



COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE

Code de déontologie en matière d'euthanasie

Éclairage de la pratique du contrôle

Version en vigueur à compter de janvier 2026

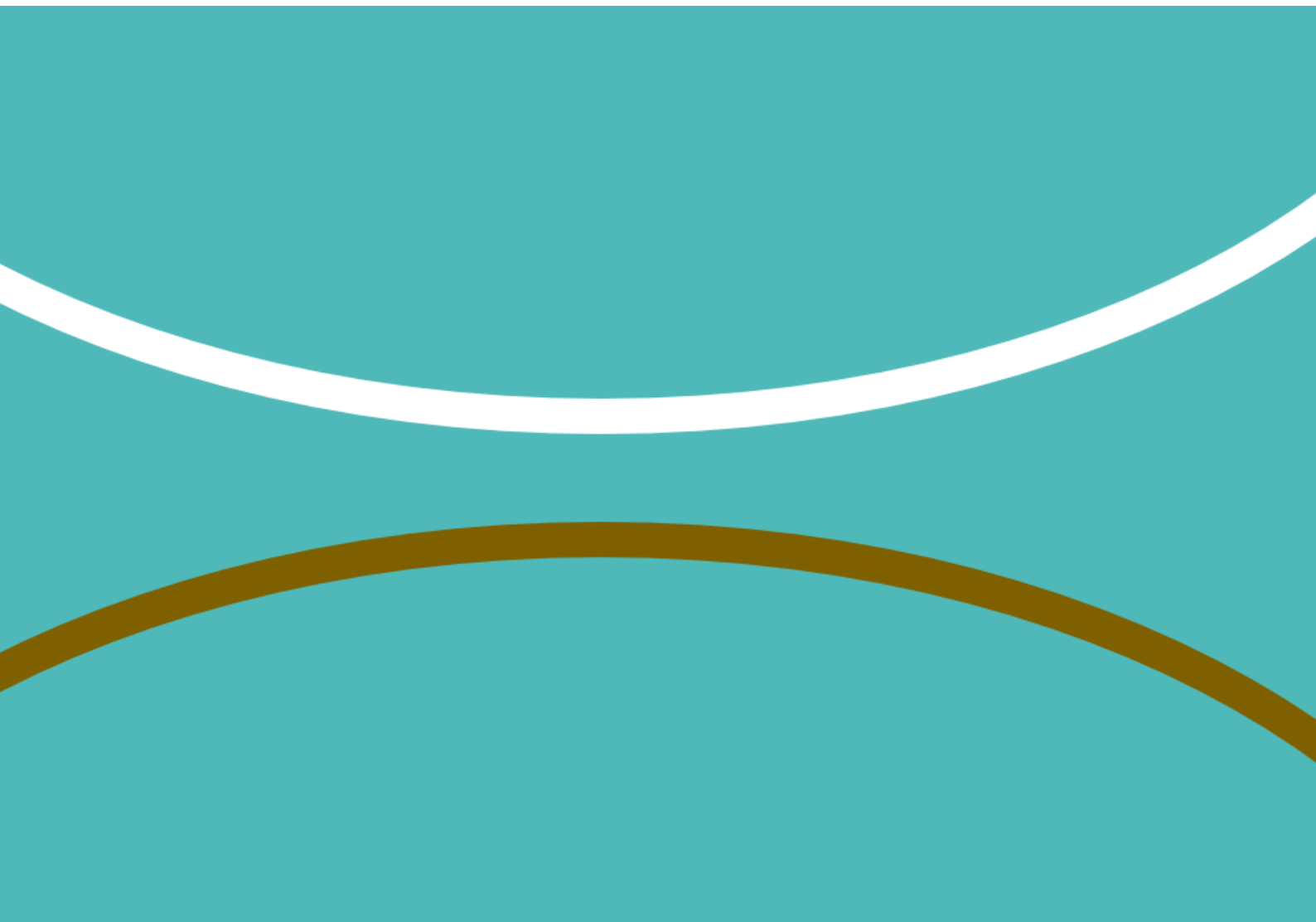


Table des matières

Avant-propos	4
Principales modifications par rapport à la version de 2022	5
1. Le code de déontologie en matière d'euthanasie : objectif et structure	6
2. Principaux aspects de la loi, méthodes de travail des commissions et directives du corps médical	7
2.1. Principaux aspects de la loi	7
2.2. Méthodes de travail des commissions	9
2.3. Importance des avis et directives du corps médical	12
3. Critères de rigueur fixés par la loi	13
3.1. Mise en œuvre par un médecin	13
3.2. Demande volontaire et mûrement réfléchie	13
3.3. Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration	16
3.4. Information du patient	18
3.5. Absence d'une autre solution raisonnable	18
3.6. Indépendance du consultant	20
3.7. Rigueur médicale	24
4. Aspects particuliers	28
4.1. Testament de vie	28
4.2. Patients mineurs	32
4.3. Double euthanasie	32
4.4. Patients atteints de troubles psychiques ou d'une association de troubles somatiques et psychiques	32
4.5. Patients atteints de démence	35
4.6. Patients atteints d'un handicap mental	36
4.7. Patients atteints d'un trouble de la communication verbale	37
4.8. Coma ou état de conscience minimale	37
4.9. Euthanasie et sédation palliative	40
4.10. « Vie accomplie » ou « fatigue de vivre »	41
4.11. Don d'organes et de tissus après une euthanasie	41
4.12. Conditions non requises par la loi	42
5. Références utiles	43
5.1. Le site internet des commissions	43
5.2. Le programme SCEN	43

5.3.	Les évaluations de la loi WTL.....	43
5.4.	Les directives du ministère public.....	43
5.5.	Les normes formulées par le corps médical.....	44
5.6.	Le Centre d'expertise sur l'euthanasie.....	44
Annexe – Dispositions légales pertinentes.....		45
	Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (WTL).....	45
	Code pénal.....	49
	Loi sur les pompes funèbres.....	49

Avant-propos

C'est avec plaisir que je vous présente la dernière version du Code de déontologie en matière d'euthanasie (ou code de l'euthanasie) des Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE). Les versions précédentes comportaient dans leur titre l'année de publication. Ce n'est plus le cas, les RTE ayant désormais l'intention d'actualiser ce code chaque semestre.

Les modifications se limitent à un nombre réduit de points, inventoriés en page 5. Un changement important s'opère au niveau de la forme, puisque que le code ne paraîtra plus qu'en version numérique.

Dans le Code de déontologie en matière d'euthanasie, les RTE expliquent comment elles contrôlent si la pratique de l'euthanasie respecte les critères de rigueur formulés dans la loi. Cela est crucial pour les médecins impliqués dans la mise en œuvre de l'euthanasie. Le code leur donne, ainsi qu'à leurs confrères consultants, des conseils pratiques pour la préparation et la mise en œuvre de l'euthanasie.

Mais il est aussi important pour la société dans son ensemble de savoir comment les RTE traduisent dans la pratique les exigences que la loi pose à la mise en œuvre rigoureuse de l'euthanasie. En favorisant la transparence, les RTE veulent renforcer la confiance dans ce contrôle et, par là même, dans la pratique rigoureuse de l'euthanasie.

Enfin, le Code de déontologie en matière d'euthanasie est essentiel pour les membres et le personnel des RTE. Les différentes commissions sont en effet toutes censées suivre le code dans leur contrôle des signalements. Ce document favorise de ce fait l'unité du droit entre les diverses régions.

J'exprime toute ma gratitude aux membres et aux secrétaires du comité de réflexion des RTE. Ils ont fourni un travail considérable pour actualiser le code.

Toute proposition de complément au Code de déontologie en matière d'euthanasie peut être transmise à l'aide du formulaire disponible sur le site internet www.euthanasiecommissie.nl.

Mariëtte Moussault,
présidente coordinatrice des RTE

Principales modifications par rapport à la version de 2022

- Au paragraphe 3.6. (Indépendance du consultant), le passage indiquant que les RTE prennent contact avec le médecin du SCEN lorsque la qualité de son compte rendu laisse à désirer a été supprimé. En effet, les RTE ne contrôlent pas les actes du consultant du SCEN mais uniquement ceux du médecin ayant effectué l'euthanasie. Si le compte rendu n'a pas la qualité souhaitée, elles en informent ce dernier.
- Le thème de la double euthanasie fait désormais l'objet d'un paragraphe dédié (paragraphe 4.3.) au sein du chapitre Aspects particuliers. Le paragraphe 3.6. (Indépendance du consultant) renvoie à ce paragraphe dans le passage sur la double euthanasie. Le terme de « partenaires » a été remplacé par « deux personnes entretenant une relation étroite ».
- Au paragraphe 3.7. (Rigueur médicale), un nouveau passage précise la démarche à suivre par le médecin quand la mise en œuvre d'une interruption de la vie sur demande ne se déroule pas comme prévu. Il spécifie aussi dans quels cas les RTE concluent au non-respect de la rigueur médicale requise lors de l'acte.
- Au paragraphe 4.4. (Patients atteints de troubles psychiques ou d'une association de troubles somatiques et psychiques), le cadre d'évaluation a été éclairci. Ce paragraphe distingue différentes situations et indique la démarche à suivre par le médecin dans chacune d'elles. Il contient également un nouveau diagramme.

1. Le code de déontologie en matière d'euthanasie : objectif et structure

Aux termes de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide, mieux connue sous le nom de loi sur l'euthanasie (ci-après : loi WTL), cinq commissions régionales sont chargées d'évaluer les signalements d'interruption de la vie sur demande ou d'aide au suicide effectués par les médecins. Depuis l'entrée en vigueur de cette loi en 2002, les commissions ont examiné plusieurs milliers de signalements pour contrôler le respect des critères de rigueur mentionnés dans ses dispositions¹.

Elles rendent compte de leurs travaux dans leur rapport annuel commun et publient en outre une grande partie de leurs jugements sur le site www.euthanasiacommissie.nl. Ces analyses de cas et les rapports annuels permettent de mieux comprendre la façon dont elles interprètent et appliquent les critères de rigueur pour l'euthanasie, tels que fixés par la loi. Le code de l'euthanasie a été rédigé pour rendre ces informations plus accessibles. À partir de 2026, il sera actualisé deux fois par an.

La loi WTL fait la distinction entre interruption de la vie sur demande et aide au suicide. Pour ces deux formes de fin de vie volontaire, le code emploie le terme général d'euthanasie et ne fait appel aux termes spécifiques susmentionnés que si cela est nécessaire².

Le code de l'euthanasie donne une vue d'ensemble claire de la façon dont les RTE interprètent les critères de rigueur. Son objet n'est pas de décrire toutes les situations imaginables, mais de présenter un résumé des considérations des commissions.

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

Le code est structuré de la façon suivante : le chapitre 2 donne un bref aperçu de la législation en vigueur en matière d'euthanasie ainsi que des méthodes de travail appliquées par les commissions. Il s'arrête également sur l'importance des directives émanant du corps médical. Le chapitre 3 comprend un exposé général des critères de rigueur fixés par la loi et de l'interprétation qui en est faite par les RTE. Le chapitre 4 aborde des situations et aspects particuliers, tandis que le chapitre 5 propose quelques références utiles.

Le masculin a été adopté dans tout le texte dans le seul souci de lisibilité, mais il a bien entendu une valeur générique.

¹ Le texte de la loi WTL figure dans l'annexe Dispositions légales pertinentes.

² Cette distinction est abordée par exemple au paragraphe 3.7 sur la rigueur médicale avec laquelle l'euthanasie doit être pratiquée.

2. Principaux aspects de la loi, méthodes de travail des commissions et directives du corps médical

2.1. Principaux aspects de la loi

Critères de rigueur³

Au cours des décennies précédant l'entrée en vigueur de la loi WTL, la pratique s'est établie aux Pays-Bas d'autoriser un médecin à accéder dans certaines circonstances à la demande d'euthanasie d'un patient éprouvant des souffrances insupportables. Outre la demande du patient et le caractère insupportable de ses souffrances, d'autres critères doivent être respectés. Ils sont depuis 2002 consignés dans la loi WTL.

Cette loi n'a pas pour autant légalisé l'euthanasie. Les articles 293 et 294 du Code pénal disposent en effet que l'euthanasie est passible de poursuites au regard du droit néerlandais. Ils ne prévoient une exception que pour les seuls médecins ayant respecté tous les critères de rigueur prévus dans la loi WTL et signalé leur acte aux commissions régionales de contrôle (cf. paragraphe 2.2.).⁴

Selon ces critères, le médecin doit :

- a. acquérir la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie (art. 2, paragraphe 1, sous a, de la loi WTL) ;
- b. acquérir la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration (art. 2, paragraphe 1, sous b, de la loi WTL) ;
- c. informer le patient de sa situation et de ses perspectives (art. 2, paragraphe 1, sous c, de la loi WTL) ;
- 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 (art. 2, paragraphe 1, sous d, de la loi WTL) ;
- 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. (art. 2, paragraphe 1, sous e, de la loi WTL), et
- f. pratiquer l'interruption de la vie ou l'aide au suicide avec toute la rigueur médicale requise (art. 2, paragraphe 1, sous f, de la loi WTL).

Les souffrances du patient doivent avoir un fondement médical (cf. paragraphe 3.3). Cela n'implique pas pour autant que sa pathologie doive être somatique (physique). Il n'est pas non plus nécessaire qu'elle engage le pronostic vital. La loi WTL ne pose pas non plus comme condition d'une euthanasie que le patient se trouve en phase terminale.

Cet aspect ne joue aucun rôle à partir du moment où les critères de rigueur fixés dans la loi sont respectés. Si, dans la pratique, l'espérance de vie du patient est souvent réduite, la loi n'exclut cependant pas qu'un médecin réponde à la demande d'euthanasie d'un patient dont la vie pourrait encore se prolonger pendant de nombreuses années.

Selon la loi WTL, l'euthanasie peut être pratiquée sur des patients âgés de douze ans et plus. Des dispositions spécifiques sont prévues concernant l'implication des parents si le patient est mineur.

> voir aussi paragraphe 4.2.

³ Pour plus d'informations, consulter le site internet www.euthanasiecommissie.nl.

⁴ Les articles 293 et 294 du Code pénal figurent dans l'annexe Dispositions légales pertinentes.

L'interprétation de la loi WTL doit prendre en compte certains arrêts de la Cour suprême qui contiennent des normes complémentaires de celles de la loi WTL. Ces arrêts sont évoqués aux paragraphes suivants :

> *l'arrêt Schoonheim (1984) : paragraphe 3.3.*

> *l'arrêt Chabot (1994) : paragraphe 3.3.*

> *l'arrêt Brongersma (2002) : paragraphe 3.3.*

> *l'arrêt relatif à une affaire pénale concernant l'euthanasie d'un patient atteint de démence avancée (2020) : paragraphe 4.1.*

Les médecins ne sont pas tenus d'accéder à une demande d'euthanasie, même si tous les critères de rigueur mentionnés par la loi WTL sont remplis. L'euthanasie n'est pas un droit du patient, et ils peuvent refuser de la pratiquer. La déontologie veut qu'ils en informent alors le patient à un stade précoce⁵, afin que celui-ci puisse, s'il le désire, s'adresser à un autre praticien. Les médecins orientent parfois leurs patients vers un collègue, ou vers le Centre d'expertise sur l'euthanasie⁶.

Signalement et contrôle

Le médecin ayant pratiqué une euthanasie doit le signaler au médecin légiste de la commune. Il utilise le formulaire prévu à cet effet (modèle de rapport du médecin traitant en vue de signaler un décès consécutif à une interruption de la vie sur demande ou à une aide au suicide, disponible sur www.euthanasiecommissie.nl et www.knmg.nl), qu'il remet lors de l'examen du corps. Il joint à son rapport motivé⁷ (tel que prévu par la Décision modèles, article 9, paragraphe 2, de la loi sur les pompes funèbres), le compte rendu du consultant⁸. La plupart du temps, le médecin transmet aussi d'autres documents, tels que le dossier médical, les lettres des spécialistes et, le cas échéant, le testament de vie du patient. Le médecin légiste soumet ce signalement, accompagné des pièces jointes, à la commission de la région où l'euthanasie a été pratiquée. C'est cette commission qui évalue le dossier de signalement et le processus de mise en œuvre de l'euthanasie⁹. Si la commission estime que le médecin a respecté tous les critères, elle l'en informe par écrit. La phase de contrôle et d'évaluation est alors achevée.

