

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE



RAPPORT ANNUEL

2022

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

CHAPITRE I CHIFFRES ET ÉVOLUTIONS EN 2022

1	Rapport annuel	7
2	Signalements	9
	Nombre de signalements	9
	Proportion hommes-femmes	9
	Proportion interruption de la vie sur demande-aide au suicide	9
	Affections	11
	Affections les plus courantes	11
	Démence	11
	Troubles psychiques	11
	Polypathologies gériatriques	13
	Autres affections	13
	Âge	13
	Lieu où est pratiquée l'interruption de la vie	15
	Médecins signaleurs	15
	Euthanasie et don d'organes et de tissus	15
	Couples	17
	Non-respect des critères de rigueur	17
3	Méthode de travail des commissions, évolutions	18
	Signalements VO et NVO	18
	Questions écrites et orales des RTE	21
	Signalements complexes	21
	Comité de réflexion	22
	Divers	22
	Organisation	24

1	Introduction	25
2	Respect des critères de rigueur	28
2.1	Cinq signalement représentatifs	28
	Jugement 2022-067 Cancer	29
	Jugement 2022-029 Pathologie du système nerveux	30
	Jugement 2022-031 Pathologie pulmonaire	31
	Jugement 2022-094 Pathologie cardiovasculaire	32
	Jugement 2022-006 Polypathologie	33
2.2	Cinq signalements illustrant cinq des critères de rigueur	34
	Jugement 2022- 072 Demande volontaire et mûrement réfléchi	35
	Jugement 2022-056 Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration	37
	Jugement 2022-114 Absence d'autre solution raisonnable	39
	Jugement 2022-054 Consultation	41
	Jugement 2022-116 Rigueur médicale de l'acte	43
2.3	Quatre signalements concernant des patients présentant une pathologie particulière	45
	Jugement 2022-085 Trouble psychique	46
	Jugement 2022-079 Polypathologies gériatriques	48
	Jugement 2022-115 Patient atteint de démence apte à exprimer sa volonté	50
	Jugement 2022-043 Patient atteint de démence inapte à exprimer sa volonté	51
3	Non-respect des critères de rigueur	55
	Non-respect de plusieurs critères de rigueur	55
	Jugement 2022-007	56
	Consultation indépendante	57
	Jugement 2022-052 (cf. aussi 2022-070 et 2022-109)	58
	Jugement 2022-098 (et 2022-099)	60
	Le consultant doit voir le patient	60
	Jugement 2022-069	61
	Rigueur médicale	62
	Jugement 2022-040	63
	Prudence accrue en présence de troubles psychiques	64
	Jugement 2022-039	65
	Jugement 2022-059	66
	Jugement 2022-068	68
	Jugement 2022-075	70
	Jugement 2022-017	72

L'aspect le plus frappant des chiffres du présent rapport est l'augmentation du nombre de signalements d'euthanasie¹. En 2022, les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) ont reçu 8 720 signalements, soit 13,7 % de plus que l'année précédente. Les cas d'euthanasie représentent ainsi 5,1 % de la mortalité totale aux Pays-Bas en 2022, contre 4,6 % en 2021. Cet accroissement en termes absolus et relatifs est visible sur une période prolongée.

Aucune étude scientifique n'ayant été menée pour identifier les causes de cette augmentation, il n'est pas possible de prévoir de façon fiable l'évolution du nombre de cas d'euthanasie aux Pays-Bas. Néanmoins, rien n'indique que la tendance va s'inverser au cours des prochaines années.

L'augmentation continue du nombre de signalements d'euthanasie se traduit par un alourdissement de la charge de travail des commissions, qui était déjà très importante en 2022. De ce fait, le délai moyen de traitement des signalements est maintenant de 34 jours, soit un allongement de 6 %. Le mode de contrôle établi par la loi interdisant tout nouveau gain d'efficacité, les commissions verront leurs effectifs augmentés durant l'année 2023.

En 2022, les commissions ont conclu dans treize cas au non-respect des critères de rigueur, contre sept cas en 2021. Comparée au nombre total de signalements, leur proportion reste toutefois tellement faible (0,15 %) que l'on peut sans hésiter conclure à l'extrême rigueur de la pratique de l'euthanasie aux Pays-Bas. Le présent rapport décrit dix des cas dans lesquels les critères n'ont pas été respectés. Ces jugements sont par ailleurs activement portés à l'attention des médecins les plus concernés par la mise en œuvre de l'euthanasie, dans l'espoir de faire baisser le nombre de cas de non-respect des critères de rigueur.

Il convient néanmoins de nuancer l'éclairage porté sur ces jugements. Dans la presque totalité des cas, le non-respect des critères de rigueur aurait probablement pu être évité si le médecin, comme du reste le consultant, avait accordé une plus grande attention aux passages le concernant dans le Code de déontologie en matière d'euthanasie. Celui-ci a été conçu par les RTE comme un manuel pratique fournissant tous les éléments pour comprendre le sens à donner aux critères de rigueur.

¹ Dans le présent rapport annuel, le terme euthanasie regroupe l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide.

L'interprétation des normes juridiques définies dans la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande (WTL) est sujette à variation au gré des évolutions sociétales. De plus, même après vingt ans de pratique, le contrôle de la mise en œuvre de l'euthanasie se heurte encore à des situations inédites et imprévues. Cela implique de mettre régulièrement à jour le Code de déontologie, dont la dernière version date de juillet 2022.

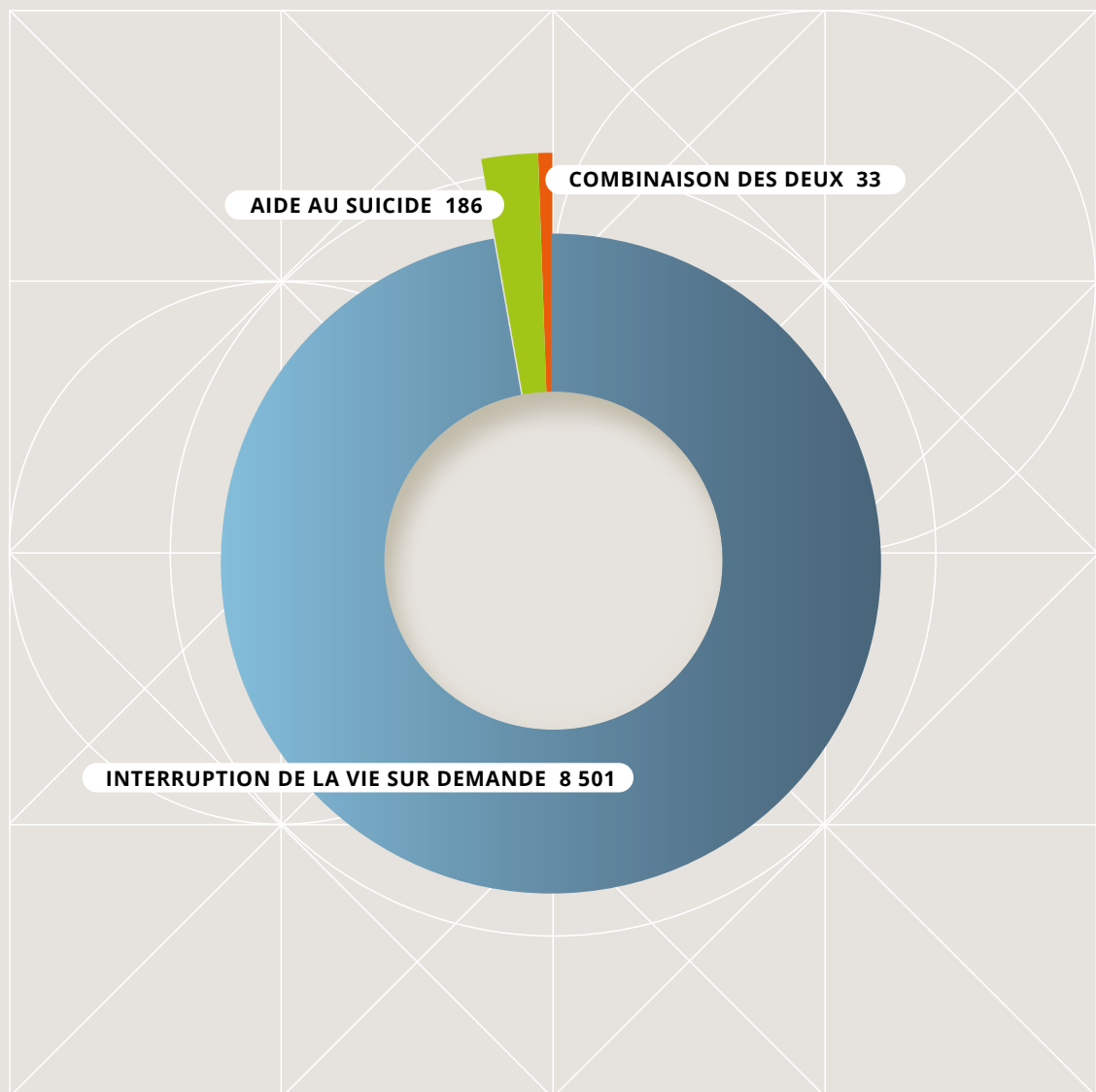
Cette année encore, les commissions ont reçu un soutien adéquat de la part du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, en particulier de la direction ESTT. Nous sommes notamment fiers de l'introduction de notre nouveau système numérique de contrôle et d'enregistrement très performant qui, grâce à un effort collectif, a été élaboré et mis en œuvre sans heurts dans les limites du délai et du budget impartis.

L'année 2022 a marqué le vingtième anniversaire de l'entrée en vigueur de la loi WTL, dont l'objet était de légaliser et de réguler la pratique de l'euthanasie aux Pays-Bas. Les commissions contrôlent chaque signalement selon les normes fixées par la loi WTL. En deux décennies, elles ont contrôlé 91 565 signalements dont 133 ont été jugés non conformes aux critères de rigueur. Un seul cas a donné lieu à des poursuites judiciaires. Je pense pouvoir affirmer, sur la base de ces chiffres, que la loi WTL et les commissions afférentes ont atteint leur but : établir une pratique rigoureuse et transparente de l'euthanasie aux Pays-Bas. L'impact de la loi WTL est certainement bien plus large, car combien sont ceux qui ont puisé du réconfort dans la pensée que l'euthanasie leur offrait une issue de secours, avant de s'éteindre de mort naturelle ? Voilà, de mon point de vue, une perspective propre à redonner confiance.

JEROEN RECOURT

Président coordinateur

PROPORTION INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE-AIDE AU SUICIDE



CHAPITRE I

CHIFFRES ET ÉVOLUTIONS EN 2022



1 RAPPORT ANNUEL

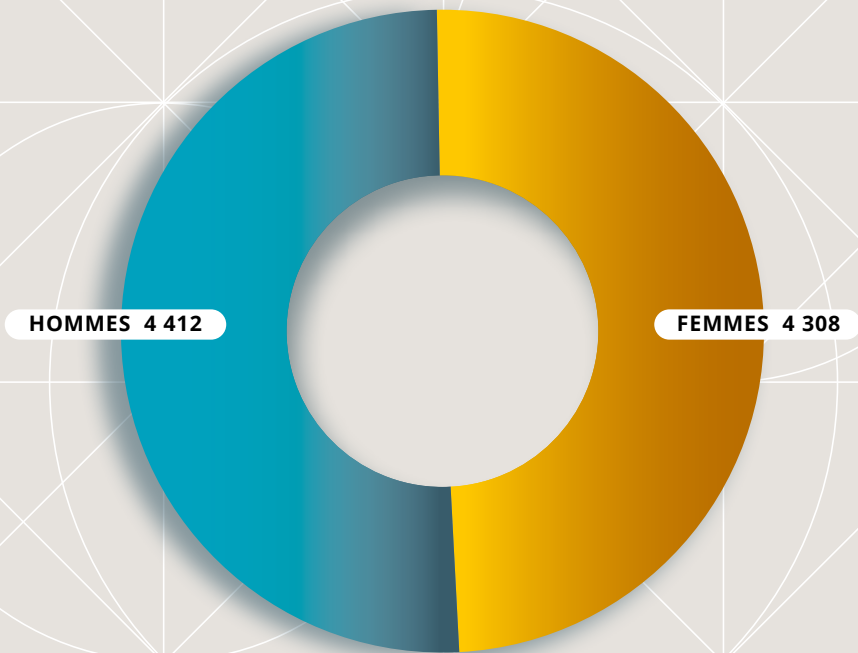
Le présent rapport rend compte des activités des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) au cours de l'année calendaire écoulée ; celles-ci expliquent ainsi devant la société et les responsables politiques la façon dont elles ont rempli leur mission légale concernant le respect des dispositions 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 RTE examinent et jugent les signalements. Le chapitre 2 est ainsi consacré à l'exposé détaillé de signalements représentatifs ou particuliers.

Nous nous sommes efforcés de rendre le rapport annuel accessible à un large public en employant le moins possible de termes juridiques et médicaux et en les expliquant.

Pour en savoir plus sur les grandes lignes de la loi, la méthode de travail des commissions, etc., voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022.

PROPORTION HOMMES-FEMMES



NOMBRE DE SIGNALEMENTS

En 2022, les commissions régionales ont enregistré 8 720 signalements d'euthanasie, représentant 5,1 % du nombre total de décès (169 938)². Ces chiffres marquent une augmentation de 13,7 % par rapport à 2021 (7 666 signalements). La part des cas d'euthanasie dans le nombre total de décès a ainsi augmenté de quelque 0,5 % par rapport à 2021.

Les chiffres par région sont disponibles sur le site internet des RTE (cf. euthanasiacommissie.nl/uitspraken-en-uitleg).

