chances que des traitements psychologiques plus longs et intensifs apportent durablement une amélioration notable.

Le médecin a acquis la conviction du caractère insupportable des souffrances du patient et de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Il n'y avait plus, pour le patient, aucune possibilité acceptable d'alléger ses souffrances.

Quatre ans avant le décès, le patient avait exprimé clairement un souhait d'euthanasie. À l'époque, le médecin pensait que le protocole en matière de dépression offrait encore quelques possibilités de traitement. Le patient a totalement coopéré aux options proposées par le médecin.

Au cours de l'année précédant le décès, le souhait d'euthanasie a été persistant et cohérent. Neuf mois environ avant le décès, le patient a demandé au médecin la mise en œuvre effective de l'interruption de la vie. Il a ensuite exprimé sa demande d'euthanasie de façon cohérente.

Le psychiatre indépendant déjà mentionné a constaté que le patient était pleinement conscient et capable de décision logique. Selon le médecin, il comprenait les cadres légaux entourant sa demande d'euthanasie et les conséquences de celle-ci. Le médecin a considéré que cette demande était volontaire et mûrement réfléchie. Le médecin a fait appel à un consultant indépendant, gériatre et médecin du SCEN, qui a examiné le patient onze jours avant l'euthanasie. Selon le consultant, le patient comprenait les conséquences de sa demande d'euthanasie. Il a conclu que les critères de rigueur étaient respectés.

Concernant le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande et le caractère insupportable et sans perspective d'amélioration des souffrances, la commission considère ce qui suit. Lorsqu'il est question de trouble psychiatrique, la demande d'euthanasie doit être traitée avec la plus grande prudence. La commission estime que c'est ce qu'a fait le médecin dans le cas

présent. Le médecin, psychiatre traitant du patient depuis neuf ans, a consulté non seulement un médecin indépendant du SCEN mais aussi un psychiatre indépendant. Ce dernier a conforté le médecin dans son avis, à savoir qu'après une longue période de traitements psychiatriques divers et intensifs n'ayant pas apporté d'amélioration structurelle on pouvait conclure qu'il n'y avait plus aucune autre solution réelle pour le patient, que ses souffrances insupportables étaient de ce fait sans perspective d'amélioration et que sa demande était volontaire et mûrement réfléchie. Le consultant a conforté le jugement du médecin, qui estimait que les critères de rigueur étaient remplis.

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

#### DÉMENCE

On peut distinguer les cas 1) 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), 2) ceux de patients à un stade plus avancé dont on peut douter qu'ils sont encore aptes à exprimer leur volonté quant à l'euthanasie, et 3) ceux de patients se trouvant à un stade tel qu'ils ne sont plus capables de formuler euxmêmes la demande d'euthanasie. Dans ces deux derniers cas, un testament de vie rédigé antérieurement peut remplacer une demande concrète orale.

Le premier des signalements traités ci-après porte sur l'euthanasie d'un patient atteint de démence mais encore apte à exprimer sa volonté ; le second concerne l'euthanasie effectuée sur la base d'un testament de vie d'un patient atteint de démence. L'année dernière, un signalement de 2016 à propos duquel la commission de contrôle a conclu au non-respect des critères de rigueur a suscité beaucoup d'attention, et ce pour deux raisons : les ambiguïtés du testament de vie et les modalités de mise en œuvre. Les principales différences entre le signalement 2018-41 exposé plus loin et celui de 2016 résident dans les nombreux entretiens que le médecin a eus avec le patient avant que ce dernier perde sa capacité à exprimer sa volonté, dans le fait que le testament de vie était clair et que la prémédication participait des bonnes pratiques médicales.

#### CAS 2018-123

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, capacité du patient à exprimer sa volonté, perte de facultés fondamentales pour le patient

Le patient, septuagénaire, souffrait depuis un certain temps de troubles diagnostiqués en 2014 comme symptômes de la maladie d'Alzheimer. Son état ne cessait de se détériorer.

Les souffrances du patient étaient dues à la perte progressive de ses facultés cognitives, dont il était tout à fait conscient. La lecture, le souci de la formulation, les études et les débats avaient occupé une place prépondérante dans son existence, mais sa pathologie le rendait incapable de s'y adonner. Il égarait de plus en souvent les choses et avait du mal à formuler ses pensées. Il se sentait constamment agité, frustré et à bout.

Il souffrait de savoir qu'aucune amélioration n'était possible et que son état ne ferait que se dégrader. Il était désespéré et ne voulait pas voir sa déchéance s'aggraver encore. Ses souffrances lui étaient insupportables. Le médecin a acquis la conviction du caractère insupportable des souffrances du patient et 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.

Le patient avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin. Durant une longue période, le médecin s'est entretenu de façon intensive avec le patient. Lors de ces entretiens, ce dernier était encore capable de bien exprimer ses pensées. Le médecin ne doutait pas de son aptitude à exprimer sa volonté. Trois mois environ avant le décès, le patient a demandé au médecin la mise en œuvre effective de l'interruption de la vie.

Sept mois avant le décès, un psychiatre indépendant avait examiné le patient en raison de troubles de l'humeur. Il avait estimé que ceux-ci pouvaient constituer une réaction à la maladie et à ses implications. Il ne s'agissait pas d'un état dépressif. Le patient pouvait correctement formuler et motiver sa demande d'euthanasie et le psychiatre indépendant l'a jugé apte à exprimer sa volonté.

Le médecin a fait appel au même praticien indépendant du SCEN à trois reprises. Celui-ci a examiné le patient pour la première fois environ six mois avant le décès, dans le cadre d'une consultation précoce. À ce moment-là, le patient n'avait pas encore formulé de demande concrète d'euthanasie et il ne ressentait pas encore ses souffrances comme insupportables. La seconde visite du consultant a eu lieu environ un mois avant le décès. Il a jugé que le patient était apte à exprimer sa volonté, n'était pas dépressif et était cohérent dans son souhait d'euthanasie. Il n'avait cependant pas encore formulé de demande concrète, notamment parce qu'il avait du mal à fixer une date. La troisième visite du consultant a eu lieu environ deux semaines avant le décès. Le patient ressentait alors ses souffrances comme insupportables et il avait fait une demande concrète d'euthanasie. Le consultant a considéré que les critères de rigueur étaient remplis.