Si la commission juge au contraire que le médecin n'a pas satisfait à un ou plusieurs critères, elle en informe conformément à la loi, outre le médecin, le ministère public (OM) et l'Inspection de la santé et de la jeunesse (IGJ)¹⁰ qui décident des suites à donner.

La commission vérifie si le médecin ayant pratiqué l'euthanasie a agi conformément aux critères de rigueur, en considérant les dispositions légales, la genèse de la loi et la jurisprudence. Elle tient également compte des jugements antérieurs des commissions, des directives médicales et des décisions du ministère public en cas de non-respect de ces critères.

⁵ Cf. Conseil disciplinaire régional de La Haye, 19 juin 2012.

⁶ www.expertisecentrum euthanasie.nl.

⁷ Ce « rapport motivé » est imposé par la loi sur les pompes funèbres à l'article 7, paragraphe 2. Ne pas s'y conformer constitue une infraction (art. 81 de cette même loi).

⁸ Cf. art. 7, paragraphe 2, de la loi sur les pompes funèbres. Le texte de cette disposition figure dans l'annexe Dispositions légales pertinentes.

⁹ Si besoin, la commission peut aussi recueillir des informations auprès du médecin légiste de la commune.

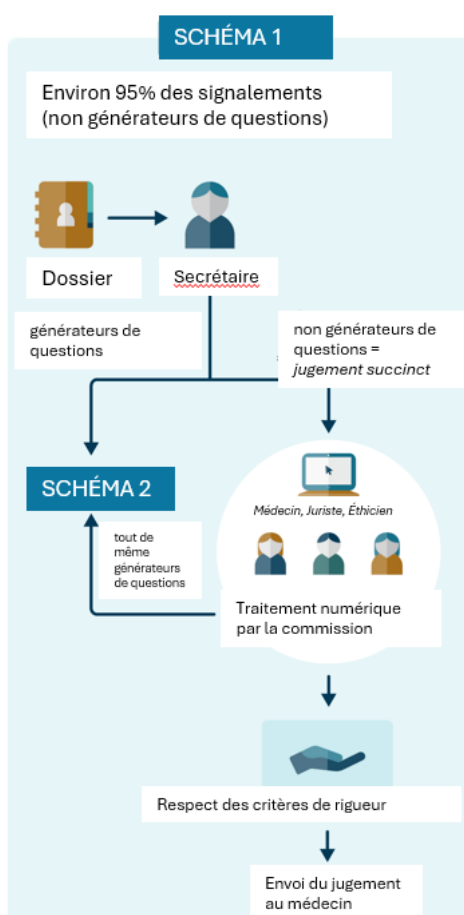
¹⁰ Si la commission a jugé que les critères de rigueur ont été respectés, le signalement ne leur est pas transmis. Il est possible que ces instances soient tout de même appelées à en prendre connaissance, suite par exemple au signalement d'un tiers. Elles sont alors toutes deux habilitées à l'examiner.

La commission examine si tous les critères de rigueur mentionnés plus haut ont été respectés. Pour les critères a, b et d, la commission examine si le médecin a raisonnablement pu acquérir la conviction que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie, que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable. Pour les critères c, e et f, la commission examine si le médecin a informé le patient, s'il a consulté au moins un confrère indépendant et si l'euthanasie a été pratiquée avec toute la rigueur médicale requise.

2.2. Méthodes de travail des commissions¹¹

Les commissions régionales de contrôle sont au nombre de cinq, réparties comme suit : Groningue/Frise/Drenthe/Pays-Bas caraïbes¹², Overijssel/Gueldre/Utrecht/Flevoland, Hollande-Septentrionale, Hollande-Méridionale/Zélande et Brabant-Septentrional/Limbourg¹³.

Les commissions examinent les signalements sur la base du rapport motivé du médecin qui a pratiqué l'euthanasie (c'est-à-dire le formulaire afférent dûment rempli), du compte rendu de son confrère consultant qui y est joint et d'autres documents pertinents, tels que le dossier médical du patient, les lettres des spécialistes ou un testament de vie.



¹¹ Pour plus d'informations, consulter ou télécharger les directives relatives aux méthodes de travail des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie [*Richtlijnen betreffende de werkwijze van de Regionale toetsingscommissies euthanasie* (2019)] sur le site internet www.euthanasiecommissie.nl.

¹² Bonaire, Saba et Saint-Eustache

¹³ Pour la composition des commissions, consulter le site www.euthanasiecommissie.nl.

Schéma 1

Les commissions classent les signalements en deux catégories suivant qu'ils sont générateurs de questions (VO, environ 5 % des cas) ou non (NVO, environ 95 % des cas). Les signalements de cette dernière catégorie sont traités par voie numérique, au sein d'un système sécurisé permettant les échanges entre les membres des commissions. Les NVO ne sont pas abordés dans les réunions des commissions.

Si toutefois des questions surgissent lors du traitement numérique, le signalement passe après concertation dans la catégorie VO et est alors discuté en réunion. Le classement dans l'une ou l'autre catégorie dépend des questions que le signalement suscite, par exemple à cause de la complexité de la problématique concernée ou des carences du dossier sur certains points.

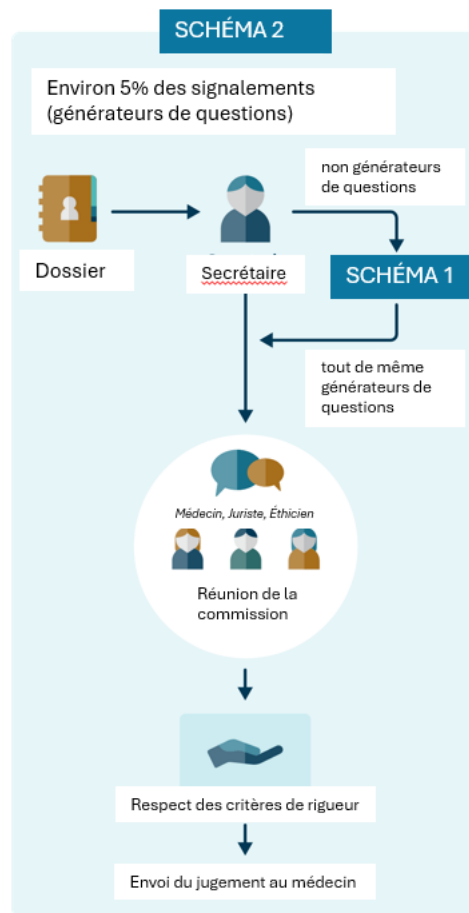
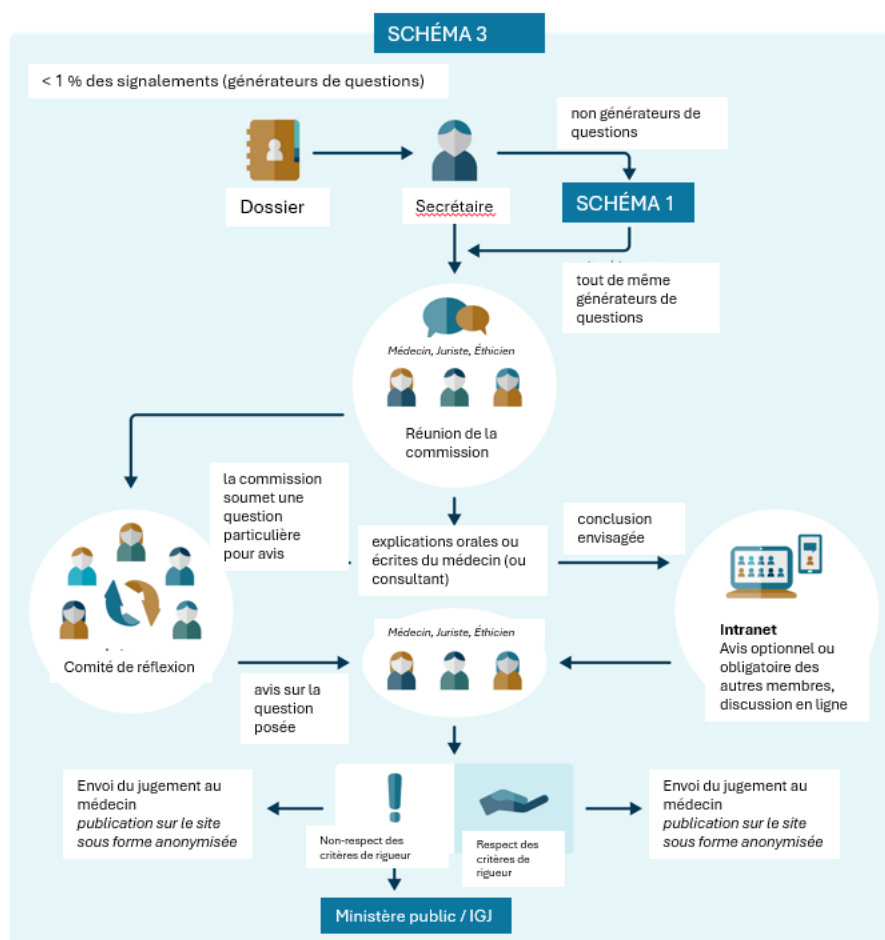


Schéma 3

Le médecin doit répondre aux questions du formulaire de signalement. Si les données dont dispose la commission sont incomplètes ou donnent lieu à des interrogations, elle peut prier le médecin ayant pratiqué l'euthanasie ou son confrère consultant de lui fournir des compléments d'information par téléphone ou par écrit, ou l'inviter à venir s'expliquer à ce sujet, éventuellement accompagné d'une personne de son choix. Le compte rendu de cet entretien est transmis pour commentaire à l'intéressé. Les commissions sont conscientes qu'un tel entretien peut être astreignant pour le médecin, mais les explications verbales sont parfois nécessaires afin d'éclaircir certains points, voire dans certains cas essentielles à une appréciation correcte. La commission peut

aussi recueillir des informations complémentaires auprès du médecin légiste ou des intervenants concernés.

Lorsque la commission envisage de conclure que le médecin n'a pas agi conformément aux critères de rigueur, elle invite toujours ce dernier à venir s'expliquer devant elle avant de prendre sa décision. Le compte rendu de cet entretien est transmis pour commentaire à l'intéressé. Si, à l'issue de cet entretien, la commission persiste dans son point de vue, son projet de jugement est soumis pour avis à tous les membres et secrétaires des RTE. Elle arrête ensuite sa décision définitive.



Une commission peut aussi décider dans d'autres cas de transmettre son projet de jugement aux membres et secrétaires de toutes les commissions, par exemple pour des dossiers complexes ou soulevant des questions de droit nouvelles. Les commissions œuvrent ainsi à l'harmonisation de leurs jugements, et en faveur de la sécurité juridique et de l'unité du droit.

En 2017, les commissions (RTE) ont créé un comité de réflexion interne chargé d'émettre des avis sur les questions de droit, notamment en vue de favoriser l'harmonisation et la cohérence des jugements. Les commissions saisissent le comité sur une question particulière mais, de même que la concertation des présidents, sont libres de suivre ou non son avis.

La commission communique en principe son jugement au médecin dans un délai de six semaines après réception du signalement. Ce délai est renouvelable une fois si les circonstances l'exigent, auquel cas la commission en informe le médecin.

2.3. Importance des avis et directives du corps médical

Concernant l'examen d'un signalement d'euthanasie, les commissions ont une responsabilité propre, fondée sur la loi. Cela signifie que les avis et directives formulés par le corps médical n'ont de poids que lorsque leur teneur s'inscrit dans le cadre de la loi. Il peut arriver qu'il y ait divergence entre une directive et la loi ou la jurisprudence, plus précisément que la directive pose des exigences plus sévères que la loi ou la jurisprudence. Pour les commissions, c'est alors la loi, la jurisprudence et la pratique existante du contrôle qui prévalent¹⁴. Il se peut aussi que les avis et directives abordent certains aspects que le médecin doit prendre en compte dans le cadre de sa responsabilité professionnelle, mais qui ne sont pas pertinents pour l'appréciation d'un signalement par les commissions¹⁵. La commission peut ainsi juger que le médecin a respecté les critères de rigueur alors qu'il n'a pas agi de façon totalement conforme aux normes de sa profession.

Plusieurs avis et directives élaborés par le corps médical jouent un rôle important lorsque le médecin doit décider de la demande d'euthanasie d'un patient. Par exemple le point de vue de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG) sur les décisions médicales relatives à la fin de vie [Standpunt Beslissingen rond het levenseinde], publié en 2021, sa Directive sur l'euthanasie en situation de conscience minimale [Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn (2010)] et la Directive sur l'aide au suicide de patients atteints de troubles psychiques [Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis] publiée par l'Association néerlandaise de psychiatrie (NVvP) en 2018. Ces textes aident dans la plupart des cas à interpréter les critères de rigueur – formulés en termes généraux dans la loi (cf. chapitre 3). Ainsi, les commissions font explicitement référence dans leurs jugements à la directive intitulée « Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide » [Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding], publiée en 2021 par la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG) et la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la pharmacie (KNMP). Cette directive est importante lorsqu'il s'agit de contrôler que l'euthanasie a été effectuée avec la rigueur médicale requise. Elle porte en effet sur le choix des produits à utiliser et leur dosage, ainsi que sur la vérification correcte de l'état de conscience minimale du patient. Puisque le critère en jeu vise la rigueur « médicale », il est logique que les commissions s'appuient sur la directive établie par le groupe professionnel concerné, à savoir les médecins et les pharmaciens.

¹⁴ Cf. la lettre de la ministre de la Santé adressée à la Chambre des représentants le 4 juillet 2014 (documents parlementaires II, 2013-2014, 32647, n° 30).

¹⁵ Par exemple, la prudence à observer envers la famille d'un patient, qui est requise selon le code disciplinaire. Cf. Conseil disciplinaire régional de Zwolle, 18 mai 2006, GJ 2006/135 et Conseil disciplinaire régional de La Haye, 23 octobre 2012, GJ 2013/8.

3. Critères de rigueur fixés par la loi

3.1. Mise en œuvre par un médecin

Aux termes de la loi WTL, seul un médecin est autorisé à donner suite à la demande d'euthanasie d'un patient. Le médecin qui effectue l'euthanasie, visé par la loi, est le plus souvent le médecin traitant, mais cela n'est pas une exigence légale. Dans tous les cas, il doit s'être bien informé de la situation du patient et avoir personnellement constaté que les critères de rigueur sont remplis. Un médecin traitant qui suit son patient depuis un certain temps pourra se baser entre autres sur les informations ainsi obtenues.

Praticien autre que le médecin traitant dans des situations non urgentes
L'euthanasie peut être effectuée par un praticien autre que le médecin traitant. Il lui faudra alors en général prouver qu'il a suffisamment pris le temps d'étudier de façon approfondie la situation du patient, eu égard aux critères de rigueur fixés par la loi. Il devra aussi indiquer dans son rapport à la commission la fréquence et la profondeur de ses entretiens avec le patient.

Praticien autre que le médecin traitant dans des situations d'urgence
Il peut arriver que l'euthanasie soit effectuée au dernier moment par un médecin autre que le médecin traitant (par exemple par un remplaçant ou un collègue, si l'état du patient s'aggrave rapidement pendant l'absence du médecin traitant). Le signalement requis par la loi doit être fait par le médecin qui a effectivement pratiqué l'euthanasie. Si ce dernier intervient en situation d'urgence, il pourra se baser sur les informations fournies par des collègues au fait de l'historique du cas, mais devra aussi s'assurer personnellement du respect des critères de rigueur.

Dans la suite du document, on entendra par « médecin » le praticien qui a effectué l'euthanasie.

3.2. 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 loi ne prescrit pas que la demande doit être écrite ; une demande orale est suffisante.

Il découle des dispositions légales que le patient doit faire sa demande lui-même. Si elle est effectuée en son nom par un tiers, elle ne pourra être prise en compte¹⁶. Dans tous les cas, il ne doit faire aucun doute que la demande a été émise par le patient même¹⁷.

Il lui est possible de l'émettre longtemps avant le moment où l'euthanasie sera pratiquée, mais cet intervalle peut aussi être très court si son état se dégrade rapidement. Autrement dit, il n'est pas nécessaire que la demande s'inscrive dans la durée, en ce sens qu'elle ne pourrait être satisfaite que si elle a été maintenue pendant un certain temps. Il arrive régulièrement que le patient ait des

¹⁶ Il n'est donc pas possible de demander l'euthanasie par procuration. Le patient doit absolument faire lui-même la demande. Cf. Documents parlementaires II 1998-1999, 26691, n° 3, p. 9. Des tiers peuvent cependant signaler au médecin que le patient souhaite l'euthanasie, de sorte qu'il s'en entretienne avec lui ou qu'il puisse prendre en considération l'éventuel testament de vie du patient si celui-ci n'est plus en état de communiquer.