PROPORTION HOMMES-FEMMES

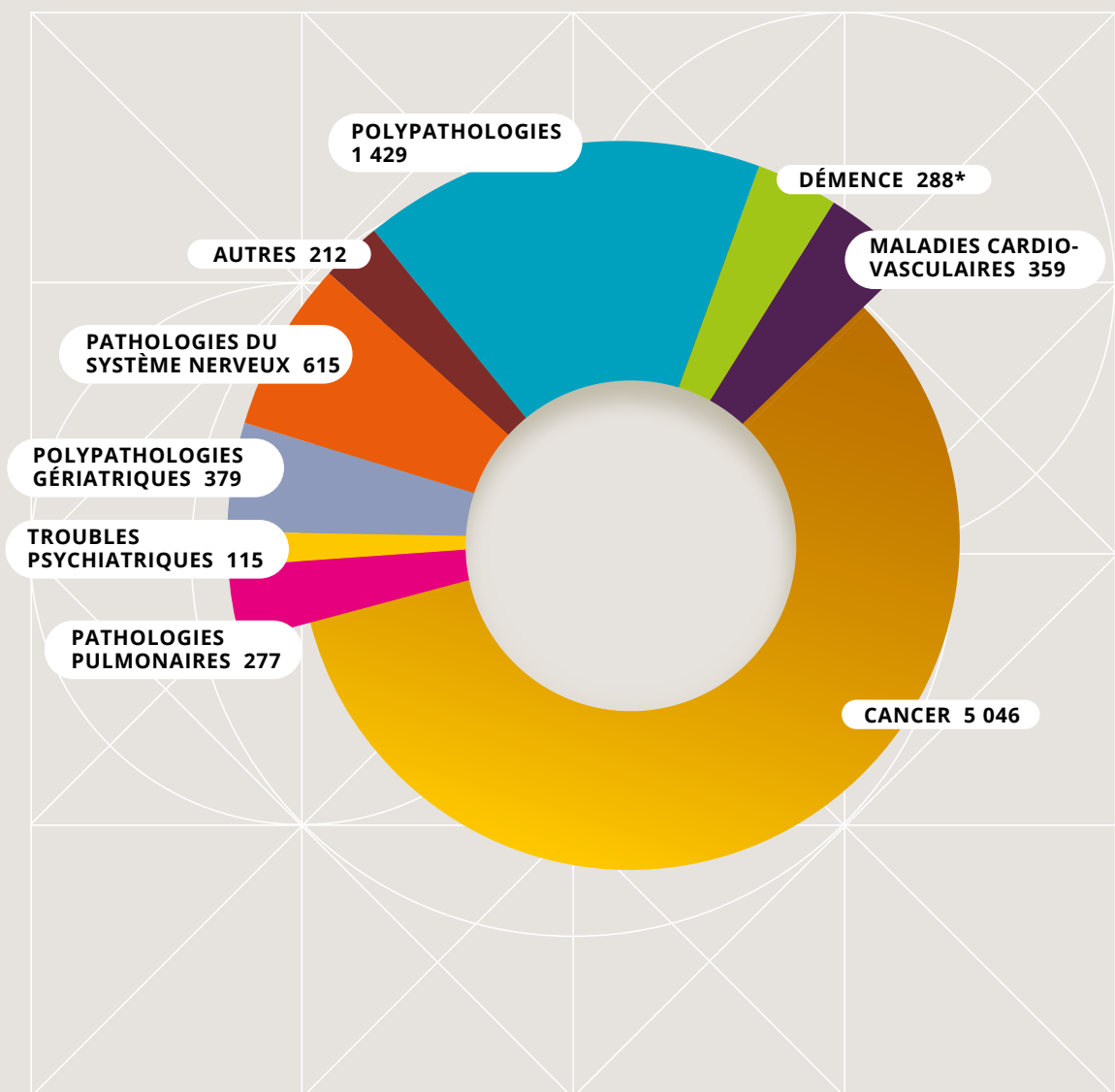
Comme les années précédentes, le rapport hommes-femmes dans les signalements est resté à peu près égal : 50,6 % contre 49,4 % (soit 4 412 hommes et 4 308 femmes).

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 déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 36 et suivantes.

On dénombre 8 501 signalements (97,4 %) qui concernent des cas d'interruption de la vie sur demande, 186 (2,1 %) des cas d'aide au suicide et 33 (0,38 %) 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



10

* patients aptes à exprimer leur volonté : 282
patients inaptes à exprimer leur volonté : 6

AFFECTIONS

AFFECTIONS LES PLUS COURANTES

Dans 88,6 % des cas (soit 7 726), les patients étaient atteints de :

- cancer incurable (57,8 %, soit 5 046 cas) ;
- pathologies du système nerveux (7 %, soit 615 cas – comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou la maladie de Charcot ;
- maladies cardiovasculaires (4,1 %, soit 359 cas) ;
- pathologies pulmonaires (3,2 %, soit 277 cas) ;
- polyopathologies (généralement somatiques) (16,4 %, soit 1 429 cas).

DÉMENCE

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de démence, voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 49 et suivantes.

Dans 282 des signalements, les patients concernés étaient atteints de démence mais étaient encore aptes à exprimer leur volonté concernant l'euthanasie. Ils avaient donc encore une bonne compréhension de leur pathologie et de ses symptômes, tels que l'altération de la personnalité et de l'orientation spatiotemporelle, comme dans le signalement 2022-115 présenté au chapitre 2.

Comme en 2021, six des signalements concernent des patients à un stade avancé de la maladie, qui n'étaient plus en mesure d'exprimer leur volonté concernant l'euthanasie ni de communiquer au sujet de leur demande. Leur testament de vie a pu être considéré comme une telle demande. Un de ces signalements est présenté au chapitre 2 sous le numéro 2022-043 et tous sont publiés sur le site Internet des RTE.

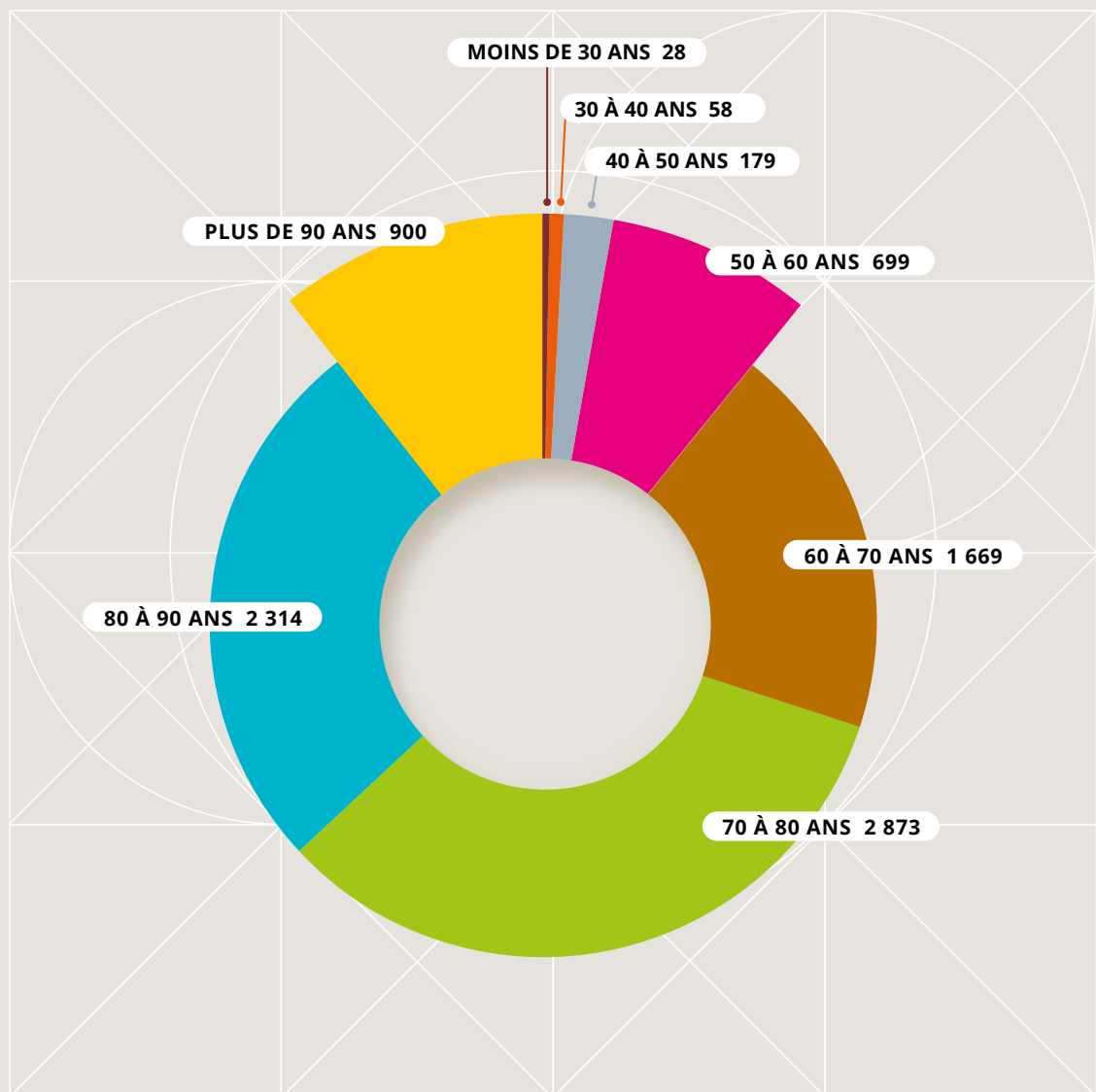
TROUBLES PSYCHIQUES

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de troubles psychiques, voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 46 et suivantes.

Pour 115 (1,3 %) des signalements d'euthanasie, les souffrances du patient sont principalement causées par un ou plusieurs troubles psychiques. Cette proportion est la même qu'en 2021. Dans 32 de ces cas, le médecin signaleur est un psychiatre, dans 29 cas un médecin généraliste, dans 3 cas un gériatre et dans 51 cas un autre type de médecin. Dans 65 des cas concernant un patient souffrant de troubles psychiques, l'euthanasie a été pratiquée par un médecin travaillant au sein du Centre d'expertise sur l'euthanasie (EE). Une approche particulièrement prudente est ici nécessaire³, comme dans le signalement 2022-085 présenté au chapitre 2.

³ Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 46 et suivantes.

ÂGE



POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

Concernant les points à considérer dans les cas d'accumulation de pathologies gériatriques, voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 25 et suivantes.

L'accumulation de pathologies gériatriques – troubles de la vision, de l'audition, ostéoporose et ses conséquences, arthrose, troubles de l'équilibre, altération des capacités cognitives (perte des facultés mentales) – 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 peuvent être 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, ressent comme insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration. En 2022, les RTE ont reçu 379 signalements de cette catégorie (4,3 %). Un jugement relatif à un signalement concernant des polypathologies gériatriques est présenté au chapitre 2 et publié sur le site internet sous le numéro 2022-079.

AUTRES AFFECTIONS

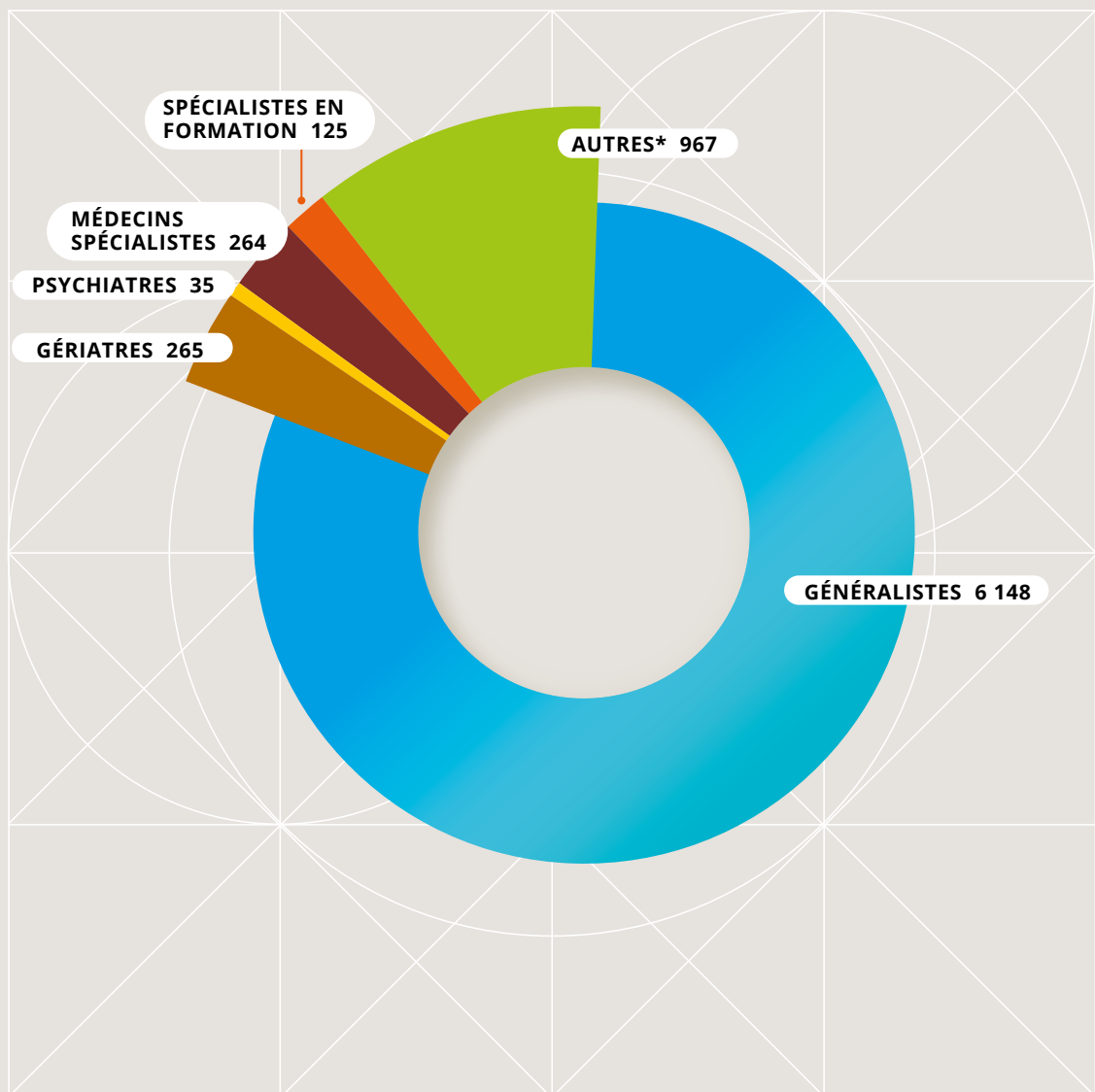
Enfin, les RTE utilisent la catégorie « autres affections » pour enregistrer les signalements concernant des pathologies n'entrant pas dans les catégories définies, par exemple un syndrome de douleur chronique, une maladie génétique rare, l'insuffisance rénale ou la cécité. En 2022, cette catégorie comptait 212 cas.

ÂGE

La majorité des signalements, soit 2 873 cas (32,9 %), concernent des patients septuagénaires ; 2 314 (26,5 %) concernent des octogénaires, et 1 669 (19,1 %) des sexagénaires. En 2022, les commissions ont enregistré un signalement concernant un mineur (tranche d'âge des 12-16 ans). La commission a jugé dans ce cas que le médecin avait respecté les critères de rigueur prévus par la loi WTL. On dénombre 27 signalements concernant des patients centenaires, dont le plus âgé avait 104 ans. Un total de 86 signalements concerne la tranche d'âge des 18-40 ans. Dans 44 de ces cas, la cause des souffrances est le cancer et dans 24 un trouble psychique.

Dans la catégorie « démence » la majorité des signalements concernent des patients septuagénaires (110 cas) et octogénaires (113 cas), et dans la catégorie « polypathologies gériatriques », des patients au moins nonagénaires (252 cas). Dans la catégorie « troubles psychiatriques », 24 signalements concernent des quinquagénaires et 20 des sexagénaires.