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

## CAS 2018-41

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER: signalement VO, médecin généraliste, démence avancée, souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, demande volontaire et mûrement réfléchie, euthanasie sur la base d'un testament de vie, rigueur médicale de la mise en œuvre, prémédication. Lorsque l'euthanasie est effectuée sur la base d'un testament de vie, le médecin est toujours invité à s'expliquer devant la commission.

La patiente, sexagénaire, souffrait de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée environ six ans avant le décès à partir de troubles persistants. Elle suivait un traitement médicamenteux afin de ralentir l'évolution de la maladie, avec toutefois peu d'effet. Son état s'était aggravé au fil des années. Environ quatre ans avant le décès, la patiente a été admise dans un établissement de long séjour.

L'altération de ses capacités cognitives était telle que la patiente a fini par ne plus reconnaître personne et se trouver dans un état de dépendance totale. Elle était dans un état de malaise permanent. Elle s'affolait et se montrait souvent angoissée. Elle avait notamment peur de son propre reflet, qu'elle prenait vraisemblablement pour un intrus. La nuit, elle était régulièrement désorientée et errait en criant dans les couloirs de l'établissement. La patiente n'était plus capable d'indiquer ce qui la contrariait. Elle ne comprenait plus ce qu'on lui disait et ne pouvait pas répondre. Elle souffrait clairement de son incapacité à aller seule aux toilettes. Elle se souillait régulièrement et ses cris montraient qu'elle en était bouleversée.

La patiente ressentait ses souffrances comme insupportables. Le médecin a constaté qu'elle n'avait plus de moments de partage ni de joie. Selon lui, il n'était plus possible de lui offrir une existence digne. 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. Il n'y avait plus, pour la patiente, aucune possibilité acceptable d'alléger ses souffrances.

Selon le médecin elle était au début apte à exprimer sa volonté. Après le diagnostic, elle avait immédiatement indiqué souhaiter une euthanasie lorsqu'elle serait à un stade avancé de la maladie et que ses souffrances seraient insupportables. Cinq ans environ avant le décès, elle avait rédigé un testament de vie et en avait discuté le contenu de façon approfondie avec le médecin. Au cours des années suivantes, elle avait à plusieurs reprises actualisé ce document dans lequel elle

soulignait l'importance qu'elle attachait à la qualité de vie et à une fin digne. Elle définissait ainsi les conditions qu'elle considérait comme insupportables et dans lesquelles elle souhaitait une euthanasie : ne plus reconnaître ses proches, être totalement dépendante et perdre sa dignité.

Les conditions décrites par la patiente dans son testament de vie ont été discutées lors de diverses réunions multidisciplinaires. Dans un premier temps, sa famille a eu du mal à évaluer la situation. Environ cinq mois avant le décès, tous étaient cependant d'avis que les conditions décrites dans le testament de vie étaient réunies. Ils ont demandé par écrit au médecin d'évaluer la situation de la patiente. Lors de la concertation multidisciplinaire suivante, il a été notamment décidé que le personnel soignant de l'établissement de long séjour observerait attentivement la patiente et en rendrait compte. Il en est ressorti que la patiente semblait au début encore avoir de bons moments mais qu'avec le temps son état s'aggravait. Elle ne savait plus occuper ses jours et avait de graves problèmes d'humeur.

À la demande du médecin, un gériatre indépendant a évalué l'état de la patiente environ trois mois avant le décès. La communication était rendue difficile par les troubles cognitifs et linguistiques de celle-ci. Incapable de rester concentrée sur l'entretien, elle est partie au bout d'un moment. Le gériatre indépendant a conclu qu'elle n'était plus en état de motiver sa demande.

Compte tenu de tous ces éléments, le médecin est parvenu à la conviction qu'il pouvait satisfaire à la demande de la patiente sur la base du testament de vie.

Le praticien a consulté un médecin indépendant du SCEN. Un mois environ avant le décès, le consultant s'est entretenu avec l'accompagnatrice personnelle et cinq parents proches de la patiente après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès aux données médicales pertinentes. Il s'est ensuite rendu auprès de la patiente avec son accompagnatrice personnelle.

Cette dernière lui a expliqué que, tant qu'elle en avait été capable, la patiente avait clairement et régulièrement exprimé ses souhaits, qui correspondaient au contenu de son testament de vie. Selon l'accompagnatrice, la patiente avait atteint six mois auparavant le stade auquel elle voulait ne jamais parvenir. On pouvait alors encore observer de courts moments de relative satisfaction.

Dans les mois qui avaient suivi, son état s'était rapidement aggravé et elle était devenue plus agitée. Elle avait fini par atteindre un état

permanent d'angoisse et d'agitation, cognant régulièrement les murs. Il était toutefois difficile d'en comprendre la cause et donc de l'aider. Selon le consultant, les parents de la patiente semblaient impliqués et pondérés, et ils défendaient fermement ses souhaits. Lors de sa visite, le consultant n'a pas réussi à établir le contact avec la patiente. Il l'a observée et a constaté qu'elle donnait l'impression d'être agitée, triste et repliée sur elle-même. Au bout d'un moment, elle est partie et a erré dans les couloirs de l'établissement. Le consultant a établi que la patiente n'était plus capable de reconnaître personne et qu'elle était dans un état de totale dépendance. Elle donnait l'impression d'être malheureuse. Selon le consultant, si l'accompagnement dans l'établissement de long séjour était optimal il ne pouvait – pas plus que l'attention affectueuse de ses proches – soulager les souffrances de la patiente.

Il a conclu, sur la base de ses observations, au respect des critères de rigueur. Il a cependant estimé qu'il serait judicieux d'avoir aussi l'avis d'un gérontopsychiatre sur le caractère insupportable des souffrances de la patiente.