¹⁷ Voir le jugement 2022-035 sur le site internet des RTE concernant une patiente qui ne maîtrisait ni le néerlandais ni l'anglais. Un proche faisait office d'interprète. Dans son jugement, la commission se demande explicitement si le médecin, dans ces conditions, a pu acquérir la conviction que la demande était volontaire et mûrement réfléchie. Il doit en effet être manifeste que la demande a été émise par le patient même. Dans ce cas, la commission a jugé que tel était bien le cas.

hésitations au sujet de l'euthanasie, ce qui est compréhensible. Ce qui compte au final, c'est que le médecin ait la conviction que la demande est cohérente et sans ambiguïté.

La plupart des patients sont en état de communiquer verbalement ou par écrit jusqu'au moment de l'euthanasie. Dans certains cas cependant, cette capacité peut diminuer ou être entravée par la maladie. Différentes situations peuvent se présenter :

- le malade n'est plus en état de formuler verbalement sa demande, mais peut communiquer d'une autre façon (par exemple par des gestes de la main, des hochements de tête, en serrant la main du médecin en réponse à des questions fermées de sa part ou à l'aide d'un ordinateur vocal) ;
- le patient est capable d'émettre sa demande, mais plus de l'argumenter.

Dans ces cas, l'important est que le médecin soit convaincu, sur la base de ce que le patient arrive encore à exprimer et de son comportement, que la demande est réelle et constante. Le médecin basera donc son évaluation sur ce que le patient est encore en mesure d'exprimer à ce moment, mais aussi sur ses déclarations écrites ou orales, comportements ou signaux antérieurs.

Si le patient n'est plus en mesure s'exprimer sa volonté, un testament de vie rédigé antérieurement pourra remplacer sa demande verbale.

> pour le testament de vie, voir aussi le paragraphe 4.1.

Demande volontaire

La demande du patient doit être volontaire, ce qui implique deux éléments.

En premier lieu, la demande doit avoir été faite sans influence extérieure (acte libre). Le médecin doit en avoir acquis la conviction. Ainsi, si un proche du patient intervient plus qu'il ne faudrait durant l'entretien entre le médecin et le patient et donne constamment des réponses que le médecin souhaite entendre de la bouche de ce dernier, un entretien en tête-à-tête peut s'avérer nécessaire. Du reste, le fait qu'un patient demande l'euthanasie notamment parce qu'il estime être un poids pour son entourage ne signifie pas nécessairement que sa demande n'est pas volontaire¹⁸.

En second lieu, le patient doit être capable d'exprimer sa volonté concernant l'euthanasie (acte volontaire)¹⁹. Cela implique qu'il satisfasse à quatre critères²⁰. Il est en mesure de communiquer de façon intelligible au sujet de sa demande d'euthanasie. Il comprend les informations pertinentes concernant son état et le pronostic de sa maladie. Il comprend sa situation et est en mesure de peser les éventuelles autres solutions, ainsi que d'appréhender les conséquences de sa décision. Enfin, il est capable d'expliquer pourquoi il souhaite l'euthanasie.

La capacité d'exprimer sa volonté peut fluctuer dans le temps et n'est pas nécessairement absolue : un patient peut fort bien en faire preuve pour une décision (par exemple sa demande d'euthanasie), mais en être dénué pour une autre (par exemple la gestion de ses finances). C'est ce qui ressort aussi de la définition de la capacité à exprimer sa volonté telle que fixée dans la loi relative au contrat de traitement médical (loi WGBO, article 7:465 du Code civil néerlandais), qui implique que le patient

¹⁸ L'impression d'être un poids pour son entourage peut être un facteur de souffrance pour le patient.

¹⁹ Les documents parlementaires relatifs à la loi WTL mentionnent de façon réitérée que pour faire une demande d'euthanasie le patient doit être apte à exprimer sa volonté ; cf. Documents parlementaires II, 1999-2000, 26691, n° 6, p. 5-7.

²⁰ P.S. Appelbaum et T. Grisso, "Assessing patients' capacities to consent to treatment", The New England Journal of Medicine 1988 : 1635-1638.

peut être considéré comme capable d'évaluer raisonnablement ses intérêts concernant une décision donnée²¹.

Si un patient n'est pas apte à exprimer sa volonté à ce sujet, la loi WGBO prévoit que son représentant peut donner en son nom son accord informé à certains actes médicaux. Cela ne vaut pas pour l'euthanasie : personne ne peut représenter le patient, qui doit être en mesure de saisir la portée d'une telle demande, de comprendre les informations concernant le pronostic de sa maladie et les autres solutions, et de prendre une décision par lui-même. Si le patient n'est plus capable d'exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, un testament de vie rédigé à un moment où il avait encore cette capacité peut remplacer sa demande verbale.

Dans de nombreux cas, le médecin ne doutera pas de la capacité de son patient à exprimer sa volonté. Mais parfois, notamment face à certaines pathologies, il lui faudra accorder une attention particulière et approfondie à cet aspect. En cas de doute, le médecin demandera l'avis d'un collègue sur ce point spécifique. Cette demande d'avis peut être un des éléments de la requête adressée au consultant, telle que visée à l'article 2, paragraphe 1, sous e, de la loi WTL, mais le médecin peut également, avant l'intervention du consultant, demander à un spécialiste d'apprécier la capacité de son patient à exprimer sa volonté.

> pour les catégories particulières de patients, voir les paragraphes 4.4 à 4.6.

La capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie est étroitement liée à une autre exigence, à savoir le caractère mûrement réfléchi de cette demande.

Demande mûrement réfléchie

La demande doit être mûrement réfléchie. Autrement dit, la décision du patient doit reposer sur des informations complètes et sur une compréhension claire de sa maladie. Sa demande ne doit pas être un acte impulsif. La circonspection s'impose si le comportement du patient montre qu'il n'est pas sûr de sa décision, émettant sa demande, puis la retirant pour la réitérer un peu plus tard. Qu'il hésite ou ait des doutes devant une question aussi radicale que l'euthanasie est compréhensible et ne constitue pas nécessairement une contre-indication. Ce qui importe, c'est que la demande soit dénuée d'ambiguïté, compte tenu de l'ensemble des circonstances et de tout ce que le patient a communiqué d'une façon ou d'une autre.

Le critère d'une demande volontaire et mûrement réfléchie peut, dans certaines situations, poser question, par exemple dans le cas de patients atteints de troubles psychiques, de démence, d'aphasie, porteurs d'un handicap mental, se trouvant dans un état de conscience minimale voire de coma, ou mineurs.

> pour ce qui concerne les situations particulières, voir le chapitre 4.

²¹ Cf. Guide pour l'appréciation de la capacité d'exprimer sa volonté (version 2007) (*Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*).

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE POINTS À CONSIDÉRER

- Demande émise par le patient lui-même
- Acte libre : aucune influence de tiers
- Acte volontaire : compréhension de sa situation
- Demande mûrement réfléchie : caractère averti, sans ambiguïté et non impulsif
- Testament de vie susceptible de remplacer une demande orale (cf. paragraphe 4.1)
- Attention particulière nécessaire dans des situations spécifiques (cf. chapitre 4).

3.3. Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration

Quelques aspects généraux

La souffrance est un concept protéiforme. Elle peut être due à la douleur physique et aux difficultés respiratoires, à l'épuisement, à la dégradation de l'état physique, à l'absence de perspective, mais aussi à la dépendance grandissante, à la déchéance ressentie par le patient et à la perte de sa dignité. Dès 1984, la Cour suprême a considéré, dans l'arrêt Schoonheim, que les souffrances pouvaient être causées par l'angoisse devant une déchéance qui s'amplifie et la perspective de ne pouvoir mourir dans la dignité.

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

Le patient doit ressentir ses souffrances. C'est là un point capital. Si cela n'est plus le cas (il est dans le coma) ou n'est pas certain (état de conscience minimale), le médecin ne peut en principe pas accéder à la demande d'euthanasie. Que les proches du patient ressentent sa situation comme une déchéance humiliante n'y change rien.

> *pour le coma et l'état de conscience minimale, voir le paragraphe 4.8.*

> *pour le rapport entre euthanasie et sédation palliative, voir le paragraphe 4.9.*

Le patient peut manifester ses souffrances par la parole, mais aussi d'autres façons, notamment par les réactions corporelles. Si le patient peine à exprimer ses souffrances verbalement, le médecin doit être attentif à d'autres signes qui peuvent être révélateurs à cet égard.

Fondement médical des souffrances

Les RTE partent du principe que le médecin doit acquérir la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration et qu'elles ont un fondement médical (arrêt Brongersma, 2002). L'affection peut être d'ordre somatique ou psychique (arrêt Chabot, 1994). Il ne doit pas nécessairement s'agir d'une seule maladie grave. Les souffrances peuvent aussi découler d'une accumulation de pathologies de gravité variable. Le cumul de différentes affections peut entraîner des souffrances susceptibles, selon le patient, d'être ressenties comme insupportables. Ce ressenti dépend 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 physique et psychique.

Polypathologies gériatriques

Pour qu'une demande d'euthanasie soit honorée, les souffrances du patient doivent avoir un fondement médical. Il n'est cependant pas nécessaire que la maladie *engage le pronostic vital*. L'accumulation de pathologies gériatriques – troubles de la vision, de l'ouïe, décalcification osseuse, usure des articulations, troubles de l'équilibre, altération des capacités cognitives – 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. Leur association et les troubles afférents peuvent être la cause de souffrances revêtant un caractère insupportable en fonction de la vie, de la personnalité et de la résistance du patient.

L'accumulation de pathologies essentiellement dégénératives se distingue ainsi de la problématique de la vie accomplie, pour autant que cette dernière renvoie à des souffrances sans fondement médical. Les polypathologies gériatriques reposent bien sur un tel fondement.

> pour la vie accomplie, voir le paragraphe 4.10.

Souffrances sans perspective d'amélioration

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. Pour évaluer ce critère, le diagnostic et le pronostic sont cruciaux. Il s'agit de se demander s'il existe une possibilité réelle, autre que l'euthanasie, de faire cesser ou d'atténuer les symptômes. Le médecin doit ce faisant tenir compte du degré d'amélioration que peut procurer un traitement mais aussi des aspects négatifs qu'il est susceptible d'avoir pour le patient. L'absence de perspective d'amélioration doit être considérée dans le contexte de la maladie ou de l'affection du patient et des symptômes afférents. Ce critère est rempli lorsqu'il n'y a pas de réelle possibilité de traitement curatif ou palliatif pour soulager les souffrances, et rejoint par là le critère de l'absence d'autre solution raisonnable pour supprimer ou diminuer les souffrances du patient (article 2, paragraphe 1, sous d, de la loi WTL).

> voir aussi paragraphe 3.5.

Les patients utilisent parfois cette expression pour indiquer que le fait qu'aucune amélioration de leur état n'est possible rend leurs souffrances insupportables et que c'est pour cela qu'ils souhaitent y mettre fin. L'absence de perspective d'amélioration ressentie par le patient contribue ainsi au caractère insupportable des souffrances.

Souffrances insupportables

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, ce qui implique qu'il se projette non seulement dans la situation de ce dernier mais aussi dans sa perspective.

Un élément déterminant des souffrances du patient peut aussi être l'angoisse qu'il éprouve devant la dégradation à venir de sa santé : augmentation de la douleur, progression de la déchéance, suffocation ou nausées, mais aussi survenue d'un état qui porte atteinte aux valeurs qu'il considère comme essentielles, telles l'indépendance et la dignité. Les souffrances du patient sont donc liées à sa prise de conscience que sa situation ne fera que s'aggraver et que les valeurs et les conditions de

vie auxquelles il est attaché sont menacées. Tel est le cas pour les personnes atteintes de cancer, mais aussi pour les patients souffrant d'affections dégénératives comme la SLA, la SEP, la démence et la maladie de Parkinson.

SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION : POINTS À CONSIDÉRER

- Les souffrances doivent avoir un fondement médical.
- Les souffrances peuvent être dues à l'accumulation de maux physiques et psychiques.
- Les souffrances peuvent être dues à des polyopathologies.
- Les souffrances peuvent être dues à une accumulation de pathologies gériatriques.
- Absence de perspectives d'amélioration : il n'existe pas de réelle possibilité de traitement curatif ou palliatif pour soulager les souffrances (cf. également le paragraphe 3.5).
- Caractère insupportable des souffrances : l'appréciation doit être faite pour chaque patient individuel (en fonction de sa vie et de son histoire médicale, de sa personnalité, des valeurs auxquelles il est attaché et de sa résistance). Le médecin peut appréhender les souffrances du patient.
- L'angoisse devant la déchéance à venir peut participer au caractère insupportable des souffrances.
- Le patient ressent les souffrances.

3.4. Information du patient

Le médecin doit avoir informé le patient de sa situation et de ses perspectives. Une demande mûrement réfléchie au sens de l'article 2, paragraphe 1, sous a, de la loi WTL, n'est possible que si le patient est bien renseigné sur son état de santé (maladie, diagnostic, pronostic, possibilités de traitement). Les commissions examinent si le médecin a fourni suffisamment d'informations au patient. Le médecin doit s'assurer que le patient dispose de données suffisantes et qu'il les a comprises. Il ne doit pas partir du principe que c'est le cas, même si dans le processus qui a précédé la demande, d'autres médecins que lui sont intervenus auprès du patient.

S'il souffre d'une maladie de longue durée, le patient sera en général bien informé de sa situation et de ses perspectives et aura peut-être déjà abordé à plusieurs reprises le sujet de l'euthanasie. Mais il se peut aussi que le médecin soit surpris par la demande du patient. Il est alors capital qu'il s'assure que le patient a pris connaissance de toutes les informations pertinentes, vu le caractère radical de la demande d'euthanasie et de la décision afférente.

INFORMATION DU PATIENT : POINTS À CONSIDÉRER

- Le patient a été informé de son état de santé et de ses perspectives.
- Le médecin établit que le patient a compris les informations fournies.

3.5. Absence d'une autre solution raisonnable

Le médecin doit, avec le patient, acquérir la conviction qu'il n'existe aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouve. Ce critère, qui s'inscrit dans la ligne de celui de

l'absence de perspective d'amélioration, est lié au caractère radical et irréversible de l'euthanasie. S'il existe des moyens moins radicaux de réellement diminuer ou supprimer les souffrances, le médecin se doit de les utiliser.

La question de l'existence d'autres solutions raisonnables doit être considérée dans le contexte du diagnostic et du pronostic établis. Dans le cas où le médecin ne dispose pas de l'expertise nécessaire pour apprécier si de telles alternatives existent, il doit soit rechercher si des collègues spécialisés dans le domaine concerné ont participé au traitement, soit consulter un collègue plus compétent dans ledit domaine. Son rapport devra montrer qu'il a suivi cette démarche.

Ce critère de rigueur s'appuie sur la conviction partagée du médecin et du patient. Le ressenti et les souhaits de ce dernier sont donc au cœur de la réflexion. Les solutions autres que l'euthanasie (qui peuvent aussi être d'ordre non médical) doivent impliquer une diminution ou suppression réelle des souffrances et être pour le patient une voie raisonnable, présentant plus d'avantages que d'inconvénients. Une alternative est considérée comme raisonnable si les bénéfices qu'elle permet d'obtenir sont supérieurs aux désagréments qu'elle engendre. L'amélioration visée doit se manifester à court terme, compte tenu de l'espérance de vie du patient. Pour évaluer les aspects négatifs, il convient de prendre en compte la situation du patient concerné : le nombre de traitements subis, les effets secondaires à envisager, le stade de sa maladie, son âge, son état médical et sa résistance physique et psychique. Il n'est pas nécessaire d'essayer toutes les possibilités existantes. Parfois, « assez, c'est assez ».

D'une façon générale, une intervention longue et lourde produisant une amélioration limitée ne constitue pas une « autre solution raisonnable ». Pour obtenir une telle qualification, l'intervention ou le traitement doit considérablement diminuer voire supprimer les souffrances pendant une période relativement longue. Un patient capable d'exprimer sa volonté en la matière sera bien entendu en droit de refuser une telle intervention, au risque toutefois de se voir alors refuser l'euthanasie.