MÉDECINS SIGNALEURS



14

** par exemple travaillant au sein de l'association Centre d'expertise sur l'euthanasie ou ayant une formation en médecine de base*

LIEU OÙ EST PRATIQUÉE L'INTERRUPTION DE LA VIE

Comme les années précédentes, dans la grande majorité des cas (6 939, soit 79,6 %) l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient. Dans 829 cas, soit 9,5 %, elle s'est déroulée dans un établissement de long séjour ou une maison de retraite médicalisée ; dans 667 cas, soit 7,7 %, dans un établissement de soins palliatifs ; dans 157 cas, soit 1,8 %, dans un hôpital ; dans 128 cas, soit 1,5 %, dans un autre lieu (par exemple domicile d'un membre de la famille, une résidence services ou hôtel médicalisé).

MÉDECINS SIGNALEURS

La plupart des signalements (7 013, soit 80,4 % du nombre total) ont été effectués par un médecin généraliste. Parmi les autres médecins signaleurs, on relève 316 gériatres, 264 médecins spécialistes et 125 médecins en formation. Enfin, un nombre non négligeable de signalements (967) émanent de médecins issus d'un autre contexte, dont la plupart travaillent au sein de l'EE.

Le nombre de signalements émanant de médecins de l'EE (1 241) a augmenté de 118 par rapport à 2021 (1 123), soit une hausse de 14,2 %. Ces praticiens interviennent fréquemment à la demande du médecin traitant lorsque celui-ci estime le cas trop complexe, refuse par objection de conscience de pratiquer l'euthanasie ou n'accepte de le faire que dans les cas d'affections en phase terminale. Le patient lui-même ou, à sa demande, sa famille peuvent aussi faire appel à l'EE. Plus de la moitié des signalements faisant état d'un trouble psychique (65 sur 115, soit quelque 56,5 %) ont été effectués par un médecin de l'EE, ce qui marque une baisse par rapport à 2021 (83 des 115 signalements, soit 72 %). Parmi ceux mentionnant une forme de démence comme cause des souffrances, 123 sur 288 (soit plus de 42,7 %) émanent d'un médecin de l'EE, de même que 157 (soit 41,4 %) des 379 signalements concernant des polyopathologies gériatriques.

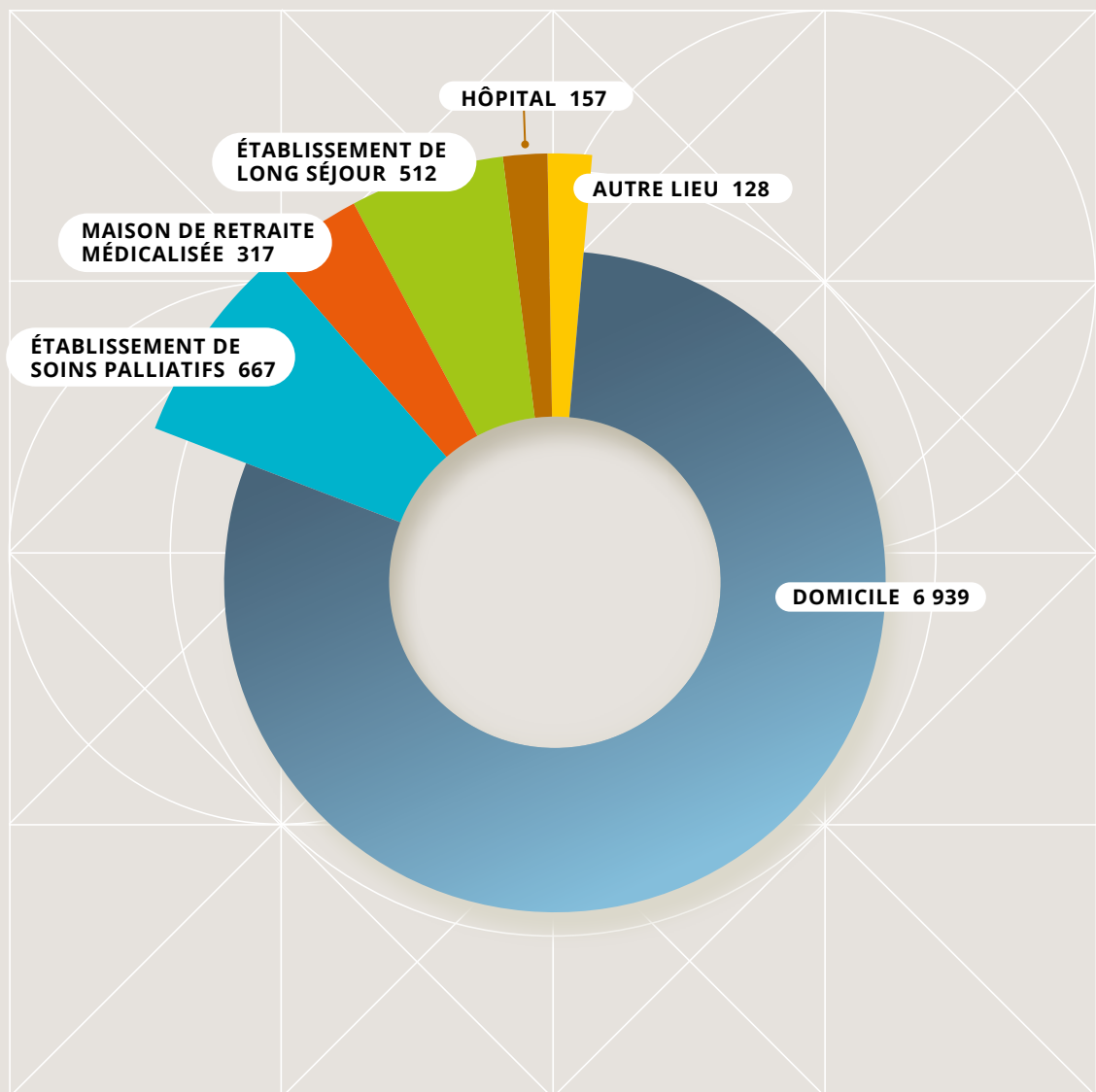
15

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 Orgaandonatie na euthanasie*]⁴. Les RTE ont reçu en 2022 six signalements dans lesquels il est question de don d'organes et de tissus après l'euthanasie.

4 La directive et d'autres documents relatifs à son contexte et son fondement peuvent être consultés sur le site internet Directive sur le don d'organes après l'euthanasie / Association néerlandaise pour la transplantation.

LIEU OÙ EST PRATIQUEE L'INTERRUPTION DE LA VIE



COUPLES

On dénombre 58 signalements concernant des euthanasies simultanées de partenaires (29 couples). Il est évident que le respect des critères de rigueur requis par la loi WTL doit être établi de façon distincte dans chaque signalement. Chacun des deux partenaires doit ainsi être vu par un consultant différent de sorte à garantir le caractère indépendant de l'évaluation de leur propre situation⁵.

NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

Dans 13 des signalements, les commissions régionales ont jugé que le médecin ayant pratiqué l'euthanasie n'avait pas respecté les critères de rigueur prévus à l'article 2, paragraphe 1, de la loi WTL. 10 de ces jugements sont présentés au chapitre 2. Dans deux cas concernant un couple, les commissions ont conclu que le médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur : il avait fait appel à un seul consultant pour les deux partenaires. Vu leur proximité, un seul de ces deux jugements est présenté ici. Dans trois signalements, le consultant était inscrit comme patient auprès du cabinet du généraliste ayant pratiqué l'euthanasie et les commissions ont jugé que cela nuisait à son indépendance⁶. Un de ces trois signalements est présenté au chapitre 2.

⁵ Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 33.

⁶ Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p.32.

SIGNALEMENTS VO ET NVO

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 de la commission concernée fait à cet effet une première lecture du dossier. Un signalement est classé dans la catégorie NVO si cette première lecture laisse présumer qu'il est suffisamment documenté et que le médecin a respecté les critères de rigueur, sauf si le cas concerné le fait d'emblée entrer dans la catégorie VO. Cela vaut par exemple lorsque les souffrances du patient sont dues à des troubles psychiques, dans le cas d'une euthanasie mise en œuvre sur la base d'un testament de vie ou si le patient est mineur. La commission examine et juge ensuite les signalements, par voie électronique s'agissant de ceux classés NVO. Si contrairement à la lecture initiale du secrétaire, elle juge qu'un signalement est générateur de questions, celui-ci est examiné lors de la réunion mensuelle consacrée aux signalements de la catégorie VO. En 2022, 40 signalements (soit moins de 0,5 %) ont ainsi fait l'objet de ces délibérations.

Lorsque le signalement ne suscite aucune question, une lettre succincte notifiant le jugement (ODB) est adressée au médecin. Elle indique que sur la base du signalement reçu, la commission a conclu au respect de tous les critères de rigueur. En 2022, 95,9 % des signalements enregistrés ont été d'emblée classés comme NVO.

Les cas 2022-067, 2022-029, 2022-094, 2022-031 et 2022-006 présentés sous forme de résumés au chapitre 2 sont des exemples de signalements NVO ayant donné lieu à une ODB. Le site internet des RTE (www.euthanasiacommissie.nl) présente également certains signalements NVO de cette façon. La lettre succincte de notification adressée au médecin ne comporte pas de résumé.

L'examen d'un signalement VO durant la réunion mensuelle de la commission donne lieu à un jugement détaillé. La commission y indique précisément le point suscitant des questions et les considérations l'ayant amenée à conclure, sur ce point précis, au respect ou au non-respect des critères de rigueur. Les RTE souhaitent ainsi permettre aux médecins et à d'autres intéressés de mieux comprendre la réflexion et les arguments décisifs qui sous-tendent leurs conclusions.

4,1 % de l'ensemble des signalements enregistrés ont été d'emblée classés comme VO, par exemple à cause d'une problématique liée à un trouble psychique, parce que la mise en œuvre de l'euthanasie suscitait des questions ou que le dossier fourni par le médecin était trop succinct pour permettre un jugement.

Toujours inférieur au maximum de deux fois six semaines prévu par l'article 9, paragraphe 1, de la loi WTL, le délai entre la réception d'un signalement et l'envoi du jugement au médecin est passé à 34 jours en moyenne en 2022, soit deux jours de plus qu'en 2021. Cette augmentation s'explique en partie par le nombre accru de signalements mais aussi par la rotation du personnel.

SCHÉMA 1

95,9% DES SIGNALEMENTS
(NON GÉNÉRATEURS DE QUESTIONS)

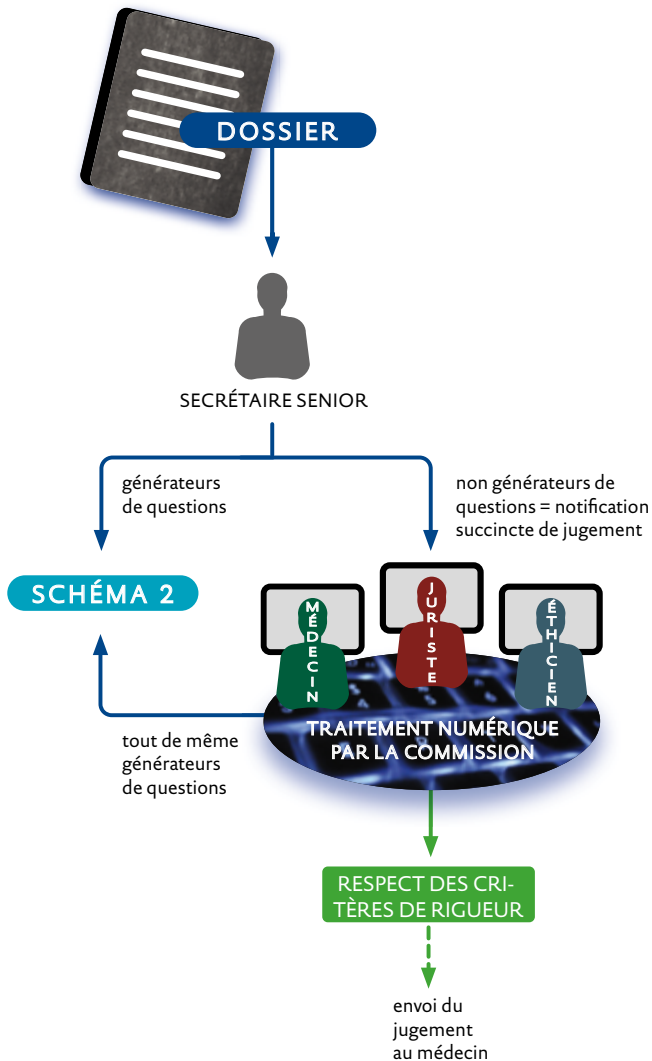
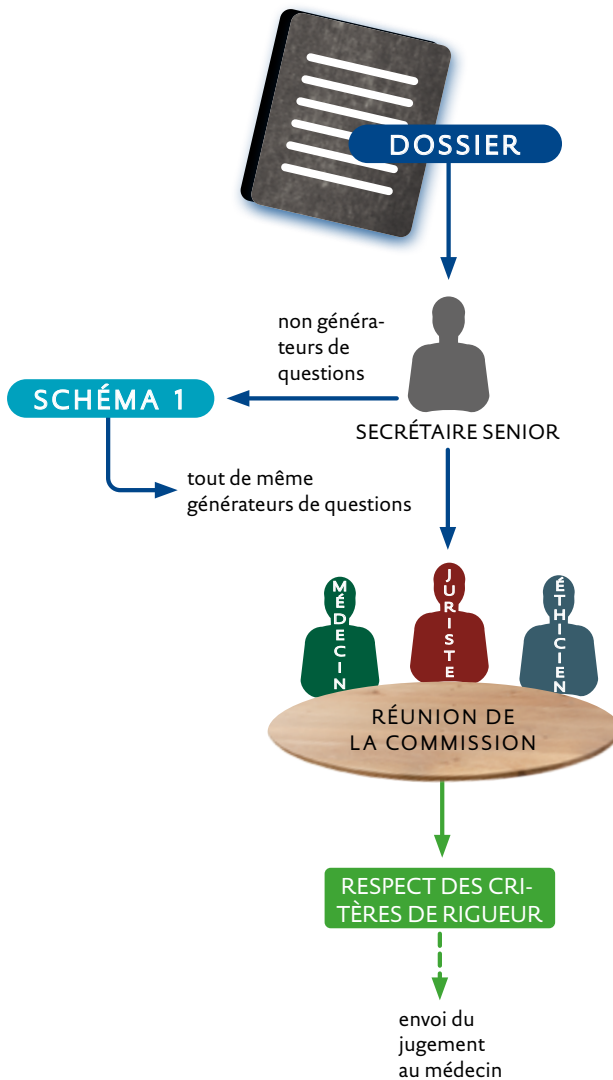


SCHÉMA 2

4,1% DES SIGNALEMENTS
(GÉNÉRATEURS DE QUESTIONS)



QUESTIONS ÉCRITES ET ORALES DES RTE

Dans certains cas, les rapports du médecin et du consultant ainsi que leurs annexes ne sont pas suffisamment clairs pour permettre aux commissions de forger leur jugement. Elles peuvent alors demander des explications complémentaires au médecin ou au consultant. Dans 18 cas, le médecin (et dans un cas, le consultant) a été invité à s'expliquer par écrit.

Dans 28 cas, parfois après ces premières explications écrites, les commissions ont invité le médecin signaleur (et dans un cas le consultant) à se présenter lors de leur réunion suivante pour s'expliquer et répondre à leurs questions. Ces cas incluent les 13 signalements susmentionnés dans lesquels les commissions ont jugé que les critères de rigueur n'étaient pas remplis.