Deux semaines avant le décès, le gérontopsychiatre indépendant a constaté que la déchéance due à la maladie revêtait un caractère catastrophique pour la patiente qui ne pouvait plus exprimer ses pensées, ne reconnaissait plus sa famille et paraissait énervée, ce qui semblait dû à l'impuissance et à la frustration. Il a établi, notamment sur la base d'entretiens avec les proches, que la patiente ne souffrait pas de trouble dépressif, anxieux ni psychotique. Il a conclu à l'absence de problématique psychiatrique pouvant être traitée.

Après concertation avec le consultant et un intensiviste, le médecin a décidé d'administrer une prémédication avant de pratiquer l'euthanasie. La patiente pouvant parfois se comporter de façon imprévisible, il ne pouvait en effet pas exclure qu'elle arrache la perfusion et se blesse. Le matin de l'euthanasie, la patiente a absorbé un comprimé de 7,5 milligrammes de dormicum (un calmant) que lui a donné le personnel soignant. Environ trois quarts d'heure plus tard, le médecin a administré par injection sous-cutanée, après la pose d'un pansement enduit de crème analgésique, 10 milligrammes de dormicum et 25 milligrammes de nozinan (un produit utilisé comme somnifère qui renforce l'effet de l'analgésique).

Une demi-heure après, une infirmière de l'équipe spécialisée d'un prestataire de soins à domicile a posé une perfusion. Le médecin a ensuite effectué l'euthanasie en utilisant les produits, les doses et la méthode recommandés dans la directive de la KNMG/KNMP pour la pratique de l'euthanasie et l'aide au suicide d'août 2012.

La commission juge que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie. Elle juge que dans la période précédant le décès les capacités de communication de la patiente ne lui permettaient plus d'exprimer sa volonté. La commission considère que rien ne permet de penser qu'il en était déjà ainsi lorsque la patiente a rédigé puis actualisé son testament de vie.

Il ressort des déclarations du médecin, du consultant, de l'accompagnatrice personnelle, du personnel soignant et des proches que la patiente a toujours été cohérente dans son souhait d'euthanasie et qu'elle l'a confirmé à plusieurs reprises. La commission est convaincue qu'au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie les conditions décrites dans le testament de vie étaient réunies. La commission juge également que le médecin a suffisamment prouvé que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Il ressort du dossier que le médecin a fait un examen approfondi de la situation de la patiente. Il a constaté qu'elle était dans un état de grande souffrance. Sur les conseils du consultant, il a de nouveau demandé à un gérontopsychiatre indépendant d'évaluer ces souffrances. Il est encore une fois apparu que la maladie avait entraîné une totale perte d'autonomie de la patiente et son incapacité à comprendre le monde qui l'entourait. Cette situation générait des sentiments permanents d'angoisse et d'agitation. Le médecin a donc pu appréhender le caractère insupportable et dépourvu de perspective d'amélioration des souffrances.

exprimer sa volonté le médecin l'a suffisamment informée sur sa situation et ses perspectives. La commission estime en outre que le médecin a pu parvenir à la conclusion qu'il n'existait dans l'état de la patiente aucune autre solution raisonnable. Le médecin a été conforté dans cet avis par les comptes rendus du personnel soignant et du consultant, dont il ressortait clairement que cet état ne pouvait pas être influencé de façon positive et que les souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Par ailleurs, il ressort du rapport et des explications orales du médecin qu'il a administré une prémédication avant de pratiquer l'euthanasie. Les raisons invoquées se rapportent à l'état permanent d'agitation et d'angoisse de la patiente dans la dernière période précédant le décès et au risque réel de voir la mise en œuvre de l'euthanasie compliquée par une réaction de peur. La commission juge que l'administration d'une prémédication dans ces circonstances particulières entre dans le cadre des bonnes pratiques médicales. L'interruption de vie a été pratiquée avec la rigueur médicale requise.

La commission juge que lorsque la patiente était encore apte à

Dans le cas présent, le médecin a suffisamment prouvé qu'il avait acquis la conviction que l'euthanasie était conforme au testament de vie antérieurement rédigé par la patiente et que les autres critères de rigueur étaient également respectés.

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

## 50

#### POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

Pour qu'une demande d'euthanasie soit honorée, les souffrances doivent avoir un fondement médical. Il n'est cependant pas nécessaire que la maladie engage le pronostic vital. L'accumulation de pathologies gériatriques – troubles de la vision, de l'ouïe, décalcification osseuse, arthrose, troubles de l'équilibre, altération des capacités intellectuelles – peut aussi être la cause de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration.

Ces affections pour la plupart dégénératives sont généralement liées à la vieillesse. C'est le cumul des symptômes liés à ces différentes affections qui est la cause de souffrances que la personne en question peut ressentir comme insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration. Cela dépend en grande partie de son histoire médicale, de la vie qu'elle a menée, de sa personnalité, des valeurs auxquelles elle est attachée et de sa résistance. Les deux signalements suivants portent sur de tels cas.

#### CAS 2018-44

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER: Signalement VO, souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, affections non mortelles en soi mais qui, cumulées, rendent la vie insupportable pour la patiente nonagénaire.

Ne figure pas dans le présent résumé

## CAS 2018-50

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : Signalement VO, polypathologies gériatriques, perte de la vision et surdité.

## 51

## 3 NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

Les RTE 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.

En 2018, les commissions ont jugé à six reprises qu'un médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur requis dans le cadre de l'euthanasie. Ces six signalements sont présentés ci-dessous, classés selon l'ordre des critères énoncés par la loi.

## NON-RESPECT DES CRITÈRES RELATIFS AUX SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION ET À L'ABSENCE D'AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

Dans la ligne de l'arrêt de 1994 de la Cour suprême dans l'affaire Chabot, il convient d'exiger du médecin la plus grande prudence en cas de demande d'euthanasie principalement motivée par des souffrances dues à des troubles mentaux. La problématique psychiatrique concernée est généralement complexe et nécessite de faire appel à l'expertise d'un spécialiste. Contrairement à un consultant, celui-ci peut aussi donner des conseils thérapeutiques. La grande prudence requise du médecin a principalement trait à trois critères de rigueur : le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable.