Chez un patient en fin de vie, les soins palliatifs occupent une place centrale. Cependant, le patient peut avoir de bonnes raisons de les refuser, par exemple parce qu'il ne veut pas sombrer dans la somnolence ou perdre conscience. Il est capital que le médecin informe correctement le patient sur les avantages et les inconvénients du traitement palliatif, sachant qu'en fin de compte c'est le patient qui décide d'y faire appel ou non.

Une autre solution est donc raisonnable si :

- a. elle entraîne une diminution substantielle des souffrances du patient ;
- b. ses effets sont sensibles dans un délai raisonnable ;
- c. la balance entre les avantages et les inconvénients (son effet positif par rapport aux désagréments causés) est acceptable.

Le patient joue un rôle central dans l'appréciation du caractère « raisonnable » d'une solution.

Dans son rapport à la commission, le médecin doit indiquer si des solutions autres que l'euthanasie étaient possibles, comment il les a examinées avec son patient et pourquoi ce dernier ne les a pas estimées raisonnables.

ABSENCE D'UNE AUTRE SOLUTION RAISONNABLE : POINTS À CONSIDÉRER

- Point de vue partagé entre médecin et patient.
- Autre solution raisonnable : impact réel sur les souffrances, effet à court terme prolongé sur une période relativement longue, rapport favorable entre avantages et inconvénients.
- Apprécier les désagréments pour le patient en tenant compte de sa situation spécifique.
- Le refus par le patient d'une autre solution raisonnable peut entraîner le rejet de la demande d'euthanasie.
- De façon générale, le refus par le patient de la sédation palliative n'empêche pas d'accéder à la demande d'euthanasie.

3.6. Indépendance du consultant

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 a à d mentionnés aux paragraphes 3.2 à 3.5. La loi WTL ne prescrit pas que le consultant se prononce sur la rigueur médicale avec laquelle l'euthanasie est pratiquée (critère f, traité ci-après au paragraphe 3.7.). Si besoin, il peut cependant conseiller le médecin sur ce point.

Le consultant émet un avis indépendant quant au respect des quatre premiers critères de rigueur (a à d) et en informe le médecin par écrit. Cette consultation a pour but de favoriser un processus décisionnel aussi scrupuleux que possible. Elle permet en effet au médecin de s'assurer que tous les critères de rigueur sont respectés et de faire le point sur la demande d'euthanasie avant de prendre une décision définitive. Le médecin doit prendre connaissance du compte rendu du consultant et en tenir compte dans ses considérations concernant la demande d'euthanasie. Pour la commission aussi, le compte rendu joue un rôle essentiel dans l'appréciation du respect de tous les critères de rigueur. Les commissions tiennent à ce que le médecin qui effectue l'euthanasie consulte un confrère indépendant. Lorsqu'il ne le fait pas, il doit s'en expliquer dans son rapport.

Il arrive que le patient soit suivi par plusieurs médecins qui travaillent ensemble, et que l'un d'entre eux demande la consultation tandis qu'un autre effectue ensuite l'euthanasie. Dans ce cas, le médecin qui doit pratiquer l'euthanasie prend au préalable contact avec le consultant afin de l'en informer et de vérifier avec lui leur indépendance mutuelle. Le médecin pratiquant l'euthanasie doit prendre connaissance du compte rendu du consultant et en tenir compte dans ses considérations concernant la demande d'euthanasie.

Le rôle du consultant n'est pas de juger le médecin, ni de lui donner une « autorisation ». Il doit émettre son propre jugement concernant le respect des critères de rigueur et informer le médecin par écrit de son avis motivé.

Le consultant indépendant est de préférence un médecin du SCEN. Le SCEN (soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas) est un programme élaboré par la KNMG. Les médecins du SCEN sont formés par la KNMG et peuvent immédiatement être contactés pour émettre un avis compétent et indépendant dans le cadre d'une demande d'euthanasie. Ils fournissent aussi soutien et informations. Tous les médecins peuvent faire appel à un confrère du SCEN. La KNMG a publié en 2023 une directive destinée aux médecins intitulée *Soutien et consultation en cas d'euthanasie (Steun en consultatie bij euthanasie)*. Le médecin a tout intérêt à ce que les comptes rendus de consultation soient complets et de bonne qualité. C'est pourquoi le SCEN a élaboré une liste de contrôle pour la rédaction du compte rendu de consultation. La KNMG a également rédigé un

modèle de compte rendu pour les médecins du SCEN (2023). Tous ces documents se trouvent sur le site du SCEN (www.scen.nl). Les médecins du SCEN se réunissent au sein d'un groupe régional visant à garantir la qualité par le biais de l'intervision.

Besoin d'information du médecin à un stade précoce

Conformément à la loi WTL, le médecin demande à un consultant indépendant de lui fournir son avis sur le respect des critères de rigueur mentionnés à l'article 2, paragraphe 1, sous a à d, de cette loi (demande, souffrances, information, autres solutions). Cette démarche n'est en général effectuée qu'au moment où le médecin envisage de pratiquer l'euthanasie.

Mais il se peut aussi qu'il ait des interrogations avant de lancer réellement la procédure d'euthanasie. Il peut alors faire appel à un médecin du SCEN (puisque, comme son nom l'indique, l'organisation s'est donné pour mission d'apporter son soutien) ou demander conseil à l'un de ses collègues ou à un consultant du Centre d'expertise sur l'euthanasie. Ses questions pourront porter sur le processus même (quelle est la marche à suivre ?) si son expérience est insuffisante en la matière, ou sur des aspects en rapport direct avec le patient (y a-t-il lieu de faire examiner son aptitude à exprimer sa volonté ? Existe-t-il d'autres traitements possibles ?). Une telle démarche ne saurait être considérée comme une consultation telle que prévue par la loi. Il s'agit d'une demande d'avis en prélude à cette consultation.

Responsabilité du médecin par rapport au consultant

Avant de prendre la décision définitive de réaliser l'euthanasie, le médecin doit prendre connaissance du compte rendu du consultant et lui accorder un poids certain. En cas de divergence d'opinion entre les deux praticiens, le médecin peut décider de donner tout de même suite à la demande de son patient, décision qu'il lui faudra cependant motiver en présentant sa réflexion sur les arguments avancés par le consultant. Il a également la possibilité de s'adresser à un autre consultant, étant entendu qu'il ne doit pas répéter cette manœuvre jusqu'à ce qu'il ait trouvé celui qui partage son point de vue²². S'il a fait appel à plusieurs consultants, le médecin doit fournir tous leurs comptes rendus à la commission, par l'intermédiaire du médecin légiste.

Le médecin a tout intérêt à ce que les comptes rendus de consultation soient complets et de bonne qualité. Cette dernière laisse parfois à désirer, parce que le consultant n'a pas examiné tous les critères de rigueur, qu'il n'a pas suffisamment motivé ses conclusions ou que le rapport contient des informations contradictoires. C'est le cas par exemple si le consultant estime que les souffrances du patient ne sont pas encore insupportables ou que sa demande n'est pas encore concrète et conclut cependant au respect de tous les critères de rigueur. Si le compte rendu du consultant ne présente pas la qualité requise, le médecin doit lui demander de le modifier en se référant si nécessaire aux directives rédigées par la KNMG et le SCEN concernant les responsabilités et le rapport du consultant. Si la nouvelle version n'est toujours pas de qualité satisfaisante, le médecin devra s'adresser à un autre consultant.

Indépendance du consultant

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. Aussi est-il important que le consultant et le médecin explicitent leur relation mutuelle dans leurs rapports respectifs et que le consultant précise sa relation avec le patient dans son compte rendu.

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

²² Cf. l'article 4.3 de la directive de la KNMG susmentionnée.

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 dont le médecin demandeur est lui-même patient ou thérapeute²³.

Une relation d'influence peut également être supposée si les deux praticiens agissent régulièrement en qualité de consultant l'un de l'autre ou si, préalablement à la mise en œuvre de l'euthanasie, le médecin du SCEN a apporté un soutien autre que le simple conseil ou l'information. Le fait de se fréquenter dans la sphère privée peut aussi soulever des questions quant à l'indépendance des praticiens l'un à l'égard de l'autre. Le fait que les deux praticiens se connaissent, par exemple pour avoir participé au même groupe d'analyse des pratiques professionnelles, ne pose pas problème en soi. Lorsqu'ils font partie du même groupe de médecins se remplaçant mutuellement, l'indépendance du consultant dépendra des circonstances. Quoi qu'il en soit, il importe que médecin et consultant soient conscients des complications qui peuvent résulter de telles situations et s'expliquent à ce sujet de façon étayée dans le rapport.

S'agissant de l'indépendance du consultant *par rapport au patient*, cela suppose notamment l'absence de toute relation familiale ou amicale entre eux et que le consultant ne soit pas impliqué dans le traitement du patient ou ne l'ait pas été au cours d'une période récente. Le fait que le consultant ait vu le patient dans le cadre d'un remplacement ne pose pas nécessairement problème. Tout dépend de la nature du contact entre consultant et patient et du moment auquel il a eu lieu.

Double euthanasie

La double euthanasie requiert une attention particulière, aussi bien de la part du médecin que du consultant. Voir paragraphe 4.3.

Compétence du consultant

Les commissions préfèrent que le consultant soit un médecin choisi au hasard sur les listes de garde fournies par le SCEN. Le consultant est généralement assez compétent pour pouvoir juger du cas qui lui est soumis. S'il a des doutes à cet égard, il doit considérer la question avec le médecin.

Il peut arriver qu'en complément de l'avis du consultant du SCEN le médecin demande celui d'un spécialiste (psychiatre, gériatre, etc.) pour bien évaluer le respect des critères de rigueur, en particulier la capacité du patient à exprimer sa volonté, ainsi que l'absence de perspective d'amélioration et d'autre solution raisonnable. Cela se produit notamment lorsqu'il est question de troubles psychiques, de démence ou de handicap mental, mais parfois aussi indépendamment de ces pathologies (par exemple si le médecin a des raisons de douter de la capacité du patient à exprimer sa volonté).

> pour la consultation d'un spécialiste dans les cas de patients atteints de troubles psychiques, de démence ou de handicap mental, voir les paragraphes 4.1 et 4.4 à 4.6.

Principe : le consultant voit le patient et lui parle

La loi prévoit que le consultant voie le patient²⁴. Dans la grande majorité des cas, il lui parle également. Il importe que ce soit sans la présence de tiers. Il peut arriver qu'au moment de la visite du consultant, le patient ne soit plus en état de s'entretenir avec lui. S'il estime que cette situation risque de survenir, le médecin doit s'efforcer d'avancer la date de la visite du consultant, se

²³ Voir les jugements 2020-151 et 2021-71 (consultant inscrit comme patient du médecin qui réalise l'euthanasie) sur le site internet des RTE.

²⁴ « Voir le patient » signifiera en général « lui rendre visite ». Cela peut poser des problèmes aux Pays-Bas caraïbes, auquel cas il sera possible d'opter pour un entretien vidéo par internet.

réservant la possibilité de prendre plus tard contact avec lui par téléphone. Si, lors de sa visite, la communication avec le patient n'est plus possible, le consultant doit fonder son jugement sur tous les faits et circonstances disponibles et pertinents, ainsi que sur les informations fournies par le médecin et, éventuellement, la famille et le personnel soignant. La loi n'exige donc pas que le consultant puisse communiquer (verbalement ou non) avec le patient. C'est ce qui découle de la possibilité légale de pratiquer l'euthanasie dans les cas où le patient ne peut plus communiquer mais a antérieurement rédigé un testament de vie.

> pour le testament de vie, voir le paragraphe 4.1.

> pour le coma et l'état de conscience minimale, voir le paragraphe 4.8.

Il arrive que le consultant rende visite au patient peu de temps avant la mise en œuvre de l'euthanasie, voire le jour du décès. Cela peut s'imposer au vu de la situation du patient, notamment en cas de dégradation soudaine et grave de son état. Le rapport du médecin doit alors mentionner qu'il a pris connaissance des conclusions du consultant avant de pratiquer l'euthanasie.

Seconde consultation

Il n'est pas rare qu'il s'écoule un certain temps entre la visite du consultant et l'euthanasie. Dans la plupart des cas, cela ne pose pas problème. La loi WTL ne fait pas mention de la « durée de validité » du compte rendu du consultant. D'une façon générale, le rapport garde sa valeur tant que la situation du patient ne change pas notablement et que la maladie évolue comme prévu, les délais envisagés s'exprimant plutôt en termes de jours ou de semaines que de mois. Plus le laps de temps entre la visite du consultant et la mise en œuvre de l'euthanasie s'allonge, plus il devient nécessaire que les praticiens reprennent contact ; l'absence de nouvel entretien suscitera des questions de la part des commissions. Une seconde visite du consultant sera peut-être nécessaire. Un entretien téléphonique entre médecin et consultant ou entre consultant et patient pourra parfois suffire. Il est impossible de donner des normes strictes à cet égard. Cela est laissé à l'appréciation du médecin, compte tenu des conclusions du consultant et de l'évolution de la maladie après la visite de ce dernier. Il lui faudra toutefois expliquer sa décision à la commission.

Il arrive régulièrement qu'au moment de la visite du consultant le patient n'ait pas encore formulé de demande concrète d'euthanasie et que ses souffrances soient encore à la limite du supportable. Le consultant conclura alors que les critères de rigueur ne sont pas tous remplis. Dans certains cas, il peut indiquer de façon assez précise à quel moment ils le seront étant donné l'évolution qu'il prévoit. Un entretien téléphonique avec le médecin peut là aussi généralement suffire lorsque la demande d'euthanasie devient concrète et les souffrances insupportables. Si la situation est moins claire, le consultant doit normalement se rendre à nouveau auprès du patient. Dans certains cas, un entretien téléphonique peut suffire.

Une seconde visite sera en principe nécessaire dans les cas suivants :

- si le consultant a vu le patient à un stade précoce de la maladie et a alors conclu que ses souffrances n'étaient pas encore insupportables ;
- si le consultant a jugé que les critères de rigueur étaient respectés, mais qu'il s'est écoulé un important laps de temps entre la consultation et la mise en œuvre de l'euthanasie ou que la maladie a évolué dans un sens imprévu au moment de la rédaction de son compte rendu.

Si le médecin ne peut joindre le confrère ayant effectué la première visite, il pourra faire appel à un autre consultant, qui devra en principe voir lui-même le patient et si possible lui parler. Le consultant doit rédiger un compte rendu de cette seconde visite qui sera éventuellement joint en annexe à celui de la première consultation.

Les commissions et le consultant

Les commissions contrôlent les actes du médecin ayant pratiqué l'euthanasie, non ceux du consultant²⁵. Ce dernier peut toutefois être appelé à répondre aux questions de la commission, par écrit ou lors d'un entretien.

Lors d'une concertation annuelle, les RTE, la KNMG et le SCEN se penchent sur la qualité générale des consultants et de leurs comptes rendus.

INDÉPENDANCE DU CONSULTANT : POINTS À CONSIDÉRER

- Demander l'avis d'un confrère sur un aspect particulier ne constitue pas une consultation au sens de la loi
- Consultation formelle : le consultant doit être indépendant
- Le consultant doit en principe voir le patient et s'entretenir avec lui ; si la communication n'est pas possible, le « voir » peut suffire
- Dans certaines circonstances, notamment en cas d'intervalle important, il peut s'avérer nécessaire de prévoir une seconde consultation (éventuellement avec un autre consultant, si le premier n'est pas disponible)
- Le compte rendu du consultant examine explicitement les critères de rigueur visés à l'article 2, paragraphe 1, points a à d, de la loi WTL
- Avant de pratiquer l'euthanasie, le médecin prend connaissance du compte rendu du consultant et tient largement compte de l'avis de ce dernier.

3.7. Rigueur médicale

L'euthanasie doit être effectuée avec la rigueur médicale requise, ce qui recouvre notamment le choix des produits à utiliser et leur dosage, ainsi que la vérification de l'état de conscience minimale du patient induit par la médication. 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]*. Ce document donne aux médecins et aux pharmaciens des conseils pour une pratique appropriée et efficace de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Il indique les produits à privilégier ainsi que ceux dont l'usage est déconseillé.