Un entretien téléphonique est aussi possible si les questions sont simples et factuelles.

SIGNALEMENTS COMPLEXES

Les commissions se concertent intensivement lorsqu'elles estiment un signalement assez complexe pour requérir l'avis de tous les membres et des secrétaires. 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. Les signalements concernant l'euthanasie effectuée sur la base du testament de vie d'un patient inapte à exprimer sa volonté sont traités selon le même processus. Après avoir pris connaissance des réactions des membres, la commission formule son jugement définitif.

Le processus est le même pour les dossiers sur lesquels la commission en charge souhaite une large concertation des RTE, l'objectif étant d'optimiser la qualité des jugements et de les harmoniser dans la mesure du possible.

En 2022, 34 dossiers ont ainsi été discutés, y compris ceux jugés non conformes aux critères de rigueur. Il arrive aussi que les jugements soient discutés dans le cadre de la concertation des présidents, médecins et éthiciens.

COMITÉ DE RÉFLEXION

À la demande de la concertation des présidents, le comité de réflexion des RTE a effectué une mise à jour du Code de déontologie en matière d'euthanasie. Ce texte a été publié en juillet 2022 après consultation de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG), de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la pharmacie (KNMP), du Ministère public, de l'Inspection de la santé et de la jeunesse (IGJ), du Centre d'expertise sur l'euthanasie (EE) et de l'Association néerlandaise de psychiatrie (NVvP). Le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022 a été envoyé à tous les généralistes, psychiatres et gériatres.

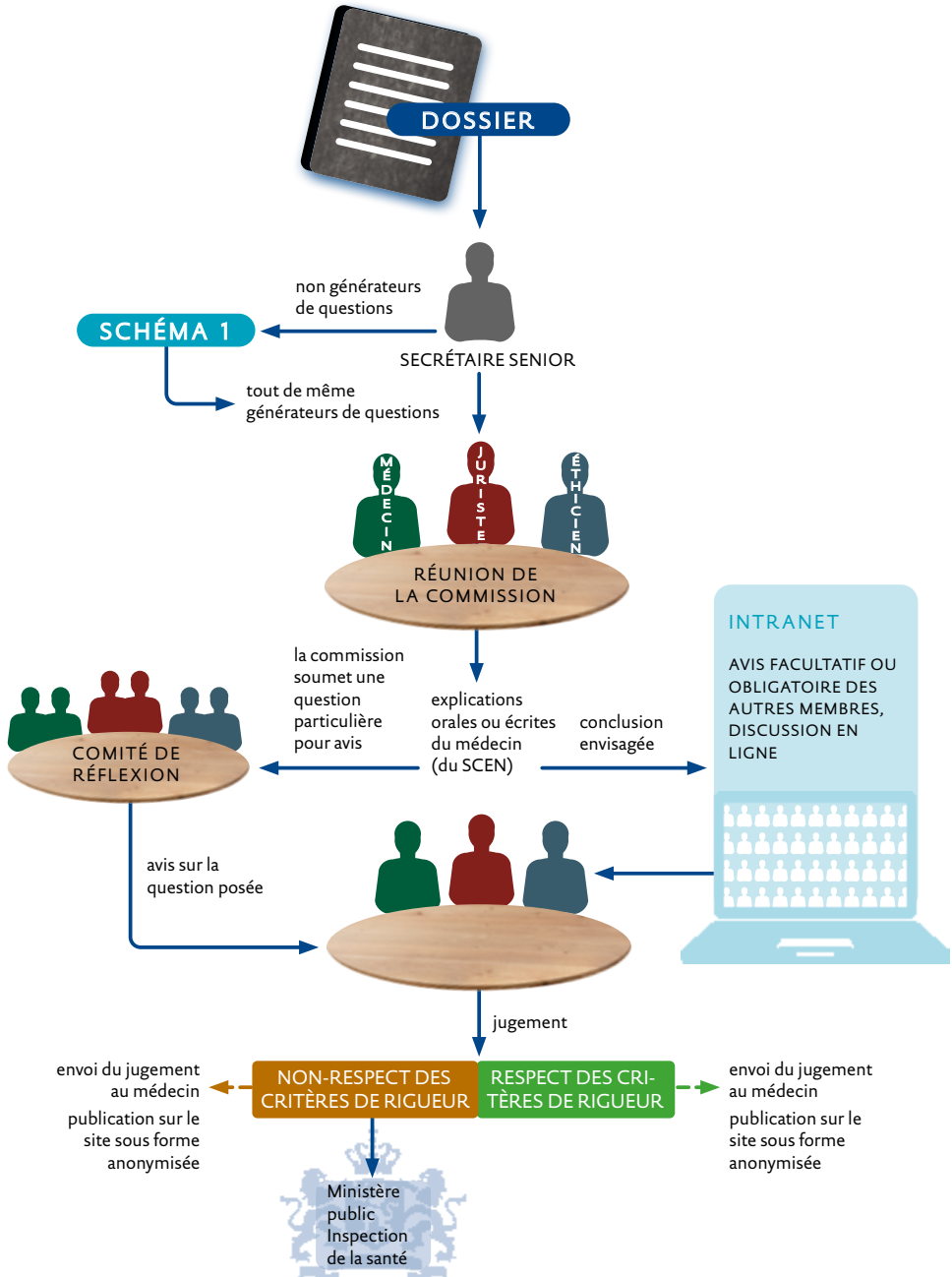
DIVERS

Le nouveau système informatique pour les RTE a été mis en service en mai 2022. Il permet au médecin de recevoir automatiquement un e-mail de confirmation de son signalement après que celui-ci a été enregistré dans le système par un assistant administratif. La plupart des signalements transmis aux RTE par les médecins légistes des communes le sont désormais par voie numérique.

Le rapport de la quatrième évaluation de la loi WTL, incluant une évaluation du fonctionnement des RTE, paraîtra en 2023.

SCHÉMA 3

< 0,5 % DES SIGNALEMENTS (GÉNÉRATEURS DE QUESTIONS)



ORGANISATION

Les commissions régionales de contrôle sont au nombre de cinq et comprennent en tout 45 membres. Chaque commission comprend trois juristes (un président de région et deux présidents), trois médecins et trois éthiciens. Vu le nombre accru de signalements, les RTE discutent avec les ministères de la Santé et de la Justice et de la Sécurité d'une augmentation du nombre de membres.

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 assistent également les représentants 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 (soutien logistique). Les secrétaires ont voix consultative lors des réunions des commissions ; le secrétaire général coordonne leurs activités.

CHAPITRE 2

ÉTUDE DE CAS

2

1 INTRODUCTION

Ce chapitre est consacré aux jugements des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie. Les RTE ont pour mission d'examiner les signalements des médecins relatifs aux cas d'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 tels que les lettres de 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. acquérir la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchi ;
- b. acquérir la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration ;
- c. informer le patient de sa situation et de ses perspectives ;
- d. parvenir, en concertation avec le patient, à la conviction qu'il n'existe aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouve ;
- e. consulter au moins un confrère indépendant, qui examine le patient et consigne par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur énoncés aux points a à d ; et
- f. pratiquer 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'à la version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022⁷, 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 qu'il était en présence d'une demande volontaire et mûrement réfléchie (a), de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration (b) et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable (d). La formulation choisie laisse au médecin une certaine marge d'appréciation. En conséquence, lors de leur évaluation des actes du médecin sur ces trois points, les commissions 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 raisonnablement pu parvenir à la conclusion que ces trois critères de rigueur étaient remplis. Elles examinent également son argumentaire, dont fait partie le compte rendu du consultant.

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

Le paragraphe 2 se décompose en trois sous-paragrapes. 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, cardiovasculaires ou pulmonaires, ou une combinaison de pathologies. Pour ces signalements, le jugement écrit transmis au médecin n'est pas détaillé : le praticien reçoit une notification succincte du jugement (ODB), c'est-à-dire une lettre indiquant brièvement qu'il a respecté les critères de rigueur par le médecin.

Le second sous-paragraphe (2.2) s'intéresse à plusieurs critères de rigueur : le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande (a), le caractère insupportable et sans perspective d'amélioration des souffrances (b), la conviction partagée de l'absence d'autre solution raisonnable (d) et la rigueur médicale de l'acte (f). Un des critères n'est pas expressément abordé ici : l'information du patient sur ses

⁷ Le Code de l'euthanasie 2022 peut être téléchargé sur le site des RTE : www.euthanasiecommissie.nl.

perspectives (c). Il est étroitement lié aux autres critères, et notamment à l'exigence que le médecin soit convaincu que la demande est volontaire et mûrement réfléchie, ce qui n'est possible que si le patient est bien informé de sa situation et des perspectives qui sont les siennes.

Le sous-paragraphe 2.3 décrit quatre cas dans lesquels l'euthanasie a été pratiquée sur des patients atteints de pathologies particulières : troubles psychiques, polyopathologies gériatriques et démence.

Le paragraphe 3 présente 10 des 13 signalements dans lesquels les RTE ont jugé que le médecin n'avait pas respecté ces critères.

Chaque jugement est numéroté, ce qui permet de le retrouver sur le site internet des RTE (www.euthanasiecommissie.nl). Des précisions complémentaires y sont généralement disponibles lorsque le dossier a donné lieu à un jugement détaillé. S'il a donné lieu à une notification succincte de jugement, un bref résumé des faits ressortant du signalement est publié sur le site et dans le rapport annuel.

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 pathologies cardiovasculaires et pulmonaires, ou d'une combinaison de pathologies, ce qu'illustrent les cinq signalements ci-dessous (tous classés comme non générateurs de questions – NVO). Ensemble, ces cinq cas donnent une image fidèle de la nature des signalements que les RTE ont le plus souvent à traiter.

Le premier des jugements présentés est aussi le plus détaillé, ce qui permet de voir que tous les critères de rigueur sont examinés. Dans les autres jugements, l'exposé est principalement axé sur les souffrances du patient.

Cancer du poumon, refus d'examens plus poussés

Selon le diagnostic probable posé trois mois avant le décès, le patient, octogénaire, était atteint d'un cancer du poumon. Compte tenu de son âge et de son état, il refusait des examens plus poussés. Toute guérison était exclue.

Le patient souffrait de difficultés respiratoires, de sévères quintes de toux et de douleurs dorsales. Il avait aussi perdu beaucoup de poids en peu de temps. Il pouvait faire de moins en moins de choses et restait chez lui. Il souffrait d'un affaiblissement général et de l'absence de perspectives.

Un mois avant le décès, le patient a demandé au médecin la mise en œuvre de l'euthanasie. Selon le praticien, cette demande était volontaire et mûrement réfléchie. Il a établi qu'en dépit des nombreux revers qu'il avait connus le patient n'était pas dépressif, et il l'a jugé apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie.

Le médecin a acquis la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Les possibilités acceptables de les alléger étaient épuisées. Il ressort également du dossier que le médecin et les spécialistes ont informé le patient de son état de santé et des possibilités thérapeutiques.

Le médecin a fait appel à un praticien indépendant du SCEN qui a vu le patient une semaine avant le décès et est parvenu à la conclusion que les critères de rigueur étaient remplis.

Le médecin a effectué l'euthanasie en utilisant les produits, les doses et la méthode recommandés dans la directive de la KNMG/KNMP Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide de septembre 2021.

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

Publié sur le site sous le numéro 2022-067.

SEP, procédure d'euthanasie reprise par un collègue

Le patient, sexagénaire, était atteint d'une sclérose en plaques (SEP) diagnostiquée sept ans avant le décès. La SEP est une pathologie incurable du système nerveux central entravant la conduction de l'influx nerveux vers et depuis le cerveau.

Le patient souffrait d'une perte grandissante de fonctions. Il ne pouvait quasiment plus se déplacer qu'en fauteuil roulant et était devenu dépendant. Il devait utiliser un lève-personne pour s'asseoir dans son fauteuil roulant et le quitter, ce qui provoquait souvent une incontinence fécale. Le patient souffrait de la dégradation de son état. Il avait aussi des crampes musculaires douloureuses. Le caractère désespéré de sa situation et la crainte de voir son état empirer l'affectaient profondément.

Le médecin généraliste refusant de pratiquer l'euthanasie, un collègue du même cabinet médical s'est chargé de la procédure d'euthanasie. Lors du premier entretien avec le médecin, six semaines avant le décès, le patient a demandé la mise en œuvre de l'euthanasie. Au cours des entretiens hebdomadaires qui ont suivi, le patient a réitéré sa demande.

Le médecin a acquis la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Les possibilités acceptables de les alléger étaient épuisées.

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

Publié sur le site sous le numéro 2022-029.

PATHOLOGIE PULMONAIRE

MPOC, aggravation suite à une contamination par le Covid-19

La patiente, septuagénaire, était atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) diagnostiquée longtemps avant le décès. Elle avait fini par atteindre le dernier stade de la maladie. Une contamination par le Covid-19, un an environ avant le décès, avait encore détérioré sa capacité pulmonaire. L'administration d'oxygène supplémentaire ne soulageait pas suffisamment ses difficultés respiratoires. Les possibilités de traitement étaient épuisées.

La patiente souffrait de graves difficultés respiratoires, de fatigue et d'une faiblesse grandissante. Elle ne pouvait pratiquement plus rien faire et passait ses journées alitée. Même manger et boire lui demandait beaucoup d'énergie. Elle craignait de s'étouffer. Elle avait vu cela se produire chez un proche souffrant de la même maladie et voulait se l'éviter.

Le médecin a acquis la conviction que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Les possibilités acceptables de les alléger étaient épuisées.

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

Publié sur le site sous le numéro 2022-031.

Insuffisance cardiaque et ischémie avec amputation, perte d'autonomie

Le patient, octogénaire, souffrait depuis l'année précédant le décès d'une ischémie ayant entraîné l'amputation d'une partie de son pied droit puis de toute la partie inférieure de la jambe droite. Lors d'une hospitalisation, un mois avant le décès, une insuffisance cardiaque sévère avait été diagnostiquée. Les traitements restaient sans effet et toute guérison était exclue.

La plaie d'amputation ne guérissant pas correctement, une nouvelle intervention était nécessaire en vue d'amputer au-dessus du genou. Le patient, en très mauvaise condition à cause de son insuffisance cardiaque, refusait de subir une opération aussi lourde. Il était extrêmement fatigué et ne pouvait pratiquement plus rien faire. Il souffrait de son état de dépendance, de sa perte d'autonomie et de l'absence de perspectives.

Le médecin a acquis la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Les possibilités acceptables de les alléger étaient épuisées.

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

Publié sur le site sous le numéro 2022-094.

POLYPATHOLOGIE

AVC, mélanome métastatique, difficultés à communiquer

Victime d'un infarctus cérébral six mois avant le décès, la patiente sexagénaire était hémiplegique. Outre des difficultés à parler, elle avait du mal à accomplir les actes de la vie quotidienne. Environ deux mois avant le décès, un mélanome métastatique (cancer de la peau) avait été diagnostiqué. Toute guérison était exclue.