Il ressort du premier des deux jugements suivants qu'une consultation menée de façon incorrecte peut conduire la RTE à juger que le médecin ne pouvait avoir la conviction que les souffrances étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable. Ce jugement montre aussi que, pour les RTE, le médecin est responsable de la qualité du compte rendu du consultant. Le deuxième jugement souligne que le médecin doit prendre au sérieux l'opinion du consultant concernant l'existence de réelles possibilités de traitement.

#### CAS 2018-69

CONCLUSION: non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER: Signalement VO, souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, autre solution raisonnable, consultation, responsabilité du médecin quant à la qualité du rapport du spécialiste.

Le patient, quinquagénaire, souffrait depuis plus de trente ans de troubles psychiatriques. Trois ans avant son décès, suite à la mort de l'un de ses parents, il fut orienté vers le GGZ (soins de santé mentale) qui constata que le soutien et la structure apportés par son entourage lui avaient permis de s'en sortir jusqu'alors sans faire appel aux professionnels. Le diagnostic mit en évidence une réaction de deuil ainsi que les tendances autistes et psychotiques du patient. Ce dernier était un homme fragile, chez qui le surmenage pouvait mener à la dépression. Dans les deux années précédant son décès, il avait été à plusieurs reprises brièvement hospitalisé du fait de ses tendances suicidaires.

Son médecin, à qui il avait parlé d'euthanasie, refusait d'y apporter son concours. Plus de deux ans avant son décès, le patient s'adressa à la Clinique de fin de vie (SLK) pour une demande d'euthanasie. Celle-ci lui fut refusée après un bref entretien avec un infirmier de la SLK en raison du caractère très récent du décès de son parent.

Le patient suivait un traitement médicamenteux composé notamment d'antidépresseurs et d'antipsychotiques. Il était suivi par un psychiatre et par un infirmier qui lui apportait soutien et structure, tout en mettant l'accent sur le maintien d'une activité quotidienne. Il faisait du bénévolat, suivait une thérapie artistique et recevait un soutien psychoéducatif. Si ces prises en charge permettaient de reléguer quelque peu au second plan les symptômes dépressifs et psychotiques, elles n'avaient pas d'effet notable sur les souffrances du patient. Tout lui était insupportable : la lumière du jour dès le réveil et tout ce qu'il devait faire à longueur de journée. Il ne se souvenait plus des noms, perdait son chemin et avait de plus en plus de mal à accomplir les actes techniques du quotidien. Il faisait des cauchemars, était sujet à des crises de panique et de colère, et avait les nerfs à fleur de peau, en particulier en présence de tiers. Sa dépendance vis-à-vis des professionnels de la santé le faisait souffrir. Son caractère rigide et obsessionnel l'empêchait de s'adapter aux changements perpétuels de personnes dans son entourage. Il se sentait constamment tendu et perdait le contrôle de sa vie quotidienne. La panique et le désespoir n'étaient jamais loin. Il se sentait incapable de fonctionner dans la

société actuelle et n'était pas qui il aurait voulu être : quelqu'un avec une carrière et une famille. Des problèmes intestinaux renforçaient en outre ses souffrances, qu'il ressentait comme insupportables.

Environ dix mois avant le décès du patient, un psychiatre impliqué dans son traitement indiqua que la poursuite de ce dernier n'offrait aucune perspective d'amélioration. Le psychiatre traitant pensait en revanche qu'une amélioration serait possible si le patient était placé dans un logement adapté, dans un environnement protégé garantissant structure, soins et contacts humains. Neuf mois environ avant son décès, le patient déménagea dans un logement de ce type, sans toutefois que les souffrances s'en trouvent allégées, à cause notamment des contacts obligés avec des tiers.

Environ un an avant son décès, il s'est adressé de nouveau à la SLK. Trois mois plus tard, il a abordé pour la première fois le sujet de l'euthanasie avec un médecin (un psychiatre) et lui en a demandé la mise en œuvre effective. Dans les trois derniers mois de sa vie, il a encore eu quatre entretiens avec ce médecin. Ce dernier a consulté le médecin généraliste du patient, un psychiatre impliqué dans son traitement, l'infirmier socio-psychiatrique, l'accompagnateur personnel et l'aidant familial.

Suite à la demande d'euthanasie, le médecin a fait appel à un psychiatre indépendant pour une seconde opinion sur le diagnostic. les éventuelles possibilités de traitement et le pronostic. Celui-ci a diagnostiqué, environ deux mois avant le décès du patient, un trouble du spectre de l'autisme (TSA, terme général qui recouvre différents troubles autistiques se caractérisant par une anomalie du traitement de l'information dans le cerveau). Outre ce diagnostic principal, le patient souffrait aussi d'un trouble non spécifié du spectre schizophrénique accompagné de courts épisodes psychotiques (état psychiatrique d'une personne qui perçoit le monde différemment, par exemple qui entend des voix ou voit des choses qui n'existent pas). Il souffrait également d'un trouble dépressif non spécifié. Selon le psychiatre indépendant, il n'existait quasiment aucune possibilité de traitement pour le diagnostic principal. Il y avait en revanche des possibilités pour les troubles psychotiques et dépressifs mais le patient les refusait.

Le médecin a fait appel à un psychiatre indépendant du SCEN comme consultant, qui a constaté chez le patient un état psychotique difficile à classifier, une intelligence limitée, une forme relativement légère d'autisme et des tendances obsessionnelles. Il n'a en revanche quasiment pas décelé de troubles dépressifs au sens strict.