Généralités

Dans la suite de ce paragraphe, il est important de faire la distinction entre interruption de la vie sur demande (le médecin administre les produits) et aide au suicide (le patient avale lui-même les produits que lui a remis le médecin). Certaines normes s'appliquent aux deux situations. Il est ainsi important que le médecin donne dans son rapport des indications sur les produits utilisés, leur dosage et leur mode d'administration, ainsi que sur la durée de la procédure. Conformément à la directive, il doit disposer d'un deuxième jeu de produits et des instruments nécessaires à leur administration, au cas où il y aurait un problème avec le premier. Le médecin ne doit en aucun cas laisser le produit euthanasiant sans surveillance chez le patient avant la mise en œuvre de l'interruption de vie sur demande ou de l'aide au suicide. Il faut en effet éviter que le patient ou des tiers ne l'absorbent ou ne l'administrent en l'absence du médecin. Aux fins de la contrôlabilité, tous les produits doivent être administrés au patient par un seul et même médecin.

²⁵La KNMG a mis en place une commission chargée d'examiner les plaintes visant les médecins du SCEN.

Interruption de la vie sur demande :

Ordre d'administration des produits et dosage

Pour l'interruption de la vie sur demande, la directive préconise d'administrer par voie intraveineuse un inducteur de coma, suivi d'un myorelaxant. Elle précise les produits à utiliser ainsi que leur dosage. Si le médecin ne suit pas ces recommandations, il devra motiver solidement sa décision. Il lui est conseillé d'expliquer d'abord l'effet des produits au patient et à sa famille. Il importe de satisfaire les souhaits du patient, pour autant qu'ils sont compatibles avec les exigences de la directive.

Interruption de la vie sur demande :

vérification correcte de l'état de conscience minimale du patient

Le myorelaxant ne doit pas être administré avant que le patient ait atteint un état de conscience minimale, car il pourrait sinon en ressentir les effets défavorables. Il importe donc que le médecin vérifie correctement le niveau de conscience du patient avant d'administrer le produit myorelaxant. Il doit répondre à la question correspondante dans le modèle de rapport.

Les RTE estiment que la vérification correcte de l'état de conscience minimale doit se baser sur l'absence de réflexes protecteurs, tels que le réflexe ciliaire ou cornéen, ou de réaction à un stimulus douloureux²⁶ (forte pression sur la matrice unguéale au niveau de doigt ou pincement du trapèze).

En cas de doute, les commissions demanderont un complément d'information sur le degré de baisse de conscience du patient et la façon dont le médecin l'a établi.

Interruption de la vie sur demande :

recommencer la procédure si elle ne se déroule pas comme prévu

Si la mise en œuvre de l'euthanasie ne se déroule pas comme prévu, le médecin doit reprendre entièrement la procédure. Cela signifie qu'il doit poser une nouvelle perfusion et administrer à nouveau tous les produits. C'est ce que prescrit la directive.

L'administration de l'inducteur de coma ne doit pas durer plus de cinq minutes, de sorte à atteindre le pic de concentration voulu dans le cerveau sans dispersion dans le reste du corps. En principe, le myorelaxant doit être injecté immédiatement après l'administration de l'inducteur de coma et la constatation de l'état adéquat de conscience minimale. Si la perfusion fonctionne correctement, l'état adéquat de conscience minimale intervient rapidement après l'administration de l'inducteur de coma et la respiration s'arrête peu de temps après l'injection du myorelaxant. Si l'état adéquat de conscience minimale n'intervient pas dans les 10 minutes suivant l'administration de l'inducteur de coma ou que la respiration ne s'arrête pas dans les 10 minutes suivant l'injection du myorelaxant, c'est que le produit s'est probablement infiltré dans les tissus environnant la veine (ce qui ne se manifeste pas toujours sous forme d'un renflement visible) ou que la perfusion s'est délogée lors de l'administration de l'inducteur de coma. Dans les deux cas, le médecin doit reprendre entièrement la procédure afin d'éviter que le patient ressente l'action du myorelaxant (sensation d'étouffement).

Reprendre la procédure signifie systématiquement : poser un nouveau cathéter de perfusion, administrer l'inducteur de coma et, une fois l'état adéquat de conscience minimale établi, injecter le myorelaxant. C'est la raison pour laquelle le médecin pratiquant l'euthanasie doit toujours disposer d'un kit de réserve contenant tous les produits et instruments nécessaires. Lorsqu'un kit de réserve est entamé en raison de problèmes lors de la mise en œuvre, il faut donc toujours commencer par poser un nouveau cathéter de perfusion. Attention : même dans le cas où seul le myorelaxant semble ne pas avoir l'effet voulu, il n'est pas suffisant de contrôler à nouveau le coma et d'administrer un nouveau myorelaxant. Le risque existe en effet que le patient, sous l'action du

²⁶ Pour les proches, la provocation d'un stimulus douloureux peut être poignante.

myorelaxant, ne réagisse pas au contrôle du coma ou ne soit pas en mesure de le faire, alors qu'il est encore conscient.

En cas de mise en œuvre difficile, il n'y a pas de règles précises qui permettent de déterminer si la rigueur médicale a ou non été respectée. Dans les situations délicates où la directive susmentionnée n'a pas été suivie (et qu'il n'y a pas eu pose d'une nouvelle perfusion pour injecter l'inducteur de coma²⁷), les RTE basent en tout cas leur contrôle sur la norme générale d'un délai maximum de 30 minutes²⁸ entre l'administration de l'inducteur de coma et celle du myorelaxant conduisant au décès. Cela vaut aussi dans le cas où le médecin a correctement contrôlé l'état de conscience minimale. Il reste en effet possible que le patient soit conscient lors de l'administration du myorelaxant, sans que cela soit visible pour le médecin.

Interruption de la vie sur demande :

mise en œuvre par le médecin lui-même

Le médecin n'est pas autorisé à faire administrer le produit euthanasiant par un membre de la famille du patient ou un tiers, par exemple à l'aide d'une sonde GEP et ce, même en sa présence. Il doit effectuer lui-même tous les actes de la procédure et n'est pas autorisé à les déléguer par exemple au personnel infirmier ni à un confrère. Cela implique également que le médecin reste auprès du patient jusqu'au décès et durant toute la concertation avec le médecin légiste²⁹.

Aide au suicide :

produits et dosage

Pour l'aide au suicide, le médecin remet au patient un produit (un barbiturique) pour qu'il l'absorbe. Les deux phases évoquées pour l'interruption de la vie sur demande (provoquer l'état de conscience minimale du patient avant d'administrer un myorelaxant) n'interviennent pas ici. Le médecin doit toutefois commencer par donner à son patient un médicament prévenant les nausées et les vomissements. La nature et le dosage des produits à utiliser pour l'aide au suicide sont précisés dans la directive.

Aide au suicide :

le médecin reste à proximité immédiate du patient

Le médecin peut quitter la pièce après que le patient a absorbé le produit euthanasiant, si ce dernier le souhaite. Il doit cependant rester à proximité immédiate pour pouvoir intervenir rapidement en cas de complications, par exemple si le patient vomit la solution buvable de barbiturique, amenant le médecin à procéder à l'interruption de la vie. Il est également possible que le patient ne décède pas après l'absorption du barbiturique, auquel cas le médecin devra aussi, après un certain temps, procéder à l'interruption de la vie. Le médecin doit évoquer une telle situation lors des entretiens préparatoires avec le patient et sa famille et fixer avec ce dernier un délai au-delà duquel il engagera la procédure d'interruption de la vie. Il doit se préparer à cette éventualité en posant préalablement un cathéter de perfusion sur le patient et en se munissant des produits nécessaires à l'interruption de la vie. Après l'aide au suicide, le médecin reste auprès du patient jusqu'au décès et durant toute la concertation avec le médecin légiste³⁰.

²⁷ Voir le communiqué de presse des RTE et de la KNMG/KNMP à l'intention des médecins : recommencer la procédure de mise en œuvre de l'euthanasie si elle ne se déroule pas comme prévu | KNMG.

²⁸ Norme basée sur l'opinion d'experts.

²⁹ Voir le jugement 2021-81 sur le site internet des RTE, cas dans lequel le médecin a quitté le patient après l'administration partielle de l'euthanasiant pour chercher une seringue de réserve, laissant le myorelaxant à portée de main du patient et de sa famille.

³⁰ Voir le jugement 2019-57 sur le site internet des RTE, cas dans lequel le médecin est parti après l'absorption du barbiturique par le patient mais avant son décès.

Relation entre le médecin et le pharmacien.

La responsabilité d'une mise en œuvre conforme à la rigueur médicale requise incombe au médecin, dont les actes sont soumis au jugement de la commission. La responsabilité du pharmacien concerne, le cas échéant, la préparation et l'étiquetage des solutions injectables ou buvables. Le médecin se doit de contrôler que les produits qui lui ont été fournis sont adéquats et que leur dosage est correct.

Il importe que le pharmacien dispose du temps nécessaire pour les décisions concernant les aspects pharmaceutiques de la procédure, tels que le choix des produits et de la méthode utilisés. Le médecin doit donc se mettre en contact avec lui à un stade suffisamment précoce de la procédure.

Les pharmaciens, pas plus que les médecins, ne sont tenus d'apporter leur concours à la pratique d'une euthanasie.

RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE D'INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE : POINTS À CONSIDÉRER

- Étapes successives de la procédure :
 - administration par le médecin de l'inducteur de coma
 - vérification correcte de l'état de conscience minimale du patient
 - administration du myorelaxant par le médecin
- Le médecin reste présent jusqu'à ce qu'il ait constaté le décès, que le médecin légiste soit venu et que leur concertation soit achevée.
- Produits, dosage, mode d'administration et vérification correcte de l'état de conscience minimale : cf. la directive de 2021 de la KNMG/KNMP.
- Le médecin s'est muni d'un deuxième jeu de produits intraveineux et des instruments nécessaires à leur administration.
- Recommencer la procédure si elle ne se déroule pas comme prévu. C'est-à-dire : poser une nouvelle perfusion, administrer l'inducteur de coma et, une fois l'état adéquat de conscience minimale établi, injecter le myorelaxant.

RIGUEUR MÉDICALE LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'AIDE AU SUICIDE : POINTS À CONSIDÉRER

- Étapes successives de la procédure :
 - information du patient et de la famille sur le déroulement de l'intervention et l'éventualité d'une interruption de la vie
 - pose d'un cathéter de perfusion et administration d'un antiémétique
 - remise de la solution buvable de barbiturique par le médecin lui-même
- le médecin reste présent ou à proximité immédiate jusqu'à ce qu'il ait constaté le décès, que le médecin légiste soit venu et que leur concertation soit achevée.
- Produits, dosage et mode d'administration : cf. la directive de 2021 de la KNMG/KNMP.
- Le médecin s'est muni d'un deuxième jeu de produits intraveineux et des instruments nécessaires à leur administration.

4. Aspects particuliers

4.1. Testament de vie

Selon l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL, un patient capable d'exprimer sa volonté en matière d'euthanasie peut faire une déclaration écrite dans laquelle il formule sa demande (ci-après : testament de vie). Si, par la suite, il n'est plus en état de faire savoir quelle est sa volonté (par exemple en raison du stade avancé de la démence ou d'un état de conscience minimale), le médecin est en droit de considérer ce testament de vie comme la demande visée à l'article 2, paragraphe 1, sous a, de la loi WTL, ce qui lui donne le même statut qu'une requête orale³¹.

La loi ne limite pas la durée de validité du testament de vie ni n'exige qu'il soit régulièrement actualisé. Cependant, plus le temps passe, plus la question se pose de savoir si son contenu reflète toujours la volonté réelle du patient. Aussi aura-t-il davantage de valeur si le patient l'a actualisé ou en a confirmé oralement la teneur après sa rédaction. Il importe donc que le testament de vie décrive de façon aussi détaillée que possible les circonstances concrètes dans lesquelles l'interruption de la vie est souhaitée. Il est de la responsabilité du patient d'examiner son testament de vie avec le médecin lors de sa rédaction et de son actualisation, information que ce dernier devra consigner dans le dossier médical. Il est recommandé que le patient soumette son testament de vie au médecin afin que celui-ci puisse le joindre au dossier médical. La forme de ces directives anticipées est libre en ce sens que le patient la rédige à sa guise. Une déclaration personnelle, dans laquelle il s'exprime avec ses propres mots, pèsera généralement davantage qu'un formulaire préimprimé. Il n'est pas nécessaire que le patient fasse établir ce testament de vie par un notaire.

Critères de rigueur applicables par analogie

L'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL stipule qu'en cas de testament écrit, les critères de rigueur énumérés au paragraphe 1 s'appliquent par analogie, ce qui signifie, suivant la genèse de la loi, « pour autant que réellement applicables dans la situation donnée³² ». Autrement dit : le médecin doit les considérer à l'aune de la particularité du cas concerné. Il doit tenir compte des circonstances spécifiques, comme le fait que la communication avec le patient n'est plus possible et qu'aucune question ne peut plus lui être posée. En général, le médecin aura eu des contacts avec lui lorsqu'il était encore capable d'exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Les informations orales qu'il aura alors recueillies lui seront particulièrement précieuses au moment où le testament de vie entrera en ligne de compte.

Lorsque l'euthanasie est pratiquée sur la base du testament de vie, les critères de rigueur s'appliquent par analogie. Il importe de considérer les points suivants :

- a. Le médecin doit avoir la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie

Le médecin doit avoir acquis la conviction que lorsque le patient a rédigé son testament de vie il l'a fait de façon volontaire et mûrement réfléchie. Il devra pour cela s'appuyer sur sa propre évaluation du dossier médical et de la situation concrète du patient. Faute de pouvoir vérifier verbalement les volontés du patient, la concertation avec les autres intervenants entretenant ou ayant entretenu une relation thérapeutique avec le patient et la concertation avec la famille et les proches constituent aussi une source d'information importante.

³¹ Cf. la lettre de la ministre de la Santé, du Bien-être et des Sports du 4 juillet 2014 concernant le testament de vie dans les cas d'euthanasie.

³² Tels sont les termes de l'exposé des motifs de l'amendement qui a conduit à l'introduction de la phrase sur l'application par analogie dans l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL (documents parlementaires II, 26691, n° 35).

Le médecin doit aussi s'assurer que la situation actuelle du patient entre dans le cadre de la situation décrite dans le testament de vie. Cela suppose de saisir tout d'abord la teneur de ce document, la lecture du médecin devant viser à dégager les intentions du patient. Le médecin ne doit pas seulement s'en tenir à la formulation littérale de la demande mais aussi considérer toutes les circonstances du cas concerné. Il y a donc une marge d'interprétation du testament de vie. Les imprécisions ou contradictions essentielles susceptibles d'apparaître dans ce document peuvent cependant conduire à ne pas donner suite à la demande.

Le testament de vie doit en tout cas indiquer que le patient souhaite une euthanasie dans la situation où il ne serait plus capable d'exprimer sa volonté à ce propos. Pour que la demande puisse être honorée même en l'absence de souffrances insupportables dues à sa pathologie physique, il doit en outre ressortir du testament de vie que le patient considère comme insupportables les probables souffrances psychiques dues à ladite situation et que cela motive sa demande.

Le médecin devra juger si des éléments font obstacle à la mise en œuvre de l'euthanasie. Si ces éléments datent de la période durant laquelle le patient était encore apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, ils peuvent être considérés comme annulant ou modifiant le testament de vie antérieurement rédigé. Il est alors exclu de pratiquer l'euthanasie. Si ces éléments datent de la période durant laquelle le patient n'était plus apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie (par exemple en raison d'une démence avancée), ils ne seront pas considérés comme annulant ou modifiant le testament de vie antérieurement rédigé. Le médecin peut par contre les considérer comme des indicateurs pertinents, en parallèle avec l'ensemble de la pathologie et du comportement du patient, pour l'évaluation de l'état physique et mental actuel de ce dernier. Selon cet état, le médecin peut conclure que la situation envisagée par le patient lors de la formulation de sa demande n'est pas d'actualité. C'est par exemple le cas lorsque des signaux verbaux clairs ou le comportement habituel du patient ne correspondent pas à la teneur de la demande. L'examen par le médecin de circonstances pouvant dénoter des éléments faisant obstacle à la mise en œuvre de l'euthanasie est également important pour évaluer le caractère insupportable des souffrances.