La patiente souffrait des suites de l'AVC. Elle ne pouvait plus s'exprimer que par des mouvements de tête, ce qui la frustrait. Elle pouvait plus faire grand-chose et se trouvait dans un état de dépendance. Ayant toujours été active et communicative, elle ne s'accommodait pas de la perte de son autonomie et de la parole. Du point de vue émotionnel, elle était aussi très affectée par sa situation et souffrait de l'absence de perspectives due au mélanome métastatique.

Le médecin a demandé à la patiente si elle souhaitait une euthanasie. La patiente a répondu par des mouvements de tête à ses questions fermées. Lors des entretiens, elle est restée cohérente dans sa demande.

Le médecin a acquis la conviction que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Les possibilités acceptables de les alléger étaient épuisées.

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

Publié sur le site sous le numéro 2022-006.

2.2 CINQ CAS ILLUSTRANT CINQ DES CRITÈRES DE RIGUEUR

Les cas décrits ci-après illustrent cinq critères de rigueur dont le médecin a acquis la conviction qu'ils étaient remplis : demande volontaire et mûrement réfléchie (a), souffrances insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration (b), absence d'autre solution raisonnable (conviction partagée par le patient) (d), consultation d'un médecin indépendant (e) et rigueur médicale de la mise en œuvre de l'euthanasie (f). À une exception près, tous ces signalements ont été classés comme VO, ce qui signifie qu'ils ont été discutés dans le cadre des réunions des commissions et que les médecins ont reçu un jugement détaillé sur les critères de rigueur concernés.

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. La demande doit avoir été formulée par le patient lui-même.

Le critère d'une demande volontaire et mûrement réfléchie peut, dans certaines situations, poser question, par exemple s'il s'agit d'un mineur (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 24).

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

Patient mineur

Une tumeur maligne avait été diagnostiquée chez un patient âgé d'entre douze et seize ans, trois ans avant son décès. Environ un an avant le décès, des métastases avaient été constatées. Toute guérison était exclue. Le patient souffrait beaucoup et, n'ayant plus d'énergie, restait alité.

Si la loi WTL autorise la pratique de l'euthanasie sur des patients âgés de douze ans et plus, elle pose toutefois plusieurs exigences supplémentaires lorsque le patient est âgé d'entre douze et seize ans. La commission s'est donc penchée sur les exigences suivantes : la capacité du patient à évaluer raisonnablement ses intérêts (acte volontaire) et le consentement de ses parents à sa demande d'euthanasie.

Dans son compte rendu, le médecin a indiqué avoir eu des entretiens réguliers avec le patient. De ce fait, il a pu acquérir la conviction que celui-ci avait mûrement réfléchi à son choix et en avait pesé les conséquences, ce qui l'a amené à le juger apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Le patient discutait de tout avec ses parents, qui soutenaient sa décision. Pour étayer sa conviction que le patient était apte à exprimer sa volonté, le médecin a demandé à un collègue de son cabinet d'effectuer sa propre évaluation, qui a confirmé celle du médecin. En outre, le consultant a lui aussi estimé que le patient était apte à exprimer sa volonté et que ses parents le soutenaient pleinement dans son choix.

La commission juge que le médecin a pu parvenir à la conviction que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie, et que ses parents consentaient à sa demande. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

Publié sur le site sous le numéro 2022-072.

SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION ET ABSENCE D'AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

« Les souffrances d'un patient sont considérées comme sans perspective d'amélioration lorsqu'elles sont dues à une maladie ou affection incurable et qu'il est impossible d'atténuer les symptômes de telle sorte qu'ils deviennent tolérables. [...] Ce critère est rempli lorsqu'il n'y a pas de réelle possibilité de traitement curatif ou palliatif pouvant être raisonnablement administré au patient, et rejoint par là le critère de l'absence d'autre solution raisonnable pour supprimer ou diminuer les souffrances du patient. [...] Le caractère insupportable des souffrances est parfois difficile à établir, car chaque patient réagit différemment à la douleur. Ce qui est supportable pour l'un ne l'est pas pour l'autre. Il faut considérer la réaction du patient concerné, en tenant compte de la vie qu'il a menée, de la genèse de sa maladie, de sa personnalité, des valeurs auxquelles il est attaché et de sa résistance physique et psychique. Le médecin doit arriver à appréhender le caractère insupportable des souffrances du patient concerné. » (Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 26-27)

De par leur chevauchement, le caractère insupportable et sans perspective d'amélioration des souffrances (b) et l'absence d'autre solution raisonnable (d) sont des critères souvent considérés et évalués ensemble, mais ils sont examinés ci-dessous de façon distincte. Le premier jugement aborde l'absence de perspective d'amélioration et le caractère insupportable des souffrances, tandis que le second se rapporte à la conviction commune du médecin et du patient qu'aucune autre solution raisonnable n'existe. Il faut toutefois souligner que ces deux critères ne peuvent jamais être totalement dissociés.

SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION

Polypathologies gériatriques, doute sur le fondement médical, explications orales du médecin

Une patiente, nonagénaire, malentendante et malvoyante, souffrait d'hypertension et de vertiges. Déjà atteinte d'un mélanome par le passé, elle présentait des lésions suspectes sur la peau.

Le contenu du dossier n'a pas permis à la commission de déterminer clairement à quoi étaient dues les souffrances insupportables de la patiente ni quelle était le rapport entre ces souffrances et les pathologies constatées.

La commission a invité le médecin à venir s'expliquer devant elle. Durant cet entretien, il a déclaré à la commission que la patiente était de plus en plus limitée et qu'elle souffrait de la dégradation progressive de son fonctionnement. C'est ce qu'elle avait affirmé à l'occasion de plusieurs entretiens avec le médecin au cours des dix mois précédant son décès. Du fait de l'aggravation et de la multiplication de ses troubles, la patiente ne pouvait plus avoir aucune des activités qui lui procurait du plaisir. Elle ne pouvait plus conduire sa voiture, jardiner, ni suivre les actualités à la télévision. Il lui était de plus en plus difficile de marcher sans aide. Elle se sentait seule, morose et angoissée.

Le médecin a par ailleurs déclaré que la patiente avait toujours été très persévérante et dur envers elle-même. Également très attachée à son indépendance, elle refusait catégoriquement d'être placée en établissement de soins. Le médecin avait la conviction que la patiente, compte tenu de son caractère et de son parcours, souffrait de façon insupportable et sans perspective d'amélioration.

Le consultant a considéré que certains aspects de sa notion de « vie accomplie » s'appliquaient au souhait de la patiente de voir sa vie s'achever. Il était toutefois d'avis que les souffrances insupportables et sans espoir d'amélioration de la patiente étaient également dues à des pathologies médicales. Le médecin a indiqué que la conclusion du consultant, qui avait longuement interrogé la patiente sur son état, l'avait beaucoup soutenu dans sa décision.

La commission a constaté que la patiente avait toujours mené une vie autonome. Ses capacités ayant diminué progressivement au fil des ans, elle s'était retrouvée à passer l'essentiel de son temps assise dans un fauteuil. Elle souffrait de ce déclin et de son état de dépendance

croissant. La commission est parvenue à la conclusion que la patiente ne pouvait plus donner de sens à sa vie du fait de l'accumulation de ses handicaps.

Elle juge que le médecin a pu parvenir à la conviction que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

Publié sur le site sous le numéro 2022-056.

ABSENCE D'UNE AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

Troubles neurologiques suite à une chute, explications complémentaires écrites du médecin, refus d'examens et de traitements supplémentaires

Des dizaines d'années avant le décès, la patiente, sexagénaire, avait subi un sévère choc à la tête lors d'une chute. Elle avait ensuite développé des troubles neurologiques, notamment : maux de tête, douleurs faciales, vertiges, double vision, troubles du sommeil et difficultés de concentration. Un an avant le décès, elle s'était fracturé la cheville en tombant. Environ un mois avant le décès, elle s'était cassé le poignet lors d'une nouvelle chute.

Le médecin a indiqué dans son rapport ne pas être totalement convaincu que les souffrances soient sans perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Par ailleurs, le consultant a évoqué d'éventuelles possibilités de traitement de la patiente. La commission a donc décidé de demander des explications complémentaires au médecin.

Celui-ci a déclaré qu'il s'était laissé guider dans ses justifications par le terme « selon les conceptions médicales dominantes ». Certains des examens subis par la patiente étant anciens, il se demandait s'il n'existait pas de nouveaux développements médicaux permettant de soulager quelque peu ses souffrances. Il avait discuté avec la patiente d'éventuelles possibilités de traitement. Mais elle ne voulait pas subir de nouveaux examens ou traitements. Elle avait été découragée par les résultats limités de thérapeutiques précédentes. Elle ne souhaitait pas non plus de soutien psychologique, sa foi lui suffisant.

Il est apparu à la commission que la patiente avait été suivie par divers spécialistes durant les trente dernières années de sa vie, le tout sans le résultat souhaité. Si le consultant a bien émis quelques conseils en vue de nouveaux traitements, la commission a néanmoins considéré qu'il comprenait que la patiente refuse ces possibilités.

La commission a constaté que la patiente n'avait plus la force de subir encore un quelconque traitement. Tous les médecins impliqués pouvaient le concevoir, vu son âge, son état physique et ses nombreux antécédents médicaux.

La commission juge donc que le médecin a pu parvenir, en concertation avec la patiente, à la conclusion qu'il n'existait dans son état aucune autre solution raisonnable. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

CONSULTATION D'UN CONFRÈRE

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.

Le consultant indépendant est de préférence un médecin du SCEN (programme de soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas, élaboré et dispensé par la KNMG). Les médecins du SCEN, formés par la KNMG, peuvent être directement contactés pour émettre un avis compétent et indépendant dans le cadre d'une demande d'euthanasie (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 30-31).

CONSULTATION D'UN CONFRÈRE

Signalement NVO, cancer, patiente vivant aux Pays-Bas caraïbes

La patiente, sexagénaire, était atteinte d'un cancer des poumons métastatique, diagnostiqué deux semaines avant le décès. Toute guérison était exclue. La patiente souffrait beaucoup et aucun médicament ne pouvait la soulager. Elle s'était rapidement affaiblie et était devenue grabataire. Le fait d'être dépendante lui était intolérable.

Environ une semaine avant le décès, la patiente a demandé au médecin la mise en œuvre de l'euthanasie. Celui-ci a fait appel à un consultant indépendant, non membre du SCEN, aucun médecin formé à ce programme n'étant disponible sur l'île où vivait la patiente. Ce consultant indépendant a conclu que les critères de rigueur étaient remplis.

S'il est préférable que le médecin consulte un praticien du SCEN, il ne s'agit pas là d'un critère légal, comme il ressort du Code de déontologie en matière d'euthanasie. La commission juge que le médecin a agi conformément aux critères de rigueur.

Publié sur le site sous le numéro 2022-054.

RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE

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. Pour apprécier le respect de ce critère, les commissions se basent sur la directive de 2021 de la KNMG et de la KNMP Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide [*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*]. Conformément à la directive, le médecin doit disposer d'un deuxième jeu de produits, au cas où il y aurait un problème avec le premier (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 36-37).

Cancer, administration d'une deuxième dose de myorelaxant, explications complémentaires écrites du médecin

Une patiente quinquagénaire a fait l'objet d'une euthanasie dont la mise en œuvre s'est heurtée à des difficultés. Le médecin a apporté les explications suivantes à la commission.

La veille de l'euthanasie, une équipe infirmière spécialisée a posé une perfusion dans une veine de la fosse cubitale. Le jour de la mise en œuvre, le médecin a administré une dose de 2 000 mg de thiopental (produit provoquant le coma) à la patiente. Celle-ci a continué à respirer normalement. Lors de l'injection, le médecin n'a pas senti de résistance dans la seringue et aucun gonflement de la peau n'est apparu. Une demi-heure après l'administration du thiopental, le médecin a constaté après avoir exercé un stimulus douloureux et vérifié le réflexe ciliaire que la patiente se trouvait dans un coma profond. Il a ensuite administré 150 mg de rocuronium (myorelaxant). Le médecin a expliqué la longueur du délai entre l'administration des deux produits par son choix de ne pas effectuer l'euthanasie de façon trop abrupte, ce qui répondait au souhait de la famille. Le décès n'est cependant pas intervenu après l'administration du rocuronium. Le médecin ne pensait pas que le problème vienne de la perfusion, car il l'avait contrôlée. Il a donc décidé au bout de 25 minutes d'administrer le rocuronium du deuxième jeu de produits. Le décès de la patiente n'intervenant toujours pas après cette deuxième dose, le médecin a pris contact avec un anesthésiste de l'équipe de soins palliatifs. Ils ont convenu que si la situation n'évoluait pas, un ambulancier viendrait poser une nouvelle perfusion et que le pharmacien fournirait un troisième jeu de produits. Dans les minutes qui ont suivi, la patiente s'est mise à respirer de façon de plus en plus superficielle avant de décéder calmement.

La commission a observé que, contrairement aux conseils de la directive la KNMG et de la KNMP, le médecin n'a pas posé de nouvelle perfusion après le manque de réaction de la patiente à l'administration du thiopental. Il s'est aussi écoulé un long laps de temps entre l'administration du thiopental et celle de la première dose de rocuronium, alors que la directive recommande d'administrer les produits directement l'un après l'autre, dès qu'un coma suffisamment profond a été établi.

La commission a également constaté que le médecin a demandé conseil à un anesthésiste lorsque le décès a tardé à survenir. En outre, la patiente ne s'est plus réveillée pendant la mise en œuvre de l'euthanasie, ce que le

médecin a également contrôlé. Il a gardé son calme tout au long du processus et n'a à aucun moment quitté la patiente et sa famille.

En conséquence, la commission juge que même si la directive n'a pas été totalement respectée, le médecin a dans cette situation particulière pratiqué l'interruption de la vie sur demande avec toute la rigueur requise. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

Publié sur le site sous le numéro 2022-116.

2.3 QUATRE SIGNALEMENTS CONCERNANT DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE PATHOLOGIE PARTICULIÈRE

Les quatre jugements qui suivent illustrent le cas de patients atteints d'une pathologie particulière. Les deux premiers concernent des patients présentant un trouble psychique ainsi que des polypathologies gériatriques. Les deux suivants se rapportent à des patients atteints de démence. À une exception près, ces quatre signalements ont été classés comme VO.

TROUBLE PSYCHIQUE

« En cas de demande d'euthanasie principalement motivée par des souffrances dues à un trouble psychique, il convient d'exiger du médecin la plus grande prudence. [...] Les RTE appliquent le principe susmentionné en contrôlant le recours à un psychiatre indépendant et les conclusions de celui-ci quant à la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie et quant à l'absence d'autres solutions raisonnables. Le psychiatre indépendant peut le cas échéant donner des conseils thérapeutiques. » (Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 46-47)

Divers troubles psychiques

Une patiente, vingtenaire, souffrait d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC), d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA), de troubles de stress post-traumatique (TSPT) et d'épisodes dépressifs récurrents. Elle était en outre atteinte d'un léger handicap mental et d'anorexie. Du fait de ces pathologies, elle n'était plus capable de donner un sens à sa vie ni de prendre plaisir à ses activités. Il existait de plus un risque constant de suicide. La patiente était épuisée et voulait cesser de souffrir.