Malgré les questions répétées du médecin consultant sur le caractère insupportable de ses souffrances, le patient ne parvenait pas à donner de réponse cohérente. Il était entièrement fixé sur son souhait et son intention de mourir par euthanasie, mais n'arrivait pas à expliquer au médecin consultant la nature précise de ses souffrances ni leur caractère insupportable et sans perspective d'amélioration. Le médecin consultant estimait que le patient, en partie à cause de sa maladie, n'était pas en mesure de cerner correctement les possibilités d'améliorer significativement son état physique et psychosocial. Selon lui, le caractère insupportable des souffrances, tel que ressenti par le patient, n'était pas confirmé par une analyse plus objective. Il était d'avis qu'il existait encore d'importantes marges d'amélioration pour le patient. Son incapacité ou son refus d'accepter de l'aide ne pouvait justifier le recours à l'euthanasie. Le consultant concluait donc à l'impossibilité d'appréhender le souhait du patient comme la résultante de souffrances insupportables et sans perspectives d'amélioration d'une personne par ailleurs capable d'exprimer sa volonté. Selon lui, les critères de rigueur n'étaient pas remplis.

Le médecin jugeait quant à lui que les souffrances du patient découlaient quasiment exclusivement du diagnostic principal, à savoir le TSA. Même s'il était couronné de succès, le traitement des troubles psychotiques et dépressifs n'aurait qu'un effet très limité sur la souffrance. Le médecin était convaincu du caractère insupportable des souffrances du patient et de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Après la lecture du dossier, la commission avait encore des questions à poser au médecin, notamment sur l'effet du placement en environnement protégé pour le patient et sur l'absence de nouvelle consultation après la conclusion négative du médecin consultant quant au respect des critères de rigueur.

Concernant le premier point, le médecin a précisé que la vie en logement encadré était difficile pour le patient. S'il en reconnaissait les avantages (possibilité d'avoir des contacts, activités agréables), le poids des inconvénients était pour lui trop lourd. Le contact avec ses colocataires, patients psychiatriques, le mettait mal à l'aise et lui pesait beaucoup. Le logement était très bruyant et lui offrait trop peu d'intimité. Le patient avait constamment les nerfs à fleur de peau, ce qui le perturbait encore davantage. Il refusait toutefois de déménager dans un autre lieu lui offrant davantage d'intimité. L'environnement protégé devait justement lui éviter l'anxiété que lui causait la solitude. Il réalisait qu'il retomberait alors dans une situation similaire à celle qu'il n'avait pas su gérer antérieurement et que des

situations de crise le mèneraient de nouveau régulièrement à être hospitalisé. Ce dilemme renforçait sa souffrance : il ne pouvait pas vivre seul, mais pas non plus en environnement protégé.

En ce qui concerne l'avis du consultant, le médecin a indiqué l'avoir ignoré car il n'était pas d'accord avec ses conclusions. Il a indiqué qu'en général, lorsqu'un rapport d'un consultant du SCEN le fait douter de ses conclusions, il poursuit ses investigations. Or, dans le cas présent, le consultant n'était pas en mesure de bien évaluer la douleur en raison, aux yeux du médecin, de la nature des troubles dont souffrait le patient: les personnes atteintes du TSA peuvent difficilement exprimer leur douleur et la rendre palpable pour autrui. Malgré les demandes répétées du médecin, le consultant n'a pas précisé dans son rapport les perspectives de traitement ni l'attitude de refus du patient à cet égard. Le consultant faisait probablement référence aux possibilités de traitement des diagnostics secondaires, dont la dépression, mentionnées par le psychiatre indépendant. Selon le médecin, le traitement d'une éventuelle dépression n'aurait eu aucun impact sur les souffrances du patient. Si l'on pouvait parler de troubles dépressifs, ils étaient de nature réactive et n'étaient pas la cause première des souffrances, qui résultaient des handicaps liés au TSA. En conséguence, le médecin était convaincu qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable pour le patient. Les possibilités de traitement proposées par le psychiatre traitant avaient été mises en œuvre sans effet notable sur l'intensité des souffrances. Le compte rendu du consultant n'ayant pas ébranlé cette conviction, le médecin ne voyait aucune raison de faire appel à un second consultant du SCEN. Il lui semblait en outre inapproprié d'imposer ce fardeau supplémentaire au patient, sans parler de lui faire subir une nouvelle seconde opinion par un psychiatre indépendant. Le médecin ne voulait pas donner l'impression de « grapiller » les avis.

Comme les commissions de contrôle l'ont à diverses reprises rappelé, dans la ligne de l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire Chabot de 1994, il convient d'exiger du médecin la plus grande prudence en cas de demande d'euthanasie principalement motivée par des souffrances dues à des troubles mentaux. La problématique psychiatrique concernée est généralement complexe et nécessite de faire appel à l'expertise d'un spécialiste (voir dans ce cadre la directive sur les demandes d'aide au suicide exprimées par des patients souffrant de troubles psychiatriques, élaborée en 2009 par l'Association néerlandaise pour la psychiatrie, NVvP). La plus grande prudence s'impose notamment pour trois critères de rigueur : le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre

solution raisonnable (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, paragraphe 4.3).

Les trois psychiatres – traitant, indépendant et consultant – s'accordaient à penser que le patient était capable d'exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie. La commission estime donc que le médecin a pu, en partie sur cette base, acquérir la conviction que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie.

Concernant le caractère insupportable des souffrances, sans espoir d'amélioration, et l'absence d'autre solution raisonnable, la commission juge en revanche que le médecin n'a pas fait preuve de la grande prudence nécessaire. Il a certes consulté un psychiatre indépendant, mais le rapport de ce dernier présente de telles lacunes qu'il ne peut être décemment qualifié de seconde opinion. La commission estime que le médecin n'aurait pas dû se contenter d'un rapport aussi expéditif. Faire preuve d'une grande prudence signifie aussi accorder une attention particulière à la qualité du compte rendu du collègue consulté. Il doit en ressortir que l'examen a été sérieux et les conclusions doivent être correctement étavées. Si tel n'est pas le cas, il revient au médecin de demander au psychiatre indépendant un examen complémentaire ou une amélioration de son compte rendu. Si cela n'aboutit pas à un résultat satisfaisant, le médecin a la responsabilité de chercher des informations et des conseils auprès d'autres spécialistes pour étayer son propre jugement.