Le médecin doit s'efforcer de communiquer avec le patient, notamment à propos de son souhait d'euthanasie. Le médecin n'est pas tenu de s'informer du souhait actuel (vivre ou mourir) d'un patient qui n'est plus apte à exprimer sa volonté en la matière. Cette exigence n'est pas prévue par la loi. La situation spécifique d'un patient qui n'est plus apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie implique qu'il n'est plus possible de vérifier verbalement son souhait ni ses souffrances. L'exigence d'une vérification remettrait le testament de vie en cause. Or la demande écrite d'euthanasie est justement prévue pour le cas où la personne qui l'a rédigée n'est plus apte à exprimer sa volonté en la matière.

b. Le médecin doit avoir la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration

Au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie, le médecin doit avoir la conviction que les souffrances du patient sont insupportables³³. Celles-ci doivent être actuelles et peuvent être provoquées par des causes physiques mais aussi par la situation même dans laquelle il se trouve et que son testament de vie décrit comme source de souffrances insupportables, et elles peuvent être appréhendées à travers le comportement habituel du patient. Le seul fait que le patient se trouve dans la situation décrite dans son testament de vie ne suffit pas à conclure qu'il éprouve actuellement des souffrances insupportables. Le médecin devra toujours établir de façon minutieuse et vérifiable le caractère actuel des souffrances insupportables du patient. Cela exige une évaluation minutieuse de l'état effectif du patient à partir de toutes les circonstances concrètes. Le médecin

³³ Pour une exception à la règle selon laquelle le patient doit ressentir des souffrances, voir le paragraphe 4.8.

devra répondre à la question du caractère des souffrances sur la base de ses conclusions quant à l'état actuel du patient. Il peut pour cela s'appuyer sur sa propre évaluation du dossier médical et de la situation concrète du patient, dont les signaux verbaux et non-verbaux ont ici un rôle à jouer, la concertation avec les autres intervenants entretenant ou ayant entretenu une relation thérapeutique avec le patient et la concertation avec la famille et les proches. S'il n'acquiert pas la conviction que les souffrances insupportables ont un caractère actuel, l'euthanasie ne peut pas être pratiquée.

Il revient au seul médecin d'établir l'existence effective de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, ceci relevant du jugement médical professionnel. Contrôler a posteriori si le médecin a pu parvenir à la conviction que les souffrances étaient insupportables consiste à contrôler s'il a raisonnablement pu arriver à cette conclusion.

c. Le médecin a informé le patient de sa situation et de ses perspectives

Le médecin doit être parvenu à la conclusion que le patient a reçu antérieurement des informations suffisantes concernant sa situation et ses perspectives ainsi que la signification et les conséquences de son testament de vie. En outre, le médecin doit s'efforcer de communiquer à ce propos avec le patient, dans les limites découlant inévitablement de l'état de celui-ci.

d. Le médecin est parvenu, en concertation avec le patient, à la conviction qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouvait

Le médecin doit avoir acquis la conviction que, selon les conceptions médicales et à la lumière du testament de vie, il n'existe aucune autre solution raisonnable dans la situation actuelle du patient. Il devra pour cela s'appuyer sur sa propre évaluation du dossier médical et de la situation concrète du patient, la concertation avec les autres intervenants entretenant ou ayant entretenu une relation thérapeutique avec le patient et la concertation avec la famille et les proches. Le patient ne pouvant plus exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, son opinion à ce sujet telle que formulée dans son testament de vie et oralement lorsque la communication était encore possible est ici essentielle.

e. Le médecin a consulté au moins un confrère indépendant, qui a examiné le patient et consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur énoncés aux points a) à d)

Ce critère reste applicable lorsque l'euthanasie concerne un patient ayant perdu sa capacité à exprimer sa volonté. La loi prescrit que le consultant voie le patient, dans ce cas aussi. La communication avec le patient sera sans doute pratiquement ou totalement impossible, si bien que pour parvenir à un jugement le consultant devra s'appuyer sur son observation personnelle et sur des informations complémentaires provenant d'autres sources telles que le dossier du patient, des lettres de spécialistes, le contenu du testament de vie et les entretiens avec le médecin, les soignants et la famille.

Le fait que le patient ne puisse plus exprimer sa volonté concernant l'euthanasie conduira généralement à consulter un second médecin indépendant exerçant une spécialité pertinente dans le cas concerné (par exemple un gériatre, gérontologue ou interniste-gérontologue, un gérontopsychiatre ou un neurologue). Ce spécialiste doit formuler un jugement basé sur ses propres observations quant à l'aptitude du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, au caractère insupportable et dénué de perspective d'amélioration des souffrances et aux éventuelles autres solutions raisonnables. Il est à noter que les conditions et critères relatifs à l'indépendance du consultant, mentionnés au paragraphe 3.6., sont applicables par analogie au spécialiste sollicité.

Il est logique que le médecin donne au consultant et au spécialiste la possibilité d'exprimer leur avis sur les modalités concrètes selon lesquelles il envisage de pratiquer l'euthanasie.

Si le compte rendu du consultant ou du spécialiste indépendant ne présente pas la qualité requise, le médecin doit lui demander de le modifier. Si la nouvelle version n'est toujours pas de qualité satisfaisante, le médecin devra s'adresser à un autre consultant ou spécialiste indépendant.

En cas de divergence de point de vue avec le consultant ou le spécialiste, le médecin doit explicitement tenir compte des avis autres que le sien. En outre, compte tenu de la prudence requise il est alors logique de faire appel à un second consultant ou spécialiste indépendant.

> voir aussi paragraphes 3.6 et 4.5.

f. Rigueur médicale de l'acte

Pratiquer l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise suppose que lors de sa préparation et de sa mise en œuvre le médecin prévienne l'éventualité d'un comportement irrationnel ou imprévisible du patient. L'euthanasie doit se dérouler de la façon la plus confortable possible pour le patient. Si certains signes laissent penser qu'un patient inapte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie pourrait se montrer agité, nerveux ou agressif lors de la mise en œuvre, le souci des bonnes pratiques médicales peut amener le médecin à conclure qu'une prémédication est indiquée.

Le médecin doit s'efforcer de communiquer avec le patient à propos du moment et des modalités de mise en œuvre de l'euthanasie, notamment concernant l'administration éventuelle d'une prémédication, à moins qu'une telle conversation soit néfaste pour celui-ci parce qu'elle provoque une forte agitation ou nervosité. S'il s'avère que ces questions dépassent l'entendement du patient et qu'il n'est pas possible de réellement communiquer avec lui à ce propos, le médecin n'est pas tenu de se concerter avec lui. La discussion n'aurait pas de sens et risquerait de provoquer agitation et nervosité. Lors de ses contacts avec le patient, le médecin doit être attentif à tout élément pouvant faire obstacle à l'euthanasie.

> voir aussi paragraphe 4.5, patients atteints de démence

> voir aussi paragraphe 4.8, coma/ état de conscience minimale

TESTAMENT DE VIE : POINTS À CONSIDÉRER

- Le patient n'est-il plus en mesure d'exprimer sa volonté concernant l'euthanasie ?
- Le patient était-il apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie lorsqu'il a formulé sa demande dans son testament de vie ?
- Les critères de rigueur sont-ils respectés pour autant que la situation réelle l'autorise, sachant qu'ils doivent être considérés à la lumière particulière du cas concerné ?
- La situation actuelle du patient correspond-elle à celle décrite dans son testament de vie ? La lecture du médecin doit viser à dégager les intentions du patient.
- Existe-t-il des éléments faisant obstacle à la mise en œuvre de l'euthanasie ?
- Les souffrances insupportables du patient ont-elles un caractère actuel ?
- Outre le consultant, un médecin possédant une expertise concernant la pathologie du patient a-t-il été consulté ?
- Une prémédication a-t-elle été indiquée ? S'il est impossible de véritablement communiquer avec le patient, le médecin n'est pas tenu de décider en concertation avec lui des modalités de la mise en œuvre (notamment l'administration d'une prémédication).

4.2. Patients mineurs

La loi WTL autorise la pratique de l'euthanasie sur des patients âgés de douze ans et plus. Elle prévoit toutefois quelques exigences complémentaires concernant les mineurs :

- le patient mineur peut être jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière ;
- si le patient a entre 12 et 16 ans, sa demande doit être accompagnée de l'autorisation de son ou ses parents (exerçant l'autorité parentale) ou de son tuteur (art. 2, paragraphe 4, de la loi WTL) ;
- si le patient a 16 ou 17 ans, son ou ses parents (exerçant l'autorité parentale) ou son tuteur doivent participer au processus décisionnel, mais leur autorisation n'est pas requise (art. 2, paragraphe 3, de la loi WTL).

Dans les deux cas, il est bien entendu que les critères de rigueur mentionnés au paragraphe 3 s'appliquent. La participation d'un ou des parents ou du tuteur au processus décisionnel est également requise si la demande du mineur est faite au moyen d'un testament de vie³⁴.

Les signalements d'euthanasie chez des mineurs de 12 à 18 ans sont rares.

4.3. Double euthanasie

Il arrive parfois que deux personnes entretenant une relation étroite fassent simultanément une demande d'euthanasie, avec le souhait d'une mise en œuvre simultanée. Il peut s'agir de deux partenaires, mais aussi d'un parent et de son enfant, ou de frères et sœurs. Dans ces cas de double euthanasie, le médecin doit faire appel à un consultant différent pour chacune des personnes. Ceci permet de garantir l'examen individuel de chaque demande d'euthanasie. Les deux consultants doivent s'assurer qu'aucune des personnes ne fait pression sur l'autre.

4.4. Patients atteints de troubles psychiques ou d'une association de troubles somatiques et psychiques

Généralités

Si le patient est atteint de troubles psychiques ou en a souffert dans un passé récent, le médecin et le consultant devront se demander expressément :

- si les troubles psychiques du patient ne vont pas à l'encontre d'une demande volontaire et mûrement réfléchie ;
- si les troubles psychiques contribuent à la souffrance ressentie et, si tel est le cas ;
- si le médecin est convaincu de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances ainsi que de l'absence d'autre solution raisonnable.

Cela se traduit par les trois situations suivantes :

- A. Les souffrances résultent intégralement des troubles psychiques ;
- B. Les souffrances résultent de l'association de troubles somatiques et psychiques ;
- C. Les souffrances résultent de troubles somatiques et le patient souffre par ailleurs de troubles psychiques ou en a souffert dans un passé récent.

Dans l'appréciation du caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, le médecin doit s'assurer qu'il est exclu que la faculté de jugement du patient soit altérée par ses troubles psychiques. Faute de quoi, la demande ne peut être considérée comme volontaire et mûrement

³⁴ L'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL fait mention de l'âge de 16 ans. En vertu de la dernière phrase du paragraphe 4 de l'article 2, les patients de 12 à 16 ans sont eux aussi autorisés à rédiger un testament de vie.

réfléchi. Le médecin doit vérifier que le patient saisit bien les informations pertinentes, qu'il comprend sa maladie et fait preuve de constance dans sa réflexion.

> voir aussi paragraphe 3.2.

S'agissant de l'absence d'autre solution raisonnable et de perspective d'amélioration des souffrances, il convient d'examiner sérieusement s'il n'existe pas d'autres possibilités de supprimer ou réduire celles-ci, a fortiori si le patient est relativement jeune et a encore une longue espérance de vie³⁵. Lorsque le patient refuse une autre solution raisonnable, le critère de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances n'est plus rempli. Le patient n'est cependant pas censé devoir subir tous les traitements et interventions possibles.

> voir aussi paragraphe 3.5.

Situations A et B : Souffrances dues à des troubles psychiques ou à l'association de troubles somatiques et psychiques : consultation d'un psychiatre indépendant

En cas de demande d'euthanasie motivée par des souffrances dues à des troubles psychiques ou à l'association de troubles somatiques et psychiques (comme susmentionné dans les situations A et B), il convient d'exiger du médecin la plus grande prudence. La problématique concernée est généralement complexe et nécessite de faire appel à l'expertise d'un spécialiste. Les RTE considèrent que dans le cas de ces patients le médecin doit toujours faire appel à un psychiatre, une prudence accrue étant alors requise. Le recours à ce spécialiste doit permettre au médecin de s'informer de façon approfondie et de mener une réflexion critique sur ses propres convictions, ce qui garantit un processus d'évaluation minutieux.

Les RTE contrôlent si le médecin a consulté un psychiatre indépendant et si ce dernier s'est non seulement prononcé sur le diagnostic mais a aussi évalué :

- le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande (article 2, paragraphe 1, sous a, de la loi WTL) ;
- l'absence de perspective d'amélioration des souffrances (article 2, paragraphe 1, sous b, de la loi WTL) ;
- l'absence d'autre solution raisonnable (article 2, paragraphe 1, sous d, de la loi WTL).

Le psychiatre indépendant peut le cas échéant donner des conseils thérapeutiques.

Le médecin décide lui-même :

- s'il consulte à la fois un psychiatre indépendant et un consultant (du SCEN ou non), ou
- s'il consulte un consultant (du SCEN ou non) qui soit aussi psychiatre (ci-après : psychiatre du SCEN).

Si le médecin choisit de consulter un psychiatre du SCEN, il n'aura pas besoin de faire appel en outre à un consultant. En sa qualité de psychiatre indépendant, le psychiatre du SCEN devra formuler un jugement basé sur ses propres observations quant au diagnostic psychiatrique et au caractère adéquat, jusqu'à présent, du traitement suivi. En sa qualité de consultant de SCEN, il devra par

³⁵ Cf. les cas 2016-41 et 2016-78 du rapport 2016 des RTE, concernant une femme d'une quarantaine d'années et un homme d'une trentaine d'années. Dans ces deux cas, publiés sur le site internet www.euthanasiecommissie.nl, les commissions ont estimé que tous les critères de rigueur avaient été respectés.

ailleurs juger si la demande satisfait aux critères de rigueur. Il pourra aussi donner des conseils thérapeutiques.

Pour les RTE, la procédure est la même, que le médecin qui effectue l'euthanasie soit un psychiatre ou un autre praticien, comme un généraliste. Dans les deux cas, il convient de consulter un psychiatre indépendant (qui peut donc être aussi consultant du SCEN). Les RTE s'écartent ici légèrement des critères mentionnés par la NVvP dans sa directive relative à l'interruption de la vie sur demande des patients atteints de troubles psychiques (*Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*, ci-après : directive 2018 de la NVvP, disponible sur les sites www.nvvp.net et www.richtlijndatabase.nl).

Les sous-paragraphes « Indépendance du consultant », « Principe : le consultant voit le patient et lui parle » et « Seconde consultation » du paragraphe 3.6. s'appliquent par analogie au psychiatre indépendant. Cela implique notamment que le psychiatre indépendant explicite son indépendance à l'égard du médecin et du patient, qu'il voit le patient et s'entretient avec lui, et qu'il a de nouveau contact avec le médecin s'il s'est écoulé un important laps de temps entre la rédaction du compte rendu et la date prévue de l'euthanasie, ce afin d'évaluer la nécessité d'un nouveau compte rendu.

Si le compte rendu du psychiatre (du SCEN ou non) ne présente pas la qualité requise, le médecin doit lui demander de le modifier. Si la nouvelle version n'est toujours pas de qualité satisfaisante, le médecin devra s'adresser à un autre psychiatre. En cas de divergence d'opinion, il est d'autant plus important que le médecin tienne explicitement compte de l'avis formulé par le psychiatre. En outre, il est alors logique de faire appel à un second psychiatre, compte tenu de la prudence requise en pareil cas.

En cas d'association particulière de troubles somatiques et psychiques (situation B), la consultation d'un seul psychiatre indépendant n'est pas toujours suffisante. Si le patient souffre par exemple à la fois de démence et de troubles psychiques, ces deux pathologies peuvent avoir une influence l'une sur l'autre, ainsi que sur la faculté de jugement du patient. Le médecin doit évaluer si tel est le cas. Outre le psychiatre indépendant, il peut être nécessaire de faire appel à un ou plusieurs spécialistes indépendants, ou à un consultant (du SCEN ou non) doté d'une expertise spécifique.