Le médecin a constaté qu'elle avait conscience d'être malade, qu'elle comprenait ce qu'impliquaient les pathologies dont elle souffrait et qu'elle avait une vision claire de sa situation, de ses perspectives ainsi que des conséquences de sa demande d'euthanasie. Le psychiatre indépendant a trouvé que la patiente pouvait faire comprendre de façon claire pourquoi elle faisait une demande d'euthanasie. Le consultant, lui aussi psychiatre, a établi que la demande d'euthanasie n'était pas la manifestation de l'un des troubles psychiques de la patiente. Tous les médecins intervenant sur ce dossier ont jugé que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie.

Il ressortait de son dossier qu'elle avait suivi un parcours très complet de prise en charge au cours des six années précédentes, comprenant différents traitements médicamenteux, des hospitalisations, un encadrement ambulatoire et des traitements spécialisés. Bien qu'elle ait été traitée selon les directives en vigueur, cela était resté sans effet notable et son état s'était même dégradé. Elle passait le plus clair de son temps à effectuer des actes compulsifs induits par son TOC et qui prenaient le pas sur tout le reste. Elle souffrait de cauchemars et de réminiscences d'événements traumatiques.

Le psychiatre indépendant est parvenu à la conclusion qu'il était impossible d'améliorer l'état de la patiente par des traitements, malgré son jeune âge. L'ensemble des médecins intervenant dans le cas présent ont estimé que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration, et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable.

La commission juge que le médecin a agi avec toute la rigueur requise. La commission est d'avis que le médecin a pu, dans le cas présent, acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie et que celle-ci éprouvait des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, et parvenir avec elle à la conclusion qu'il n'y avait aucune autre solution raisonnable face à cette situation. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

Les souffrances du patient doivent être dues à une maladie ou affection médicalement répertoriée, qui peut être d'ordre somatique ou psychique. Elles ne doivent pas nécessairement être dues à une seule maladie grave, mais peuvent aussi découler d'une accumulation de problèmes de santé de gravité variable. Additionnés les uns aux autres, ces maux peuvent entraîner des souffrances insupportables pour le patient, compte tenu de la genèse de sa maladie, de la vie qu'il a menée, de sa personnalité, des valeurs auxquelles il est attaché et de sa résistance (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 25).

Signalements NVO, accumulation de pathologies, consultation d'un gériatre, euthanasie mise en œuvre par le généraliste

La patiente, octogénaire, souffrait depuis quelque temps d'une accumulation de pathologies gériatriques : aveugle, elle était atteinte d'ostéoporose occasionnant un tassement vertébral, d'une grave déformation de la colonne vertébrale et de maladie artérielle. Quelques mois avant son décès, une démence avait en outre été diagnostiquée. Un mois environ avant son décès, la patiente avait été contaminée par le Covid-19 et hospitalisée, suite à quoi une insuffisance cardiaque avait été découverte. La patiente avait refusé des examens plus poussés.

Du fait d'une douleur aiguë dans le dos et les jambes, la patiente passait ses journées assise dans un fauteuil. Elle éprouvait une grande fatigue et des difficultés à respirer, sa vue était déficiente et elle perdait sans cesse le fil de ce qu'elle était en train de faire. Les activités qui la distraient auparavant, telles que regarder la télévision ou tricoter, étaient devenues impossibles. Elle n'était presque plus capable de s'occuper d'elle-même. Le placement en établissement de soins était devenu indispensable, mais elle le refusait catégoriquement. Elle souffrait de la perte de son autonomie et de la dépendance que cela induisait.

Environ deux semaines avant le décès, la patiente a demandé au médecin la mise en œuvre effective de l'euthanasie. Le médecin a considéré que cette demande était volontaire et mûrement réfléchie mais a néanmoins consulté un gériatre. Celui-ci a conclu que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. 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 d'alléger ses souffrances. La commission juge que le médecin a agi conformément aux critères de rigueur.

Publié sur le site sous le numéro 2022-079.

DÉMENCE

Dans le cas d'un patient atteint de démence, le médecin doit vérifier avec la plus grande attention si les critères de rigueur sont remplis, en particulier ceux relatifs au caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande et au caractère insupportable des souffrances. Dans la phase initiale de la démence, la procédure habituelle de consultation est en général suffisante. En cas de doute, le médecin demandera l'avis spécifique d'un collègue spécialiste (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 49).

Dans presque tous les cas signalés, le patient a encore une compréhension suffisante de sa situation et est apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Outre la régression qui affecte déjà ses facultés cognitives et son fonctionnement, les souffrances du patient sont souvent causées par la crainte que cette dégradation se poursuive et de ses conséquences négatives, notamment en termes d'autonomie et de dignité de la personne (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 49).

Si le patient a atteint un stade de démence tel qu'il n'est plus apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, celle-ci est possible sous réserve qu'il ait, antérieurement à cette inaptitude, rédigé un testament de vie exprimant une demande d'euthanasie. L'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL permet de substituer le testament de vie du patient à sa demande orale et d'appliquer par analogie les critères de rigueur définis au paragraphe 1 dudit article (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 50).

Le premier jugement ci-dessous concerne une patiente atteinte de démence mais en mesure d'exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Le second porte sur une euthanasie mise en œuvre sur la base d'un testament de vie.

PATIENT ATTEINT DE DÉMENCE MAIS ENCORE APTE À EXPRIMER SA VOLONTÉ

Aggravation graduelle de la démence, consultation d'un gériatre, capacité à exprimer sa volonté

La patiente, octogénaire, souffrait de démence diagnostiquée quelques mois avant le décès, probablement la maladie d'Alzheimer. Elle habitait dans une résidence services mais la progression rapide de ses troubles rendait un placement en établissement de long séjour inévitable. La patiente, dont l'époux décédé avait séjourné dans ce type d'établissement, refusait ce placement qu'elle jugeait dégradant.

Le médecin généraliste, qui suivait la patiente depuis de nombreuses années, avait régulièrement évoqué le sujet de l'euthanasie avec elle. Au cours de ces entretiens, elle avait toujours indiqué ne pas vouloir être placée en établissement de long séjour et préférer l'euthanasie en cas d'aggravation de sa démence. Le médecin a consulté un gériatre qui est parvenu à la conclusion que la patiente était capable de peser les conséquences de son choix. Le consultant a lui aussi constaté que, bien qu'elle ait de moins en moins conscience d'être malade, la patiente était capable d'exprimer clairement sa motivation. Tous les médecins intervenant sur ce dossier ont jugé que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie.

Le médecin estimait que les souffrances de la patiente étaient insupportables. Alors qu'elle avait toujours mené sa vie comme elle l'entendait, elle n'en était plus capable du fait de sa démence. Elle ne tirait plus de plaisir de la musique et redoutait son placement imminent en établissement de long séjour. La maladie la rendait anxieuse et méfiante. Elle souffrait en outre de neuropathie (atteinte d'un ou plusieurs nerfs) mais ne recevait pas de traitement adéquat car la prise de nouveaux médicaments l'effrayait. Le consultant est lui aussi parvenu à la conclusion que les souffrances de la patiente étaient insupportables du fait de la perspective d'une dégradation de ses fonctions cognitives et du placement en établissement de long séjour. Le gériatre a établi que les souffrances de la patiente étaient réelles. Elle souffrait de la perte de sens de sa vie, de sa solitude et de sa dépendance aux autres.

La commission juge que le médecin a fait preuve de toute la rigueur nécessaire dans une telle situation. La commission juge que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie et que ses souffrances étaient insupportables. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

PATIENT ATTEINT DE DÉMENCE ET INCAPABLE D'EXPRIMER SA VOLONTÉ

Maladie d'Alzheimer, testament de vie, Centre d'expertise sur l'euthanasie

La patiente, septuagénaire, souffrait de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée environ deux ans et demi avant le décès sur la base de troubles persistants. Plus de deux ans avant le décès, la patiente avait rédigé auprès d'un notaire un testament de vie comportant une déclaration sur la démence. Plus d'un an avant le décès, la patiente avait rédigé déclaration complémentaire concernant sa volonté de demander l'euthanasie.

Le généraliste refusant de pratiquer l'euthanasie sur un patient atteint de démence, le conjoint de la patiente a fait appel au centre d'expertise sur l'euthanasie (EE). Le médecin s'est rendu auprès de la patiente une première fois neuf mois avant le décès, puis une seconde fois un mois plus tard. Lors de ces deux visites, la patiente s'est exprimée d'une façon montrant qu'elle souhaitait rester auprès de son conjoint.

Celui-ci a repris contact avec le médecin deux mois et demi avant le décès pour lui demander de mettre en œuvre l'euthanasie conformément au souhait de la patiente, qui ne pouvait plus l'exprimer elle-même. Le médecin a effectué quatre nouvelles visites auprès de la patiente.

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

La commission a constaté sur la base du dossier que la patiente était apte à exprimer sa volonté au moment de la rédaction de son testament de vie. Dans celui-ci, qui comportait une déclaration sur la démence, la patiente indiquait qu'elle souhaitait mourir si elle atteignait un stade terminal de déchéance intellectuelle face auquel aucun traitement n'aurait plus de sens. La patiente avait aussi rédigé une déclaration complémentaire concernant sa volonté de demander l'euthanasie, intitulée « peur de l'avenir », dans laquelle elle expliquait redouter l'atteinte à sa dignité que constituait la dégradation de ses capacités intellectuelles et son incapacité à prendre soin d'elle-même. La patiente refusait de dépendre des autres, elle souhaitait une fin digne.

Durant sa visite deux mois avant le décès, le médecin était parvenu à la conclusion que la patiente n'était plus apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Son état s'était passablement dégradé. Le médecin était d'avis qu'elle avait atteint le stade décrit dans son testament de vie. Il s'est en outre entretenu avec les proches de la patiente qui lui ont tous déclaré qu'elle n'aurait pas souhaité rester dans un état pareil, ce qu'a confirmé l'équipe traitante de la patiente.

La commission a établi que, malgré la formulation quelque peu générale du testament de vie de la patiente, sa déclaration complémentaire apportait un net éclairage. La commission a acquis la conviction qu'au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie les conditions évoquées dans le testament de vie et décrites dans la déclaration complémentaire étaient réunies. La patiente se trouvait en effet dans un état de dépendance totale et avait perdu toute prise sur ses pensées et ses actes. Ce sont précisément ces aspects qu'elle avait évoqués dans son testament de vie. La commission est parvenue à la conclusion que le testament de vie de la patiente répondait aux deux éléments essentiels. En effet, il en ressortait que la patiente souhaitait l'euthanasie si, des suites de sa démence, elle perdait sa capacité à exprimer sa volonté. En outre, c'étaient les souffrances dues à la démence qui fondaient sa demande.

La commission a également constaté que le médecin avait fait plusieurs tentatives pour établir le contact avec la patiente en recherchant si celle-ci pouvait indiquer, de façon verbale ou non, ne plus souhaiter l'euthanasie. La communication était très difficile lors des derniers entretiens avec le médecin, les paroles de la patiente étant souvent incompréhensibles. Toutefois, dans ses moments de lucidité, elle faisait des remarques telles que « je suis perdue, je ne veux plus continuer comme ça, je n'arrive plus à rien ».

SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION ET ABSENCE D'AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

En ce qui concerne le caractère insupportable des souffrances, la commission a estimé que le médecin avait examiné ce point avec toute la rigueur requise. À un stade antérieur de sa maladie, la patiente s'était sentie frustrée de ne pas arriver à faire comme tout le monde. Elle avait ensuite traversé une période durant laquelle elle pleurait souvent. Selon le médecin, elle était désespérée, semblait craintive, avec un regard angoissé. Elle était de plus en plus agitée. Elle faisait les cent pas, le dos courbé, et restait parfois à quatre pattes en bavant et en appelant à l'aide. Il lui était devenu pratiquement impossible de parler et elle avalait difficilement, ce qui l'obligeait à n'ingurgiter que des liquides. De ce fait, elle avait perdu beaucoup de poids.

L'équipe soignante confirmait cet état de fait, et lisait la souffrance dans les yeux de la patiente. Celle-ci avait parfois des moments de lucidité durant lesquels la colère et le chagrin la poussait à partir. C'est justement dans ces moments-là que ses souffrances apparaissaient comme insupportables. Le médecin est parvenu à la conclusion que la patiente souffrait tant physiquement que mentalement de sa démence.

Le gériatre indépendant et le consultant ont confirmé que la patiente souffrait de façon insupportable, y compris lorsqu'elle était lucide. Durant son entretien avec le consultant, la patiente jetait des regards anxieux et marmonnait qu'elle avait peur et qu'elle n'en pouvait plus. Le médecin était convaincu qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable susceptible de soulager les souffrances de la patiente. Elle était dans un état de totale dépendance et le déclin de ses fonctions intellectuelles était irréversible. Le soutien apporté et les traitements médicamenteux ne la soulageaient pas suffisamment soulagée. Elle refusait par ailleurs d'être placée en établissement de soins. Ses souffrances étaient en outre sans perspective d'amélioration. Le gériatre indépendant et le consultant ont pu conforter le médecin dans ses conclusions.

PATIENT INFORMÉ DE SA SITUATION ET DE SES PERSPECTIVES

Il ressort clairement du dossier qu'à partir du moment où le diagnostic a été posé, la patiente a régulièrement évoqué l'euthanasie et son testament de vie avec le généraliste. Elle a également parlé à ses proches de sa maladie et de ses perspectives d'avenir. Elle a de plus rédigé plusieurs lettres dont il ressort qu'elle avait conscience de sa maladie comme de son déroulement. Durant les deux premiers entretiens, la patiente a pu s'entretenir avec le médecin de façon cohérente de son souhait d'euthanasie. Par conséquent, la commission juge que la patiente avait conscience de son état et de l'évolution prévisible de sa maladie au moment de la rédaction de son testament de vie.

CONSULTATION

Le consultant a vu la patiente et lui a parlé, il a étudié toutes les informations pertinentes telles que le testament de vie et s'est entretenu avec le conjoint. En conclusion, le consultant a considéré que les critères de rigueur pour la mise en œuvre de l'euthanasie étaient remplis. La commission a constaté que le médecin avait aussi consulté un gériatre indépendant, qui a examiné le dossier et s'est entretenu avec les divers intéressés. Il a également écouté des enregistrements de la patiente. Le gériatre a essayé de s'entretenir avec la patiente avant de conclure que celle-ci n'était plus apte à exprimer sa volonté. Il a considéré comme le médecin que les critères de rigueur étaient remplis.

MISE EN ŒUVRE

La commission a établi que durant la dernière visite, le médecin avait parlé de la mise en œuvre de l'euthanasie avec les proches de la patiente, en présence de celle-ci. Considérant l'état d'agitation de la patiente, il a semblé judicieux au médecin, en concertation avec le pharmacien, de lui administrer un calmant avant de pratiquer l'euthanasie. Ce médicament a été mélangé à de la compote de pommes que la patiente a mangée

avant de s'allonger. Le médecin n'était pas encore présent. Le calmant a commencé à faire effet au bout de trois quarts d'heures et la patiente s'est endormie. Le médecin, qui venait d'arriver, a pratiqué l'euthanasie conformément à la directive de la KNMG/KNMP de septembre 2021, Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide.