Pour ce qui est de l'absence de prise en compte de l'avis négatif du consultant, les considérations de la commission sont les suivantes : lorsqu'un consultant du SCEN considère qu'un ou plusieurs des critères de rigueur de la loi WTL ne sont pas respectés, cela doit inciter le médecin à une réflexion approfondie sur la mise en œuvre effective de l'euthanasie prévue. S'il est vrai que la loi WTL ne prescrit qu'une consultation, et pas d'autorisation, reste qu'en cas d'avis négatif du consultant le médecin doit correctement justifier son choix de ne pas en tenir compte (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, paragraphe 3.6). En cas de demande d'euthanasie d'un patient psychiatrique, l'avis négatif d'un médecin du SCEN a, aux yeux de la commission, un poids encore plus important. La grande prudence évoquée plus haut implique que le médecin, davantage encore que dans les autres cas, doit motiver pourquoi il juge que les critères sont bien remplis. Bien que ce ne soit pas une exigence impérative, il semble logique dans un tel cas de faire appel à un second médecin du SCEN (de préférence psychiatre également). La commission renvoie à cet égard à la directive sur les demandes d'aide au suicide de la NVvP évoquée plus haut (p. 44), qui précise qu'en situation de différence

fondamentale d'opinion – ce qui était le cas selon elle – il faut toujours faire appel à un autre consultant.

La commission estime que le médecin n'a pas suffisamment justifié sa décision de ne pas le faire. Le consultant du SCEN était un psychiatre expérimenté ayant accompli un parcours professionnel remarquable. Son rapport expliquait de façon claire et directe pourquoi l'euthanasie ne devait pas avoir lieu. Le médecin a cependant campé sur sa position, sans la soumettre à une nouvelle évaluation. Sans se prononcer explicitement sur la validité de cette position, la commission estime que le médecin, au vu des circonstances (et notamment des limites du rapport du spécialiste indépendant) aurait au moins dû consulter un second médecin du SCEN (de préférence psychiatre) ou un autre spécialiste indépendant. Cela aurait permis de mieux déterminer l'existence de possibilités pour renforcer la résilience du patient (à défaut de pouvoir traiter le trouble principal). Aux yeux de la commission, la gêne occasionnée pour le patient par des examens supplémentaires ne constituait pas une raison suffisante pour y renoncer. Même chose concernant la crainte du médecin de donner l'impression de « grapiller » les avis : faire appel à un autre collègue du SCEN aurait justement renforcé la position du médecin dans ce cas en montrant qu'il était disposé à être contrôlé et à soumettre sa propre opinion à l'œil critique d'autrui.

La commission juge que le médecin n'a pas agi conformément aux critères de rigueur visés à l'article 2, paragraphe 1, points b et d, de la loi WTL. Les autres critères de rigueur ont été respectés.

## CAS 2018-70

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, psychiatrie, prudence accrue, souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, absence d'autre solution raisonnable

## NON-RESPECT DES CRITÈRES RELATIFS À LA SECONDE CONSULTATION DANS LE CAS D'UN PATIENT ATTEINT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Dans le cas d'un patient atteint d'un trouble psychiatrique, le médecin doit toujours demander, outre l'avis d'un consultant sur le respect des quatre premiers critères de rigueur, l'avis d'un psychiatre indépendant sur l'aptitude du patient à exprimer sa volonté quant à sa demande, l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable. Contrairement à un consultant, celui-ci peut aussi donner des conseils thérapeutiques. Pour ne pas importuner inutilement le patient, le médecin peut opter pour un consultant, du SCEN ou non, qui soit aussi psychiatre. Dans le cas suivant, le médecin n'a pas fait appel à un psychiatre.

#### CAS 2018-42

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, prudence accrue requise dans le cas des patients psychiatriques, consultation d'un psychiatre indépendant, possibilité de refuser les traitements

La patiente, septuagénaire, souffrait de troubles psychiatriques depuis ses dix-huit ans. Le diagnostic faisait état d'un trouble schizo-affectif (pathologie psychiatrique comportant des psychoses et des troubles de l'humeur). Elle avait des périodes de dépression sévère et était parfois psychotique. Elle avait fait plusieurs tentatives de suicide et avait été hospitalisée à diverses reprises. Compte tenu de ses troubles psychiatriques, la patiente avait au fil du temps suivi des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques approfondis, qui n'avaient toutefois pas apporté d'amélioration à son état.

Environ cinq mois avant le décès, un anévrisme aortique abdominal a été diagnostiqué, nécessitant une opération urgente. Un cancer des poumons a aussi été découvert. La patiente a refusé tout traitement parce que son trouble psychiatrique était la cause de souffrances insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration. Elle souhaitait mourir depuis des années. Le diagnostic d'anévrisme aortique abdominal et de cancer des poumons ouvrait une possibilité bienvenue d'être délivrée de son existence difficile.

Le généraliste de la patiente refusant par objection de conscience de pratiquer l'euthanasie, il a demandé au médecin (également généraliste) s'il acceptait de prendre en charge la procédure d'euthanasie. Le premier entretien avec le médecin concernant l'euthanasie a eu lieu deux mois avant le décès. Environ deux semaines et demie avant le décès, la patiente a demandé au médecin la mise en œuvre effective de l'euthanasie. Le praticien a consulté par téléphone le psychiatre de l'institution dans laquelle la patiente était traitée. Ce dernier était d'avis qu'elle avait un souhait réaliste d'euthanasie basé sur des souffrances psychiatriques sévères et incurables.

Le médecin a fait appel à un médecin indépendant (non psychiatre) du SCEN comme consultant, qui a examiné la patiente dix jours environ avant l'euthanasie. Il a conclu que les critères de rigueur n'étaient pas encore remplis. Selon lui, il n'y avait pas encore de demande concrète ni de souffrances insupportables. Le consultant a demandé au médecin de le rappeler lorsque ces circonstances auraient changé. Deux jours avant le décès, le consultant a estimé sur la base d'un entretien téléphonique avec le médecin que la situation de la patiente avait évolué. Elle avait demandé la mise en œuvre à court terme de l'interruption de la vie. Le consultant est parvenu à la conviction que la demande était clairement basée sur une combinaison de souffrances psychiatriques chroniques sévères ne pouvant plus être traitées et de souffrances physiques potentiellement mortelles récemment constatées. Il a conclu que les critères de rigueur étaient maintenant respectés.