Situation C : souffrances dues à des troubles somatiques, le patient souffrant (ou ayant souffert) par ailleurs de troubles psychiques

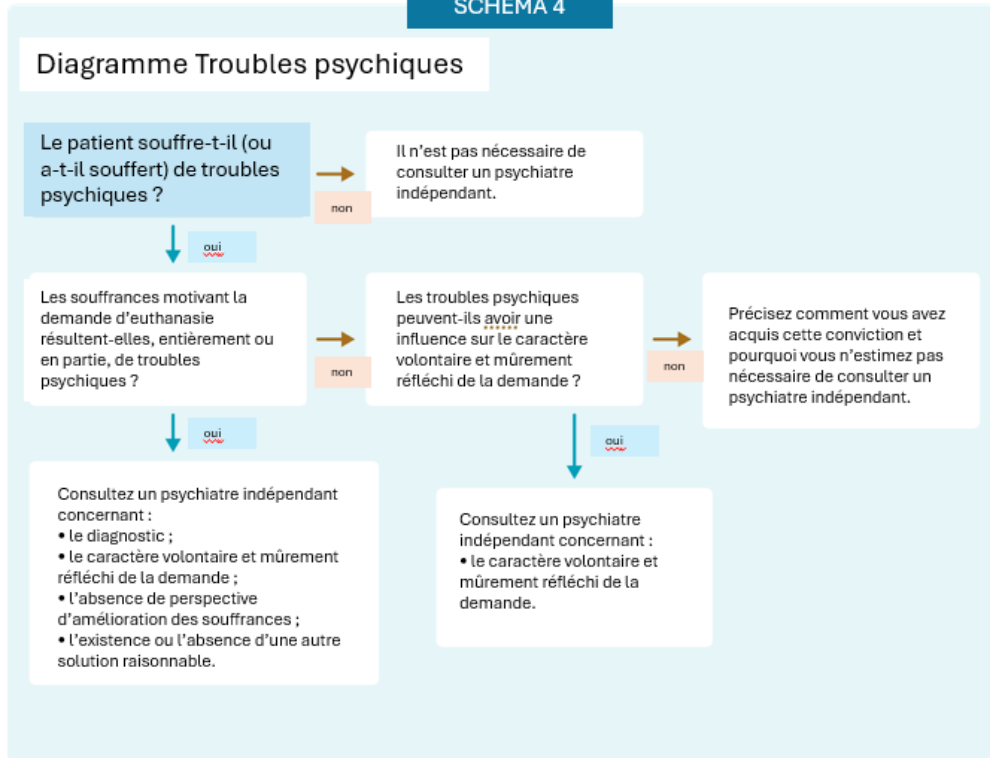
Lorsque les souffrances résultent de troubles somatiques et que le patient souffre par ailleurs de troubles psychiques ou en a souffert dans un passé récent (comme susmentionné dans la situation C), le médecin et le consultant doivent évaluer si les troubles psychiques ont un impact sur le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande. Dans de tels cas, il peut être nécessaire de demander l'avis d'un psychiatre indépendant (du SCEN ou non) sur ce point³⁶. L'absence de perspective d'amélioration et d'autre solution raisonnable est liée à la pathologie somatique qui est la cause des souffrances.

Lorsque le médecin a la conviction que les troubles psychiques n'ont aucune influence sur le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, il n'est pas tenu de consulter un psychiatre indépendant. Le médecin dispose donc d'une propre marge de manœuvre. Reste qu'il devra expliciter pourquoi une telle consultation ne lui semble pas nécessaire et comment il a acquis la conviction que la demande était volontaire et mûrement réfléchie.

Les situations A, B et C sont schématisées dans le diagramme ci-contre :

³⁶ Voir le jugement 2022-039 sur le site internet des RTE.

SCHÉMA 4



PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES PSYCHIQUES OU D'UNE ASSOCIATION DE TROUBLES SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES : POINTS À CONSIDÉRER

- Le médecin et le consultant ont-ils pris en considération l'éventuelle influence des troubles psychiques sur le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, sur l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et sur l'absence d'autre solution raisonnable ?
- Le médecin a-t-il consulté à ce propos un psychiatre indépendant ou un consultant (du SCEN ou non) également psychiatre ? Cela est nécessaire si :
 - les souffrances résultent des troubles psychiques ; ou que
 - les souffrances résultent de l'association de troubles somatiques et psychiques ; ou que
 - les troubles psychiques sont susceptibles d'altérer la capacité du patient à exprimer sa volonté.

4.5. Patients atteints de démence

Dans le cas de patients atteints de démence, il convient là aussi de vérifier avec la plus grande attention si les critères de rigueur sont remplis, notamment ceux concernant le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande et celui insupportable des souffrances. Au fur et à mesure que la maladie progresse, cette aptitude diminue.

Patient encore apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie

Dans la grande majorité des cas signalés jusqu'à présent aux commissions, le patient avait encore une compréhension suffisante de sa pathologie et était 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 peur de la poursuite de cette dégradation et ses

conséquences négatives, notamment en termes d'autonomie et de dignité de la personne (cf. paragraphe 3.3). La perception de la perte progressive de sa personnalité, de ses fonctions cognitives et de ses aptitudes, conjuguée à la conscience que ce processus est inéluctable, lui sont insupportables. Cette perspective peut entraîner de grandes souffrances.

Dans les cas de patients atteints de démence mais encore aptes à exprimer leur volonté concernant l'euthanasie, la procédure normale relative à la consultation d'un médecin indépendant pourra généralement suffire. Le diagnostic de démence devra toutefois avoir été posé dans les règles. En cas de doute quant à la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, le médecin demandera l'avis spécifique d'un spécialiste indépendant. Les conditions et critères relatifs à l'indépendance du consultant, mentionnés au paragraphe 3.6., sont applicables par analogie au spécialiste sollicité. S'il s'est écoulé un important laps de temps entre la rédaction du compte rendu du spécialiste indépendant et la date prévue de l'euthanasie, il est logique que le médecin reprenne contact avec lui et lui demande notamment un nouvel avis.

Si le compte rendu du spécialiste indépendant ne présente pas la qualité requise, le médecin doit lui demander de le modifier. Si la nouvelle version n'est toujours pas de qualité satisfaisante, le médecin devra en principe s'adresser à un second spécialiste indépendant.

En cas de divergence de point de vue avec le spécialiste indépendant, le médecin doit explicitement tenir compte de son avis. En outre, compte tenu de la prudence requise, il est alors logique de faire appel à un second spécialiste indépendant.

Patient inapte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie

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 dans lequel sa demande d'euthanasie est consignée.

> à propos de l'euthanasie sur la base d'un testament de vie, voir le paragraphe 4.1.

PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE : POINTS À CONSIDÉRER

- Le patient est-il encore apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie ?
- Dans la négative, a-t-il rédigé un testament de vie ? À propos de l'euthanasie sur la base d'un testament de vie, voir le paragraphe 4.1.

4.6. Patients atteints d'un handicap mental

Les signalements concernant l'euthanasie de patients atteints d'un handicap mental sont rares³⁷. Il arrive que les patients souffrant d'un handicap mental léger soient en mesure de faire une demande d'euthanasie volontaire et mûrement réfléchie, les autres critères de rigueur étant par ailleurs remplis³⁸. Dans ce type de situation, la capacité du patient à exprimer sa volonté quant à la demande d'euthanasie doit faire l'objet d'un examen particulièrement attentif.

³⁷ Cf. le signalement 2016-03 sur le site internet www.euthanasiecommissie.nl.

³⁸ Cf. la directive sur les décisions médicales relatives à la fin de vie chez les patients atteints d'un handicap mental (*Richtlijn Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking*, ci-après : NVAVG) publiée en 2007 par l'Association néerlandaise des médecins d'handicapés mentaux et son guide sur les questions relatives à l'euthanasie des patients atteints d'un handicap mental (*Handreiking*

Consultation d'un spécialiste indépendant

Outre l'avis d'un consultant sur le respect de tous les critères de rigueur mentionnés aux paragraphes 3.2. à 3.5., en cas de doute sur la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, le médecin doit demander sur ce point l'avis d'un spécialiste (tel qu'un médecin spécialisé dans les soins aux handicapés mentaux). Ici aussi, le médecin peut opter pour un unique consultant, du SCEN ou non, qui soit aussi spécialiste. Il est à noter que les conditions et critères relatifs à l'indépendance du consultant, mentionnés au paragraphe 3.6., sont applicables par analogie au spécialiste sollicité.

Si le compte rendu du spécialiste indépendant ne présente pas la qualité requise, le médecin doit lui demander de le modifier. Si la nouvelle version n'est toujours pas de qualité satisfaisante, le médecin devra s'adresser à un second spécialiste indépendant.

En cas de divergence de point de vue avec le spécialiste indépendant, le médecin doit explicitement tenir compte de son avis. En outre, compte tenu de la prudence requise il est alors logique de faire appel à un second spécialiste indépendant.

4.7. Patients atteints d'un trouble de la communication verbale

Si, en général, un patient atteint d'un trouble de la communication verbale (par exemple l'aphasie) est en état de faire une demande volontaire et mûrement réfléchie, il possède rarement la capacité d'exprimer verbalement ses souhaits et ses opinions. Souvent, il pourra toutefois recourir à d'autres moyens de faire connaître sa volonté ou de répondre à des questions, par exemple en serrant la main de son interlocuteur ou par des gestes ou des expressions du visage. Par ailleurs, si le praticien pose des questions fermées relativement simples, le patient pourra y répondre plus facilement par oui ou par non ou à l'aide de signes. Ainsi, malgré le trouble du patient, le médecin et le consultant seront tout de même en mesure d'apprécier sa demande d'euthanasie et l'aptitude à exprimer sa volonté que cette demande requiert. Si les autres critères de rigueur sont également remplis, la mise en œuvre de l'euthanasie sera possible.

L'éventuel testament de vie rédigé par le patient pourra appuyer son expression verbale déficiente et la compléter.

4.8. Coma ou état de conscience minimale

Le cadre d'évaluation des RTE correspond en grande partie à la Directive sur l'euthanasie en état de conscience minimale (*Richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*, 2010) élaborée par la KNMG.

Le médecin doit vérifier l'état de conscience minimale ou le coma, par exemple à l'aide de l'échelle de Glasgow (GCS)³⁹. La possibilité de pratiquer l'euthanasie sur un patient se trouvant dans un état comateux ou de conscience minimale n'étant pas dû à une sédation palliative dépend principalement des souffrances qu'il ressent.

Omgaan met vragen om levensbeëindiging bij wilsonbekwame mensen met een verstandelijke beperking, 2013).

³⁹ L'échelle de Glasgow (GCS) permet d'évaluer le degré de conscience du patient, et par là ses souffrances éventuelles ; la GCS est intégrée à la Directive sur l'euthanasie en cas de conscience minimale (*Richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*), KNMG, Utrecht, 2010.

> pour l'euthanasie et la sédation palliative, voir le paragraphe 4.9.

Coma :

Souffrir suppose d'être conscient. Un patient plongé dans le coma, c'est-à-dire dans un état caractérisé par une complète perte de conscience, ne peut ressentir la souffrance.

État de conscience minimale :

Il n'est pas exclu qu'un patient se trouvant dans un état de conscience minimale éprouve des souffrances, éventuellement insupportables.

Situation 1.

Le coma ou l'état de conscience minimale survient après que le patient a demandé la mise en œuvre de l'euthanasie mais avant le moment prévu pour celle-ci

Si le patient entre dans le coma ou dans un état de conscience minimale avant le moment prévu pour l'euthanasie, le médecin se trouve dans une situation problématique car il doit se demander si l'euthanasie est encore possible.

Il convient de distinguer plusieurs cas :

Coma ou état de conscience minimale irréversible ou réversible

- Situation 1a. *le coma est irréversible* (dû à la maladie, impossible d'en faire sortir le patient). Pendant la phase terminale de sa maladie, le patient peut entrer spontanément dans le coma. Le ressenti des souffrances cessant de ce fait, l'euthanasie ne sera pas pratiquée, même si, à un stade antérieur, cela avait été convenu avec le médecin.
- Situation 1b. *l'état de conscience minimale est irréversible* (dû à la maladie, impossible d'en faire sortir le patient) :
 1. il y a des signes de possible souffrance. Lorsque le patient sombre spontanément dans un état de conscience minimale, des signes de souffrance peuvent rester perceptibles, en particulier : gémissements, difficultés respiratoires avec éventuellement une respiration anormale, grimaces, ainsi qu'agitation, confusion mentale et vomissements ou vomissements fécaloïdes. Le médecin peut alors effectuer l'euthanasie ;
 2. il n'y a pas de signes de souffrance. L'euthanasie ne peut avoir lieu.
- Situation 1c. *le coma ou l'état de conscience minimale est réversible* (dû aux médicaments administrés, il est possible d'en faire sortir le patient en arrêtant les médicaments). Si le coma ou l'état de conscience minimale n'est pas spontané, mais induit par les médicaments administrés, il serait possible d'en faire sortir le patient, afin de vérifier s'il ressent encore des souffrances, ce qui serait alors certainement le cas. Cette pratique étant considérée comme inhumaine par les commissions, le médecin pourra dans ce cas effectuer l'euthanasie si le patient l'a demandée à un stade antérieur de sa maladie, oralement ou dans un testament de vie. Il n'est donc pas nécessaire de mettre fin à son état comateux ou de conscience minimale (y compris en l'absence de signes de souffrance) dans le seul but de permettre au médecin ou au consultant de constater le caractère insupportable de ses souffrances.

Dans les situations susmentionnées 1b., sous 1 (état de conscience minimale irréversible avec signes de souffrance) et 1c.(coma ou état de conscience minimale réversible), le médecin peut pratiquer l'euthanasie. La suite du processus varie ensuite selon que la visite du consultant indépendant a lieu avant ou après que le patient sombre dans un état de conscience minimale ou de coma réversible :

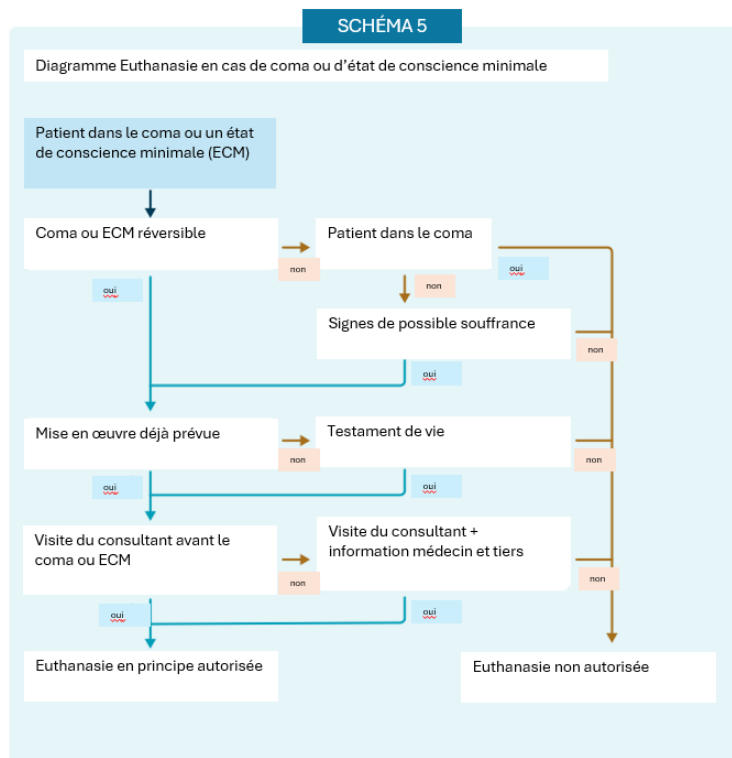
- *le patient a demandé la mise en œuvre de l'euthanasie mais a sombré dans un état de conscience minimale ou de coma réversible avant la consultation.* Le patient peut sombrer dans un état de conscience minimale ou de coma réversible avant la visite du consultant. Ce dernier, ne pouvant plus communiquer avec lui, devra baser son jugement concernant la demande d'euthanasie sur les informations du médecin et de tiers, le testament de vie éventuel et le dossier médical. Concernant l'évaluation des souffrances, il s'appuiera sur ses propres observations, le dossier de suivi du patient, les lettres de spécialistes et les informations fournies oralement par le médecin et des tiers, notamment les proches et le personnel soignant. Contrairement à la directive de la KNMG, les RTE jugent que dans cette situation un testament de vie n'est pas nécessaire.
- *le patient a demandé la mise en œuvre de l'euthanasie mais a sombré dans un état de conscience minimale ou de coma réversible après la consultation.* Si le consultant a vu le patient et a pu communiquer avec lui avant que le coma réversible ou l'état de conscience minimale ne survienne, il ne sera pas nécessaire de lui demander à nouveau son avis. Même si le patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie, elle pourra être effectuée, qu'il ait rédigé ou non un testament de vie.