La commission a jugé que le médecin avait pu acquérir la conviction que la demande d'euthanasie de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, le testament de vie remplaçant ici la demande orale. La commission considère que le médecin a également agi conformément aux autres critères de rigueur.

Publié sur le site sous le numéro 2022-043.

3 NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

En 2022, les commissions ont jugé à treize reprises qu'un médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur requis dans le cadre de l'euthanasie. Dans un dossier, plusieurs de ces critères n'ont pas été respectés. Dans six autres cas, il s'agit du critère relatif à la consultation indépendante ; dans cinq, de la prudence accrue requise lorsque les souffrances du patient sont dues à un trouble psychique ; dans un cas, de la rigueur médicale de l'acte. Tous les jugements afférents sont publiés sur le site internet.

NON-RESPECT DE PLUSIEURS CRITÈRES DE RIGUEUR

La loi WTL exige du médecin qu'il respecte les critères de rigueur. Cela signifie notamment que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie, que ses souffrances sont insupportables et sans perspective d'amélioration et qu'aucune autre solution raisonnable n'existe dans la situation où il se trouve. Dans le cas suivant, le médecin lui-même n'était pas convaincu que tous ces critères soient respectés.

Dans son rapport, le médecin écrit qu'il a éprouvé quelques doutes durant la procédure d'euthanasie. Il indique aussi avoir trouvé un compromis avec la patiente, consistant à pratiquer une aide au suicide au lieu d'une interruption de la vie. La commission a décidé de l'inviter à venir s'expliquer devant elle.

Durant son entretien avec la commission, le médecin a déclaré qu'il avait trouvé étrange que la patiente fasse une demande d'euthanasie, son mari ayant été récemment admis dans un établissement de long séjour. Suspectant l'instabilité psychique de la patiente, le médecin a décidé de consulter un psychiatre indépendant. Celui-ci a constaté l'absence de trouble dépressif ou psychique et jugé la patiente apte à exprimer sa volonté. Le consultant est parvenu à la même conclusion. Le médecin a déclaré qu'il pensait au contraire que la demande de la patiente découlait de sa solitude et d'une possible dépression.

Il n'était pas non plus convaincu du caractère désespéré de ses souffrances. Il pensait qu'une admission en maison de retraite médicalisée pouvait constituer une solution raisonnable pour la patiente qui au contact des autres reprendrait peut-être goût à la vie. Mais elle ne voulait pas en entendre parler, ce que le médecin ne comprenait pas. Ses doutes subsistaient même si le psychiatre et le consultant indépendants jugeaient que les souffrances de la patiente étaient dépourvues de perspective d'amélioration et qu'aucune autre solution raisonnable n'existait. Désireux de répondre néanmoins au souhait de la patiente, le médecin a imaginé un « compromis » : il ne pratiquerait pas d'euthanasie en posant une perfusion, mais une aide au suicide, la patiente absorbant elle-même la solution médicamenteuse qui mettrait fin à sa vie.

Durant l'entretien, la commission a indiqué au médecin que la loi ne laisse aucune latitude pour un tel compromis. Les critères de rigueur valent aussi bien pour l'interruption de la vie sur demande que pour l'aide au suicide. Le médecin aurait dû faire part de ses doutes à la patiente. Selon lui, le fait que la patiente absorbe elle-même le produit euthanasiant prouvait le caractère intime de son souhait. Si la commission comprend cette remarque, cela ne change rien à l'évaluation des critères de rigueur.

Le médecin n'ayant pas acquis la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, que ses souffrances étaient sans perspective d'amélioration et qu'aucune autre solution raisonnable n'existait, il n'aurait pas dû pratiquer l'euthanasie. La commission juge donc que le médecin n'a pas agi conformément aux critères de rigueur. Les autres critères de rigueur ont été respectés.

CONSULTATION INDÉPENDANTE

La loi WTL exige du médecin qu'il consulte au moins un confrère indépendant, qui examine le patient et consigne par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur énoncés aux points a à d. Le Code de déontologie en matière d'euthanasie indique que la loi utilise le terme de « médecin indépendant » pour le consultant, ce qui, dans ce contexte, signifie qu'il doit être en situation d'émettre son propre jugement, sans se laisser influencer par le patient ni le médecin. L'exigence d'indépendance du consultant par rapport au médecin implique l'absence de toute relation personnelle, organisationnelle, hiérarchique ou financière. Ne peut ainsi pas intervenir à ce titre un collègue du même cabinet médical, un associé, un membre de la famille ou un médecin ayant une quelconque relation de dépendance avec le médecin demandeur (comme un spécialiste en formation auprès de celui-ci). Est également exclu tout praticien étant lui-même patient du médecin demandeur (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 30-32).

Dans trois signalements, le consultant était inscrit comme patient auprès du cabinet du médecin ayant pratiqué l'euthanasie et les commissions ont conclu à l'existence d'une relation de dépendance. Un de ces cas est décrit ci-après, les deux autres peuvent être consultés sur le site.

JUGEMENT 2022-052

(cf. aussi les jugements 2022-070 et 2022-109)

Concernant le principe d'indépendance, le rapport du médecin décrit ainsi ses liens avec le consultant : « *Il se trouve que c'est un patient. Je l'ai découvert ici, mais je ne l'ai encore jamais vu dans la salle d'attente. Nous n'avons par ailleurs aucun lien.* » Le consultant indique quant à lui dans son compte rendu : « *J'estime pouvoir effectuer la consultation en toute liberté. Je connais le généraliste en tant que collègue mais nous n'avons par ailleurs aucun lien.* »

Il ressort des explications orales données devant la commission que la prise de contact du médecin et du consultant résulte de la liste de garde du SCEN. Le médecin a reconnu le nom du consultant. Selon ses dires, ils se sont demandé si le fait que le consultant soit inscrit comme patient dans son cabinet était un problème. Le consultant lui ayant affirmé que non, il n'a plus envisagé de faire appel à un autre praticien du SCEN.

Le médecin a déclaré qu'il avait repris le cabinet de son prédécesseur avec ses nombreux patients, dont le consultant faisait déjà partie. Le médecin ne s'est jamais entretenu dans ce cadre avec le consultant qui en tant que patient n'a jamais fait appel à lui. Il ne l'a pas non plus adressé à un spécialiste et ils ne sont pas entretenus par téléphone. Selon le médecin, ils n'avaient de fait pas de relation thérapeutique. En termes de ressenti, le consultant n'était pas son patient. Le consultant a également déclaré n'avoir en tant que patient jamais fait appel au généraliste et ne lui avoir jamais parlé. Il s'était rendu à son cabinet mais pas auprès de lui.

La commission juge qu'il n'est pas souhaitable que la consultation soit effectuée par un praticien inscrit comme patient du médecin qui réalise l'euthanasie. Tout soupçon d'atteinte au principe d'indépendance doit en effet être évité⁸. Ce principe peut ici sembler compromis vu la relation médecin-patient existant entre les deux praticiens concernés.

Sachant que le consultant était inscrit comme patient dans son cabinet, le généraliste aurait dû faire appel à un autre praticien afin d'empêcher tout soupçon d'atteinte au principe d'indépendance. La commission juge que, dans le cas concerné, il n'y a pas eu de consultation indépendante. Les autres critères de rigueur ont été respectés.

⁸ Le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 (version remaniée en 2020) étant encore en vigueur à la date de ce jugement, le terme « soupçon d'atteinte au principe d'indépendance » est ici utilisé. Il a depuis été supprimé du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022. Néanmoins, les règles relatives à l'absence de relation de dépendance entre le médecin et le consultant restent inchangées.

INDÉPENDANCE DU CONSULTANT S'AGISSANT DU PATIENT (DOUBLE EUTHANASIE)

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 demande d'euthanasie. Les deux consultants doivent s'assurer qu'aucun des partenaires ne fait pression sur l'autre dans le cadre de la demande d'euthanasie (Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. p. 33).

Les doubles signalements suivants renvoient à cette question.

Dans ce dossier, le patient a fait une demande d'euthanasie en même temps que son épouse. Tous deux vivaient ensemble dans un établissement de long séjour.

Ayant remarqué que le même consultant était intervenu pour l'un et pour l'autre, la commission a décidé de l'inviter, ainsi que le médecin, à venir s'expliquer devant elle.

Il est apparu que le médecin avait déjà indiqué par téléphone au consultant qu'il s'agissait d'une consultation SCEN pour un couple. Le consultant a dit qu'il ne considérait pas la demande comme une double euthanasie mais comme deux consultations distinctes. Il a vu le couple le même jour, d'abord la patiente puis son mari tout de suite après. Il s'est entretenu avec chacun d'eux, en partie en tête-à-tête. Il a conclu dans les deux cas que les critères de rigueur étaient respectés.

Le médecin comme le consultant ont déclaré ne pas connaître le texte du Code de déontologie en matière d'euthanasie selon lequel dans le cas d'une double euthanasie il faut faire appel à un consultant distinct pour chaque patient.

Le consultant s'étant entretenu avec le patient comme avec la patiente, le soupçon d'atteinte au principe d'indépendance ne pouvait ici être évité⁹. Le consultant a en outre déclaré qu'il aurait été possible de faire intervenir deux consultants distincts si le médecin l'avait demandé. La commission juge que le médecin n'a pas satisfait au critère relatif à la consultation d'au moins un autre médecin indépendant.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

LE CONSULTANT DOIT VOIR LE PATIENT

L'exposé des motifs de la loi WTL comme le Code de déontologie en matière d'euthanasie mentionnent que le consultant doit voir le patient. « Voir le patient » signifiera en général « lui rendre visite » (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, note p. 34). Dans le cas suivant, le médecin n'a pas respecté cette exigence.

⁹ Le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 (version remaniée en 2020) étant encore en vigueur à la date de ce jugement, le terme « soupçon d'atteinte au principe d'indépendance » est ici utilisé. Il a depuis été supprimé du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022. Néanmoins, les règles relatives à l'absence de relation de dépendance entre le médecin et le consultant restent inchangées.

JUGEMENT 2022-069

Dans le cas concerné, le consultant ne s'est pas rendu auprès du patient et ne l'a pas vu ; la consultation s'est déroulée par téléphone en raison de symptômes de Covid-19. La commission a invité le médecin et le consultant à venir s'expliquer devant elle.

Le médecin a déclaré que c'est seulement après en avoir reçu le compte rendu qu'il a remarqué que la consultation s'était déroulée par téléphone. Sachant que selon les critères de rigueur le consultant doit voir le patient, il lui a demandé s'il était permis de se dispenser d'une visite effective. Après concertation avec un collègue du SCEN, le consultant a acquis la conviction qu'une consultation téléphonique était conforme aux critères de rigueur. C'est ce qu'il a répondu au médecin et celui-ci lui a fait confiance.

Le consultant a informé la commission par écrit qu'un appel en visioconférence n'était pas possible pour le patient. Le médecin n'a pas vérifié ce fait, mais durant son entretien avec la commission il a indiqué ne pas voir pourquoi cela aurait été impossible.

La commission a constaté que le consultant n'avait pas mené son évaluation de façon correcte. Le médecin est le responsable final de la mise en œuvre de l'euthanasie, et donc aussi du déroulement de la consultation conformément au critère afférent. S'il lui a bien fait part de ses doutes concernant la consultation téléphonique, le médecin a néanmoins accepté le mode opératoire du consultant. Il aurait dû contrôler si les informations de celui-ci étaient correctes.

Par ailleurs, il existait des possibilités, dans la situation donnée, d'effectuer une consultation conforme aux critères. Le médecin aurait pu faire appel à un autre praticien du SCEN, puisqu'il y avait selon lui suffisamment de temps pour cela. Une visioconférence aurait aussi pu être envisagée, ce qui aurait en tout cas permis de voir le patient¹⁰.

La commission juge que le médecin n'a pas satisfait à l'exigence relative à la consultation d'au moins un autre médecin indépendant. Les autres critères de rigueur ont été respectés.

10 Durant la pandémie de Covid-19, les médecins du SCEN avaient la possibilité d'effectuer une consultation en utilisant des moyens numériques (visioconférence) au lieu de se rendre physiquement auprès du patient. Le règlement mis en place à cet effet a depuis été abrogé.

RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE

Pour apprécier le respect de ce critère, les commissions se basent sur la directive de la KNMG et de la KNMP Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide [*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*]. Elle préconise de pratiquer l'interruption de la vie sur demande en administrant une substance provoquant le coma, suivie d'un myorelaxant (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 36-37). Elle préconise aussi de n'administrer le myorelaxant que lorsque la substance provoquant le coma a plongé le patient dans un état de conscience minimale et que le médecin l'a vérifié de façon adéquate. Ce critère n'a pas été respecté dans le cas suivant.

JUGEMENT 2022-040

Lors de la mise en œuvre de l'euthanasie, le médecin a voulu rincer la perfusion avec une solution saline (chlorure de sodium) avant d'administrer le produit inducteur de coma et le myorelaxant. Il a pour ce faire accidentellement pris la mauvaise seringue, à savoir celle contenant le myorelaxant. Pensant qu'il s'agissait de la seringue de solution saline, il en a injecté un tiers dans la perfusion.

Trois à cinq minutes plus tard, le médecin a constaté que le patient avait perdu connaissance. Il a contrôlé sa respiration, son activité cardiaque et ses réflexes et a établi le décès. En contrôlant la perfusion, il a vu la seringue de myorelaxant partiellement vide et a alors compris qu'il avait commis une erreur.

Le médecin a informé le médecin légiste du déroulement des faits. Ils ont discuté ensemble de la difficulté d'établir la cause finale du décès. Celui-ci pouvait être dû au myorelaxant mais aussi à un arrêt cardiaque vu l'état de faiblesse du patient et le fait que son défibrillateur automatique implantable était débranché. Le myorelaxant ayant été administré, il a été décidé d'adresser un signalement à la commission.

Le médecin a été invité à venir s'expliquer devant la commission. Il a indiqué être conscient d'avoir failli à la rigueur de l'acte et reconnu que l'intervention des seringues n'aurait jamais dû se produire. Il a discuté de cette mise en œuvre erronée dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire et a fait un signalement d'incident [*Veilig Incident-melding (VIM)*]. Il a aussi établi pour lui-même une liste de points à améliorer pour ne pas retomber dans la même erreur.

La commission souligne que la directive sur la pratique de l'euthanasie préconise d'administrer le myorelaxant seulement après que le patient a atteint un état de conscience minimale et que le médecin l'a vérifié de façon adéquate. Le médecin n'ayant pas administré de produit inducteur de coma, le patient n'était pas plongé dans un état de conscience minimale lorsque le myorelaxant lui a été injecté. La commission juge que le médecin n'a pas respecté le critère de la rigueur médicale.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

PRUDENCE ACCRUE EN PRÉSENCE DE TROUBLES PSYCHIQUES

En cas de demande d'euthanasie principalement motivée par des souffrances dues à un trouble psychique, il convient d'exiger du médecin la plus grande prudence. Cette prudence 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. Les RTE considèrent que dans le cas de ces patients le médecin doit toujours faire appel à un psychiatre. Le recours à ce spécialiste doit lui permettre de s'informer de façon approfondie et de mener une réflexion critique sur ses propres convictions (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 46-47).