Jugeant le dossier sommaire, la commission a demandé au médecin des explications complémentaires écrites. Les informations fournies n'ont pas apporté d'éclaircissement suffisant et elle a invité le médecin à venir s'expliquer devant elle. Les questions ont notamment porté sur le dossier de la patiente, sur la conviction du médecin que la demande était volontaire et mûrement réfléchie et les souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, et sur l'absence de consultation d'un psychiatre indépendant.

Le médecin a répondu que le dossier numérique était mince. Il avait obtenu des informations complémentaires en s'entretenant avec le médecin généraliste et le mari de la patiente. Il avait aussi pris contact par téléphone avec l'institution de santé mentale dans laquelle la patiente était traitée. Définir le bon interlocuteur n'était pas évident à cause du transfert récent de la patiente vers un autre psychiatre. Les contacts entre le service de santé mentale et la patiente se sont du reste avérés assez sommaires.

La commission ayant demandé si la patiente était encore en état de prendre une décision pondérée concernant le refus des traitements, le médecin a répondu qu'il s'était longuement penché sur la question. Il avait toujours été convaincu de sa capacité à exprimer sa volonté. Il

avait eu un moment de doute lorsqu'il avait lu le premier compte rendu du consultant et ne l'avait pas compris. Le consultant jugeait que les souffrances ne revêtaient pas encore de caractère insupportable parce que la patiente n'exprimait pas de demande concrète. Le médecin avait eu un instant l'idée que la patiente manœuvrait. Il avait été la voir et avait pris contact avec le consultant. Durant l'entretien avec le médecin, la patiente s'était montrée très déçue de l'avis négatif du consultant.

Le médecin avait pu discuter avec elle de ce en quoi consistaient ses souffrances. Chaque jour lui apportait son lot de terribles souffrances; sa vie était un enfer. Ne se sentant pas suffisamment soutenu par le compte rendu du consultant, le médecin n'a pas voulu mettre en œuvre l'interruption de la vie. Lorsque la patiente a clairement exprimé une demande concrète d'euthanasie à court terme, le médecin s'est entretenu par téléphone avec le consultant qui a conclu que les critères de rigueur étaient maintenant remplis.

Concernant la consultation d'un psychiatre indépendant, le médecin a déclaré ne pas y avoir pensé. Tout au long de son lourd passé médical, la patiente avait en effet été traitée par de nombreux psychiatres sans résultat notable. Le médecin s'est cependant concerté avec des collègues. Il reconnaît a posteriori qu'il n'a pas tout à fait agi correctement. Bien qu'il ait attentivement examiné si les critères de rigueur étaient respectés et qu'il ait eu l'absolue conviction que c'était le cas, le médecin comprend maintenant qu'il n'a pas agi avec la prudence accrue requise dans les cas de souffrances dues à un trouble psychiatrique et qu'il aurait dû mieux se conformer à cette exigence en consultant un psychiatre indépendant.

La commission considère que lorsqu'il est question de troubles psychiatriques la demande d'euthanasie doit être traitée avec la plus grande prudence (dans la ligne de l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire Chabot de 1994). Cette prudence se traduit par la consultation d'un psychiatre indépendant, outre celle habituelle d'un premier praticien.

Le psychiatre indépendant effectue sa propre évaluation de la capacité du patient à exprimer sa volonté et du caractère mûrement réfléchi de sa demande (a). Il faut s'assurer que le jugement du patient n'est en aucune façon altéré par le trouble psychiatrique. Pour qu'un patient puisse formuler une demande d'euthanasie de façon mûrement réfléchie, il est également essentiel qu'il ait une compréhension suffisante de sa maladie, des diagnostics des médecins, des pronostics et des possibilités de traitement. C'est pourquoi il doit être suffisamment informé sur sa situation (c). S'agissant de l'absence de

perspective d'amélioration des souffrances (b) et d'autre solution raisonnable (d), le psychiatre indépendant doit examiner s'il n'existe pas d'autres possibilités de traitement pour le patient (Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p.41 et 42). Le cas échéant les rôles de médecin du SCEN et de psychiatre indépendant peuvent ici être combinés.

La commission reconnaît que vu les circonstances la position du médecin était délicate. Elle a du respect pour le fait qu'il ait été prêt à prendre le relais d'un collègue dans un cas difficile. Cependant, la commission estime qu'il ressort des notes fournies par le médecin et de ses explications complémentaires écrites et orales qu'il n'a pas agi avec toute la prudence requise dans le cas d'une demande d'euthanasie émanant d'un patient atteint d'un trouble psychiatrique.

En omettant de consulter un spécialiste indépendant qui effectue sa propre évaluation du respect des critères de rigueur susmentionnés, le médecin a insuffisamment prouvé que les critères de rigueur visés à l'article 2, paragraphe 1, points a, b, c et d, de la loi WTL étaient remplis. Il n'a pas apporté de raisons convaincantes au fait de ne pas avoir consulté un autre spécialiste. De plus, le contact avec le psychiatre traitant a été très sommaire.

Le médecin a consulté un seul confrère indépendant, qui a examiné la patiente et a consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur. Le médecin a ainsi satisfait au critère de rigueur visé à l'article 2, paragraphe 1, point e, de la loi WTL. Cependant, le consultant auquel il a fait appel ne disposait pas de l'expertise nécessaire pour effectuer dans ce cas sa propre évaluation des critères de rigueur a à d.

La commission note encore que le consultant n'a pas conseillé le médecin de façon adéquate. Il aurait été logique qu'il lui signale que vu son manque d'expertise spécifique et compte tenu du lourd passé psychiatrique de la patiente il fallait faire appel à un psychiatre indépendant.

La commission juge que le médecin n'a pas agi conformément à tous les critères de rigueur.

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

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. Cette consultation a pour but de favoriser un processus décisionnel aussi scrupuleux que possible.