Dans les trois cas suivants, en négligeant de consulter un psychiatre indépendant, les médecins concernés n'ont pas respecté la prudence accrue qui était requise.

La patiente souffrait d'un trouble dépressif pour lequel elle avait suivi différents traitements, sans résultat. Elle présentait aussi divers problèmes physiques, notamment des maux de ventre et des troubles parkinsoniens, sans qu'aucune cause somatique n'ait pu être établie. Suite à un accident cérébral, elle avait perdu la vue d'un œil et probablement développé des troubles neurocognitifs.

Si dans son rapport le médecin insiste sur le rôle central du trouble dépressif dans la demande d'euthanasie de la patiente, il n'a cependant pas consulté de psychiatre indépendant.

La commission a décidé de l'inviter à venir s'expliquer devant elle. Le médecin a expliqué que pour prendre sa décision il s'était totalement fié à la conclusion du consultant. Celui-ci a établi que le trouble dépressif était au cœur des souffrances de la patiente. Il a ensuite conclu que tous les critères de rigueur étaient remplis pour la mise en œuvre de l'euthanasie.

La commission estime que le consultant, qui n'est pas psychiatre, a rendu un avis incomplet. Après avoir établi que le trouble dépressif était au cœur des souffrances de la patiente, il aurait dû attirer l'attention du médecin sur l'exigence formulée dans le Code de déontologie en matière d'euthanasie : il faut dans de tels cas consulter un psychiatre indépendant. Le consultant aurait dû ici mieux informer le médecin, qui conserve cependant une responsabilité propre.

La commission juge que, faute d'avoir consulté un psychiatre indépendant, le médecin n'a pas pu établir de façon suffisamment fondée que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, que ses souffrances étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

JUGEMENT 2022-059

La patiente concernée souffrait depuis sa prime jeunesse de dépressions, d'un trouble anxieux, d'un trouble de la personnalité borderline et de troubles de stress post-traumatique (TSPT), pour lesquels elle avait suivi des traitements approfondis. Malvoyante et malentendante, elle souffrait aussi d'un syndrome de douleur invalidant. Elle était dépendante et s'isolait socialement.

Quatre ans auparavant, la patiente avait entamé la procédure d'euthanasie avec l'aide de son généraliste. Le consultant sollicité avait alors indiqué qu'une consultation psychiatrique était nécessaire. La patiente l'avait refusée en raison d'expériences traumatisantes dans ce domaine. Cela avait entraîné l'arrêt de la procédure d'euthanasie. Lorsque la patiente avait voulu la relancer, elle s'était adressée à un généraliste (ci-après : le médecin) dont elle avait fait la connaissance à l'occasion de sa participation à une étude scientifique.

Le médecin a consulté un gériatre indépendant qui ne s'est pas assez penché sur les souffrances psychiques de la patiente pour permettre un avis concluant. Ce consultant, déjà sollicité quatre ans auparavant, a conclu que la problématique psychique chronique de la patiente n'influaient pas sur sa capacité à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, négligeant ainsi son précédent avis qui préconisait une évaluation psychiatrique. Avec le médecin, il a jugé qu'une évaluation psychique « était irréaliste, inefficace et disproportionnée » sans toutefois justifier cette affirmation.

Ayant étudié le dossier, la commission a souhaité en savoir plus sur le déroulement de la procédure d'euthanasie, vu son caractère particulier. Elle a donc invité le médecin à venir s'expliquer devant elle.

Le médecin a indiqué que le TSPT de la patiente s'était estompé et que celle-ci ne souffrait plus selon lui de dépression ni de trouble anxieux. Par ailleurs, son trouble de la personnalité borderline n'influaient pas sur sa capacité à exprimer sa volonté. Le médecin comprenait que, par crainte de raviver le TSPT, la patiente ait refusé une consultation psychiatrique. Ne doutant pas de sa capacité à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, il n'avait vu aucune raison de consulter un psychiatre indépendant.

Concernant l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable, le médecin a expliqué à la commission que la patiente ne voulait plus suivre de traitement du

syndrome de douleur. Il n'y avait plus rien à faire concernant ses problèmes visuels et auditifs. Les souffrances psychiques étaient elles aussi incurables. Faire appel à un psychiatre indépendant pour évaluer l'absence de perspective d'amélioration des souffrances aurait constitué une contrainte inutile pour la patiente.

La commission a considéré que bien que le médecin et le consultant n'aient pas douté de la capacité de la patiente à exprimer sa volonté, le médecin aurait néanmoins dû agir avec une prudence accrue compte tenu de la problématique psychique de la patiente et de la complexité du cas. Le médecin a jugé que cette problématique s'était estompée. La commission estime que cela aurait dû être confirmé par un psychiatre indépendant. La commission a considéré que lors de la précédente procédure d'euthanasie, la nécessité d'une consultation psychiatrique avait été établie. Elle a aussi considéré que le médecin n'avait pas de relation thérapeutique pérenne avec la patiente. Ils ne s'étaient entretenus en personne qu'une seule fois, leurs autres prises de contact s'étaient faites essentiellement par voie numérique.

La commission juge que, faute d'avoir consulté un psychiatre indépendant, le médecin n'a pas pu établir de façon suffisamment fondée que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, que ses souffrances étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

La patiente concernée souffrait d'un trouble compulsif, d'un trouble de la personnalité borderline et d'une dépression chronique. Elle était suicidaire. La vie quotidienne de la patiente était restreinte par son contrôle compulsif : elle ne pouvait plus sortir et s'isolait socialement. Elle se sentait morose, angoissée et seule.

Son précédent généraliste l'avait orientée vers un psychiatre pour voir s'il existait encore des possibilités de traitement. Ce psychiatre avait examiné la patiente deux ans avant le décès. Il avait conclu que sa dépression était pour une grande part en rémission et qu'elle avait trouvé un équilibre dans la gestion de son trouble compulsif. Il jugeait aussi qu'elle était apte à exprimer sa volonté concernant le refus de traitement. Dans son compte rendu, il soulignait qu'il ne s'était pas entretenu avec elle dans le cadre d'une demande d'euthanasie mais en vue d'éventuelles options thérapeutiques.

La commission a invité le médecin à venir s'expliquer devant elle. Le médecin a confirmé qu'il avait considéré le compte rendu du psychiatre comme celui du psychiatre indépendant devant être consulté en vue de satisfaire à l'exigence de prudence accrue. Il estimait en effet que ce compte rendu répondait suffisamment aux questions qu'il aurait lui-même posées dans le cadre d'une demande d'euthanasie. Le fait qu'il date de deux ans ne lui avait pas semblé une raison suffisante pour reprendre contact avec le psychiatre, aucun changement n'étant intervenu dans la situation de la patiente. Concernant la remarque du psychiatre soulignant explicitement qu'il n'avait pas mené son examen dans le cadre d'une demande d'euthanasie, le médecin a déclaré qu'elle avait été mentionnée dans le compte rendu à cause d'un différend entre la patiente et le centre de soins pour lequel travaillait le psychiatre. Selon le médecin, à l'époque de l'examen la patiente avait déjà la volonté de mourir.

La commission juge que le compte rendu du psychiatre ne peut pas être considéré comme la consultation d'un spécialiste indépendant définie par le Code de déontologie en matière d'euthanasie. Le psychiatre a précisé qu'il n'avait pas mené son examen dans le cadre d'une demande d'euthanasie. De plus, deux ans s'étant écoulés entre le compte rendu et la mise en œuvre de l'euthanasie, le médecin devait vérifier si les circonstances avaient changé. Reprendre contact avec le psychiatre sollicité était une évidence. En omettant de le faire, le médecin n'a pas pu mener de réflexion critique sur ses propres convictions. Le compte rendu

du consultant n'a pas non plus pallié cette omission, ce praticien n'ayant pas l'expertise voulue dans le domaine psychiatrique.

La commission juge que, faute d'avoir consulté un psychiatre indépendant, le médecin n'a pas pu établir de façon suffisamment fondée que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, que ses souffrances étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

Dans le quatrième cas, le médecin a consulté un psychiatre indépendant. Celui-ci ne s'est cependant pas prononcé sur l'absence de perspective d'amélioration des souffrances ni sur l'absence d'autre solution raisonnable.

JUGEMENT 2022-075

La patiente concernée souffrait de diverses douleurs chroniques depuis neuf ans. Elle ne pouvait plus les supporter. Leur origine n'avait pas pu être trouvée et différents traitements étaient restés vains. La patiente souffrait aussi d'un trouble de la personnalité borderline et de dépressions récurrentes.

Le médecin a fait appel à un psychiatre indépendant, mais il lui a seulement demandé d'évaluer l'état mental de la patiente dans le cadre de sa demande d'euthanasie (il ne savait pas que le psychiatre indépendant doit aussi évaluer d'autres aspects). Celui-ci a jugé la patiente apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Les autres praticiens concernés n'avaient eux non plus aucun doute à ce propos.

Dans son compte rendu, le psychiatre indépendant a par ailleurs noté qu'il n'avait pas une vue d'ensemble suffisante de l'histoire thérapeutique de la patiente sur le long terme. En conséquence, il se posait des questions concernant l'impact de son mode de vie sur son humeur et sur le souhait d'euthanasie qui en découlait. Il a jugé qu'il était peut-être encore possible d'influer sur ce souhait.

La commission a décidé d'inviter le médecin à venir s'expliquer devant elle, notamment concernant l'absence de perspective d'amélioration des souffrances. Le médecin a déclaré que selon lui les souffrances de la patiente étaient sans perspective d'amélioration. Ses douleurs étaient toujours restées inexpliquées. L'établissement de santé mentale qui suivait la patiente depuis plusieurs années avait fini par déclarer ne plus rien pouvoir faire pour elle. La patiente ne voulait plus subir d'autres examens ni traitements.

Le médecin a indiqué qu'après avoir eu la confirmation par le psychiatre indépendant que la patiente était apte à exprimer sa volonté, il n'avait pas tenu compte de ses autres remarques sur d'éventuelles options thérapeutiques. Il avait demandé par contre au consultant d'évaluer les possibilités de traitement de la patiente. Le consultant a donc voulu connaître l'historique des traitements suivis. Le médecin a demandé ces données à la clinique psychiatrique et les a communiquées au

consultant. Sur cette base, celui-ci a acquis la conviction que les souffrances étaient sans perspective d'amélioration. Il en a informé le psychiatre indépendant qui, compte tenu des informations obtenues, a compris qu'il soit parvenu à cette conclusion.

La commission juge cette façon de procéder étrange. Le psychiatre a notamment indiqué au consultant qu'il comprenait son point de vue alors que cet échange aurait dû avoir lieu avec le médecin. C'est en effet celui-ci, et non le consultant, qui est responsable de la mise en œuvre de l'euthanasie. Le médecin devait disposer de toutes les données et aurait dû discuter de ses considérations et de ses conclusions avec le psychiatre indépendant, à plus forte raison sachant celui-ci dubitatif quant à l'absence de perspective d'amélioration des souffrances. Le médecin n'avait pas demandé son avis à ce propos, mais le psychiatre ayant néanmoins fait part de ses doutes, il aurait dû en tenir compte dans sa décision.

La commission conclut que le médecin n'a pas pu apporter une argumentation suffisante à l'appui de sa conviction que les souffrances étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

Dans le dernier signalement présenté ici, le psychiatre indépendant a émis un avis négatif concernant la capacité du patient à exprimer sa volonté. Le médecin est passé outre.

JUGEMENT 2022-017

Le patient concerné souffrait d'un trouble psychotique paranoïaque diagnostiqué dix ans avant le décès. À la même époque, il avait été placé en maison d'arrêt suite à un délit. Il souffrait alors d'une psychose et avait développé une dépression chronique. Il avait été ultérieurement hospitalisé d'office dans une structure d'hébergement médicalisé. Le patient avait selon ses dires toujours fonctionné normalement avant sa psychose et il trouvait que le diagnostic de trouble psychotique était erroné.

La commission s'est d'abord penchée sur l'hospitalisation d'office du patient. Il ressort du dossier que seul un cadre contraignant permettait au patient de fonctionner. Selon la commission, cette hospitalisation n'a pas influé sur le caractère volontaire de la demande d'euthanasie.

Un peu moins de deux ans avant le décès, le médecin a consulté un psychiatre indépendant qui a jugé le patient inapte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, estimant que son souhait de mourir découlait de sa psychose.

La commission a décidé d'inviter le médecin à venir s'expliquer devant elle. Ce médecin, lui-même psychiatre, a souligné qu'il était convaincu que le patient était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Selon lui, les doutes de divers autres psychiatres quant à sa capacité à exprimer sa volonté ne se rapportaient pas à la question spécifique de l'euthanasie. Il a réfuté l'argument selon lequel les raisonnements du patient reposaient sur sa perception psychotique des choses en avançant que celui-ci pouvait expliquer son expérience de la perte de façon claire. On pouvait donc parler d'une aptitude partielle, en lien avec ce domaine particulier. Le médecin a déclaré que le trouble délirant du patient et son souhait de mourir étaient deux choses distinctes. Il y avait une divergence d'interprétation entre lui et les autres psychiatres impliqués dans le cas du patient.

Dans son jugement, la commission a considéré la norme du Code de déontologie en matière d'euthanasie qui autorise le médecin, en cas de divergence de vues avec le consultant, à néanmoins pratiquer l'acte. Sa

décision doit cependant être suffisamment motivée (cf. Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. p. 31). La commission estime que cela s'applique aussi en cas de divergence de vues entre le médecin et le spécialiste indépendant. Elle conclut cependant que le médecin n'a pas pu apporter une argumentation suffisante à l'appui de son point de vue. La commission se demande aussi si le médecin a suffisamment pris en compte le jugement du psychiatre indépendant concernant la capacité du patient à exprimer sa volonté. Elle considère à ce propos un e-mail que le psychiatre indépendant a adressé au médecin deux semaines avant le décès. Il y indique que deux ans après la consultation, il n'a pas changé d'avis quant à la capacité du patient à exprimer sa volonté. Il écrit aussi ne pas comprendre le raisonnement du médecin et note que celui-ci n'a pas examiné chacun des critères en la matière.

Après avoir examiné les pièces du dossier et entendu le médecin, la commission a le sentiment que celui-ci avait dès le début la conviction que l'euthanasie devait être mise en œuvre. La commission juge qu'il n'a de ce fait pas suffisamment pris en compte le point de vue du psychiatre indépendant. La commission ne peut que conclure que le médecin n'a pas agi avec la prudence accrue requise par le critère de rigueur relatif au caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

ÉDITION

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

Maquette
Inge Croes-Kwee
(Manifesta idee en ontwerp)

avril 2023