## CAS 2018-04

CONCLUSION: non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : exigence d'une consultation indépendante

## 63

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

L'euthanasie doit être effectuée avec 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 provoqué par le médecin avant l'administration du produit létal. 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 ». Elle précise les produits à utiliser ainsi que leur dosage. Si le médecin ne suit pas ces recommandations, il devra motiver solidement sa décision. La responsabilité d'une mise en œuvre conforme à la rigueur médicale requise incombe au médecin, dont les actes sont soumis au jugement de la commission. La responsabilité du pharmacien concerne, le cas échéant, la préparation et l'étiquetage des solutions injectables ou buvables. Le médecin se doit de contrôler que les produits qui lui sont fournis par le pharmacien sont adéquats et que leur dosage est correct. Une autre exigence est que le médecin dispose sur place d'une réserve de produits pour pallier à un éventuel problème de mise en œuvre. Il n'est en effet pas souhaitable qu'il doive laisser le patient seul pendant l'euthanasie. Concernant l'aide au suicide, le code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 indique que le médecin peut quitter la pièce si le patient le souhaite, après que celui-ci a absorbé le produit euthanasiant. Il doit cependant rester à proximité immédiate pour pouvoir intervenir rapidement en cas de complications. Dans le premier des signalements suivants, le médecin ne disposant pas de produits de réserve a dû laisser le patient durant l'euthanasie; dans le second, qui porte sur une aide au suicide, le médecin a quitté la maison du patient après l'absorption du produit euthanasiant.

## CAS 2018-23

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, rigueur médicale requise dans la mise en œuvre, deuxième jeu de produits, abandon du patient

Le patient, sexagénaire, souffrait d'une tumeur maligne de la plèvre déclarée un an avant le décès. Les semaines précédant le décès, son état s'était rapidement aggravé. Toute guérison était exclue. Le médecin a acquis la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Un peu moins de deux semaines avant le décès, le patient a demandé au médecin la mise en œuvre effective de l'euthanasie. Le médecin a considéré que cette demande

était volontaire et mûrement réfléchie. Il a consulté un médecin indépendant du SCEN, qui a conclu que les critères de rigueur étaient respectés.

À la demande du médecin, un ambulancier a posé une perfusion. Le médecin a commencé l'interruption de la vie sur demande en administrant 1 000 mg de thiopental (un produit provoquant le coma). Le patient n'entrant pas dans le coma, le médecin a pensé que le thiopental ne se diffusait pas par voie intraveineuse mais sous-cutanée. Il a décidé de ne pas administrer la seconde injection de 1 000 mg de thiopental ni le myorelaxant, voulant d'abord demander la pose d'une nouvelle perfusion au service ambulancier. Avant l'arrivée de celui-ci, le médecin est allé chercher de nouvelles doses de produits euthanasiants à la pharmacie. La perfusion posée entre-temps par les ambulanciers ne fonctionnant pas, le médecin a ensuite injecté 2 000 mg de thiopental et 150 mg de rocuronium (un myorelaxant), après quoi le patient est décédé.

Devant la commission, le médecin a déclaré que la mise en œuvre ne s'était pas déroulée comme espéré. Dans son aire de travail, médecins et pharmaciens se sont entendus sur le fait que le médecin dispose d'un jeu de produits et que le pharmacien garde un deuxième jeu disponible pendant le créneau horaire de la mise en œuvre. Cela permet de ne pas préparer inutilement des produits qui devront ensuite être jetés.

Après avoir administré les 1 000 mg de thiopental, le médecin a remarqué que le patient tardait à s'endormir. Il a donc supposé que la perfusion s'écoulait par voie sous-cutanée. Il a indiqué avoir fait une pause. Il voulait s'assurer du bon fonctionnement de la perfusion. En injectant le thiopental, il n'avait pourtant pas perçu de résistance anormale. Le patient a fini par sombrer dans un sommeil de plus en plus profond; à un moment donné il n'a plus été possible de communiquer avec lui. Après environ vingt minutes, le médecin a contrôlé l'absence des réflexes photomoteur et ciliaire. Vu le temps qui avait été nécessaire pour que le thiopental commence à agir, le médecin a jugé qu'injecter le rocuronium n'était pas sûr.

Après avoir contrôlé l'état du patient, il est parti chercher de nouvelles doses de produits euthanasiants à la pharmacie. À ce moment-là, le patient reposait calmement et la famille maîtrisait son émotion. L'ambiance était tout à fait calme. Le médecin a décidé de se rendre luimême à la pharmacie parce que cela serait plus rapide que faire venir le pharmacien. Celui-ci pouvait entre-temps préparer les produits. La pharmacie se trouve à environ un kilomètre de la maison du patient et le médecin s'y est rendu en voiture. Il s'est absenté environ dix minutes

en tout. Quelques minutes après son départ, le service ambulancier est arrivé pour poser une nouvelle perfusion. Le patient est resté très peu de temps sans accompagnement médical. Le médecin a souligné que s'il avait constaté une quelconque instabilité chez le patient ou sa famille il ne se serait pas absenté et aurait attendu que le pharmacien apporte les produits.

La commission juge que laisser le patient pendant la mise en œuvre de l'euthanasie n'est pas conforme à la directive de la KNMG et de la KNMP « Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide » d'août 2012, sur laquelle se basent les commissions de contrôle. Cette directive stipule en effet les normes suivantes (pertinentes dans le cas concerné):

- le médecin doit disposer d'un deuxième jeu de produits euthanasiants intraveineux;
- le médecin est et reste présent durant l'euthanasie. La commission estime que ces normes doivent être respectées et qu'il incombe au médecin de les connaître et d'agir en conséquence, ce qu'il n'a pas fait.

La Commission juge que le médecin n'a pas agi conformément au critère de rigueur visé à l'article 2, paragraphe 1, point f, de la loi WTL. Les autres critères de rigueur ont été respectés.

## CAS 2018-75

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, rigueur médicale de la mise en œuvre, aide au suicide, abandon du patient avant le décès

## ÉDITION

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

Maquette Inge Croes-Kwee (Manifesta idee en ontwerp), Rotterdam

Avril 2019

66