Situation 2.

Le coma ou l'état de conscience minimale survient avant que la mise en œuvre de l'euthanasie ne soit envisagée

Il arrive qu'un patient sombre dans un état comateux ou de conscience minimale alors que la procédure de demande d'euthanasie n'est pas achevée, voire n'a pas encore commencé. Pour une éventuelle mise en œuvre, il faudra que le médecin dispose en tout cas d'un testament de vie, incluant une demande d'euthanasie, rédigé par le patient. Le consultant devra voir ce dernier et baser son jugement notamment sur le dossier médical, le testament de vie du patient et les informations du médecin et de tiers. En cas de baisse de conscience irréversible, il faudra aussi que des signes de souffrance soient perceptibles.

> voir aussi paragraphes 3.6 et 4.1.



COMA OU ÉTAT DE CONSCIENCE MINIMALE : POINTS À CONSIDÉRER

- L'euthanasie ne peut avoir lieu si :
 - le coma est irréversible, le patient ne pouvant alors plus ressentir la souffrance ;
 - l'état de conscience minimale est irréversible et il n'y a pas de signes de souffrance.
- L'euthanasie est possible si :
 - l'état de conscience minimale est irréversible et il y a des signes de souffrance ;
 - le coma ou l'état de conscience minimale est réversible, qu'il y ait ou non des signes de souffrance.
- Il n'est pas nécessaire de mettre fin à l'état comateux ou de conscience minimale du patient (y compris en l'absence de signes de souffrance) dans le seul but de permettre au médecin ou au consultant de constater le caractère insupportable des souffrances qu'il éprouvera alors certainement.
- Survenue du coma ou d'un état de conscience minimale avant la mise en œuvre prévue de l'euthanasie :
 - le médecin a-t-il constaté le coma ou l'état de conscience minimale ? À l'aide de l'échelle GCS ?
 - en cas de baisse de conscience irréversible, des signes de souffrance sont-ils perceptibles ?
 - si le consultant n'a pas vu le patient avant que ce dernier ne sombre dans un état de conscience minimale ou de coma réversible, dispose-t-il de suffisamment d'informations pour fonder son jugement ?
- Survenue du coma ou d'un état de conscience minimale avant que la mise en œuvre de l'euthanasie ne soit envisagée :
 - outre les points ci-dessus : le patient a-t-il rédigé un testament de vie ?

4.9. Euthanasie et sédation palliative

L'euthanasie et la sédation palliative sont deux procédures visant respectivement à stopper ou à diminuer les souffrances insupportables d'un patient, la première, en mettant fin à la vie de ce dernier, la seconde, en le mettant dans un état de conscience minimale jusqu'à son décès. Contrairement à l'euthanasie, la sédation palliative, bien que soumise à des conditions et des critères particuliers, relève de la pratique médicale normale. Une des conditions est que l'espérance de vie du patient ne dépasse pas deux semaines⁴⁰.

Pour ceux qui refusent l'euthanasie, cette deuxième possibilité peut être une bonne alternative. D'autres la rejettent au contraire parce qu'ils souhaitent rester conscients jusqu'au dernier moment, ce qui les autorise à considérer que la sédation palliative ne constitue pas pour eux « une autre solution raisonnable ». Ainsi, le refus de cette option n'est pas un obstacle à l'euthanasie.

> voir aussi paragraphe 3.5.

Il arrive également qu'un patient fasse une demande d'euthanasie conditionnelle. Il choisit alors dans un premier temps la sédation palliative, en convenant avec le médecin qu'une euthanasie sera pratiquée dans certaines circonstances, par exemple si :

⁴⁰ Cf. Directive de la KNMG de 2022 relative à la sédation palliative.

- le décès n'a pas lieu aussi vite qu'il le souhaitait⁴¹ ;
- malgré la baisse de conscience, le patient montre encore des signes de douleur.

Pour les commissions, il est essentiel que le patient lui-même détaille au préalable les circonstances qui doivent donner lieu à l'arrêt de la sédation palliative et à la mise en œuvre de l'euthanasie. Dans de telles situations, le médecin devra faire intervenir un consultant avant la sédation palliative.

Il arrive aussi qu'un patient soit placé sous sédation palliative avant le moment prévu pour la mise en œuvre de l'euthanasie. Une telle situation peut se produire si l'état du patient s'aggrave subitement mais que l'euthanasie ne peut pas être pratiquée parce que le médecin est absent et que son remplaçant ne peut ou ne veut pas la réaliser, ou parce que le médecin ne dispose pas encore des produits nécessaires.

Placé dans un état de conscience minimale, le patient n'est donc plus en mesure de réitérer ni de confirmer sa demande d'euthanasie dans les instants précédant immédiatement la mise en œuvre de celle-ci. L'euthanasie est possible si le patient a confirmé sa demande avant la sédation et précisé qu'il n'accepte cette dernière que dans l'attente du moment où l'euthanasie pourra être pratiquée, ou si la situation dans laquelle il se trouve correspond à celle, antérieurement précisée par oral ou dans son testament de vie, où il demanderait que soit donné suite à sa demande d'euthanasie. Dans ces cas aussi, les commissions estiment qu'il serait inhumain de réveiller le patient dans le seul but de lui faire confirmer encore une fois le caractère insupportable de ses souffrances devant le médecin ou le consultant.

4.10. « Vie accomplie » ou « fatigue de vivre »

Comme le montre la genèse de la loi, l'expression « vie accomplie » (on parle parfois aussi de « fatigue de vivre ») renvoie à la situation de personnes souvent âgées et qui, sans souffrir par ailleurs d'un point de vue médical d'une maladie ou d'une affection entraînant des souffrances importantes, ont décidé que la valeur qu'elles accordent à leur existence a diminué au point qu'elles choisissent de mourir plutôt que de continuer à vivre. Cette problématique fait depuis plusieurs années l'objet d'un débat de société autour de la question de savoir si l'euthanasie devrait être autorisée dans ce contexte⁴², ce qui n'est actuellement pas le cas. D'après la jurisprudence et la genèse de la loi, il est impératif que les souffrances insupportables du patient aient un fondement médical (cf. paragraphe 3.3). Cela n'implique pas pour autant que cette maladie ou affection doive mettre en jeu le pronostic vital. Une accumulation de pathologies gériatriques peut s'accompagner de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration.

> pour l'accumulation de pathologies gériatriques, voir le paragraphe 3.3.

4.11. Don d'organes et de tissus après une euthanasie

⁴¹ On peut dans ce cas considérer que le patient n'a pas donné l'autorisation de continuer la sédation palliative, autorisation telle que visée dans la loi sur l'accord de traitement médical (*Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*) insérée dans le Code civil (art. 7:450, paragraphe 1, du Code civil néerlandais).

⁴² Cf. le rapport de la commission Schnabel (La vie accomplie. L'aide au suicide pour les personnes estimant que leur vie a atteint son terme [*Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*], La Haye, janvier 2016), ainsi que le point de vue du gouvernement sur la vie accomplie (lettre à la Chambre des représentants, 12 octobre 2016). Voir aussi : Étude PERSPECTIVES. Volonté de mourir des personnes âgées sans être gravement malades : les individus et les chiffres [*Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers*], ZonMw 2020.

La loi WTL ne se prononce pas sur ce qu'il advient du corps après l'euthanasie et ne s'oppose donc pas au don d'organes ni de tissus. Cependant, la procédure concernant le don d'organes prévu ne doit pas entamer la rigueur de celle relative à l'euthanasie.

Si toutes deux sont formellement distinctes, le don d'organes a des répercussions sur le déroulement de la seconde. Il nécessite ainsi que l'interruption de la vie soit pratiquée à l'hôpital ou, en cas de don de tissus, que le corps y soit ensuite transporté.

Le médecin confronté à une double mise œuvre de ce type doit discuter avec le patient de son souhait concernant le don. Il doit ensuite, avant que l'euthanasie soit pratiquée, convenir minutieusement de la procédure avec l'hôpital, c'est-à-dire ici avec le coordinateur de la transplantation, et informer le patient et ses proches du déroulement prévu. Il existe une directive (*Richtlijn orgaandonatie na euthanasie*, 2022) et un guide (*Handleiding weefseldonatie na euthanasie*) respectivement consacrés au don d'organes et au don de tissus après une euthanasie et visant à accompagner le processus décisionnel du médecin. Ils sont disponibles sur le site internet de l'Association néerlandaise pour la transplantation⁴³.

4.12. Conditions non requises par la loi

Les critères et conditions applicables en cas d'euthanasie donnent lieu à des malentendus. Les médecins et les consultants mentionnent parfois dans les signalements aux commissions des exigences qui ne sont pas inscrites dans la loi WTL. Celles qui le sont ont été présentées et expliquées dans les chapitres et paragraphes ci-dessus. Les aspects qui n'y ont pas été abordés ne font donc pas partie des critères requis. En résumé, il n'est pas requis :

- que le patient souffre d'une affection mortelle (cf. paragraphes 2.1. et 3.3.) ;
- que le patient se trouve en phase terminale (cf. paragraphe 2.2.) ;
- qu'il existe une relation thérapeutique entre le médecin et le patient (cf. paragraphe 3.1.) ;
- que le patient double sa demande orale d'euthanasie d'une demande écrite (cf. paragraphe 3.2.) ;
- que le patient fasse établir le testament de vie contenant sa demande d'euthanasie par un notaire (cf. paragraphe 4.1.) ;
- que la demande du patient, mûrement réfléchie, s'inscrive dans la durée (cf. paragraphe 3.2.) ;
- que le médecin demande l'« autorisation » du consultant pour accéder à une demande d'euthanasie (cf. paragraphe 3.6.) ;
- de faire systématiquement évaluer par un psychiatre indépendant la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, sauf si le patient est atteint d'un trouble psychiatrique, auquel cas cette évaluation est toujours nécessaire. Pour tout autre patient, elle ne sera effectuée, par un spécialiste compétent, que s'il existe un doute fondé quant à sa capacité à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie (cf. aussi paragraphes 4.2. à 4.5.) ;
- que la famille soit impliquée dans la demande d'euthanasie, même si cela est généralement souhaitable et naturel, ni qu'elle donne son consentement.
- La sédation palliative n'est pas considérée comme une « autre solution raisonnable » au sens de l'article 2, paragraphe 1, sous d, de la loi WTL (cf. paragraphe 4.9).

⁴³ www.transplantatiestichting.nl.

5. Références utiles

5.1. Le site internet des commissions

Le site internet des commissions, www.euthanasiecommissie.nl, permet d'obtenir des informations complémentaires sur leurs méthodes de travail et de consulter certains de leurs jugements ainsi que leurs rapports annuels communs, lesquels contiennent aussi des études des signalements. Figurent également sur le site :

- le formulaire de signalement au médecin légiste de la commune par le médecin ;
- le modèle de rapport à joindre par le médecin à ce signalement ;
- le formulaire de signalement à la commission par le médecin légiste de la commune ;
- le règlement des RTE relatif aux plaintes.

5.2. Le programme SCEN

Le programme SCEN de la KNMG (Soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas) joue un rôle important dans le contrôle du critère de rigueur concernant l'indépendance de la consultation (cf. paragraphe 3.6.). Il est préférable que la consultation soit effectuée par un médecin qui a suivi la formation dispensée par le SCEN. La KNMG a publié en 2023 une directive destinée aux médecins intitulée Soutien et consultation en cas d'euthanasie (*Steun en consultatie bij euthanasie*). Le médecin a tout intérêt à ce que les comptes rendus de consultation soient complets et de bonne qualité. C'est pourquoi le SCEN a élaboré une liste de contrôle pour la rédaction du compte rendu de consultation. La KNMG a également rédigé un modèle de compte rendu pour les médecins du SCEN (2023). Pour plus d'informations, consulter le site internet www.scen.nl.

5.3. Les évaluations de la loi WTL

Jusqu'à présent, la loi WTL a fait l'objet de trois évaluations dont les rapports, publiés en 2007, 2012, 2017 et 2023, sont consultables en néerlandais sur le site www.zonmw.nl :

- Rapport d'évaluation de 2007 : Rechercher *eerste evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (première évaluation de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide).
- Rapport d'évaluation de 2012 : rechercher *tweede evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (deuxième évaluation de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide).
- Rapport d'évaluation de 2017 : Rechercher *derde evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (troisième évaluation de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide).
- Rapport d'évaluation de 2023 : rechercher *vierde evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (quatrième évaluation de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide).

5.4. Les directives du ministère public

Les signalements à propos desquels les commissions ont conclu au non-respect d'un ou plusieurs critères de rigueur sont transmis au ministère public et à l'Inspection de la santé et de la jeunesse. La procédure suivie dans de tels cas par le ministère public est exposée dans ses Directives relatives à la décision de poursuites dans le cadre de l'interruption volontaire de la vie (euthanasie et aide au

suicide) [*Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding)*], consultables sur le site internet www.wetten.overheid.nl/BWBR0039555/2017-05-17.

5.5. Les normes formulées par le corps médical

La KNMG a élaboré à l'intention des médecins plusieurs avis et directives concernant l'euthanasie, notamment le point de vue sur les décisions médicales relatives à la fin de vie (*Standpunt Beslissingen rond het levenseinde*, 2021), la directive Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*), publiée en 2021 en collaboration avec la KNMP, et la directive sur l'euthanasie en situation de conscience minimale (*Richtlijn Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*, 2010). Ces textes sont disponibles, ainsi que d'autres informations, sur le site www.knmg.nl.

L'Association néerlandaise de psychiatrie (NVvP) a publié en 2018 une directive relative à l'interruption de la vie sur demande des patients atteints de troubles psychiques. Cette directive s'adresse aux psychiatres et autres médecins ayant reçu une demande d'euthanasie de la part d'un patient atteint d'un trouble psychique. Elle est disponible sur les sites www.nvvp.net et www.richtlijndatabase.nl.

5.6. Le Centre d'expertise sur l'euthanasie

Le centre d'expertise sur l'euthanasie peut apporter aide et soutien aux médecins, notamment grâce à un guichet d'information, des formations et un consultant euthanasie. Voir le site www.expertisecentrum euthanasie.nl.

Annexe – Dispositions légales pertinentes

Bulletin des lois et décrets royaux 2001, n° 194

Loi du 12 avril 2001 sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide et modification du code pénal et de la loi sur les pompes funèbres⁴⁴.

Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (WTL)⁴⁵

Chapitre I

Définitions

Article 1

Aux termes de la présente loi, on entend par :

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

Chapitre II

Critères de rigueur

Article 2

1. Selon les critères de rigueur visés à l'article 293, paragraphe 2, du code pénal, le médecin doit :
 - a. acquérir la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie ;
 - 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.
2. Si le patient âgé de seize ans ou plus n'est plus capable d'exprimer sa volonté, mais qu'avant d'être dans cet état, il était jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière et a fait une déclaration écrite dans laquelle il demande l'interruption de la vie, le médecin peut donner suite à cette demande. Les critères de rigueur visés au paragraphe 1 sont applicables par analogie.

⁴⁴ Voir concernant l'examen par le Parlement : Documents parlementaires II, 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691. Comptes rendus des débats II 2000/2001, p. 2001-2072 ; 2107-2139 ; 2202-2223 ; 2233-2260 ; 2372-2375. Documents parlementaires I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (réimpr.) ; 137d, 137e, 137f, 137g, 137h). Comptes rendus des débats I 2000/2001, cf. réunion du 10 avril 2001.

⁴⁵ dans la version en vigueur le 1^{er} janvier 2026. Pour la version la plus récente, voir le site <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410>.

3. Si le patient mineur a entre seize ans et dix-huit ans et peut être jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière, le médecin peut donner suite à sa demande d'interruption de la vie ou d'aide au suicide après que le parent ou les parents investis de l'autorité parentale ou le tuteur ont été associés à la décision.
4. Si le patient mineur a entre douze ans et seize ans et peut être jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière, le médecin peut donner suite à sa demande si le parent ou les parents investis de l'autorité parentale ou le tuteur peuvent accepter l'interruption de la vie ou l'aide au suicide. Le paragraphe 2 est applicable par analogie.

Chapitre III

Commissions régionales de contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide

Paragraphe 1 Instauration, composition et nomination

Article 3

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

Article 4

1. Le président, les membres et les suppléants sont nommés par Nos ministres pour une durée de quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé une fois pour une durée de quatre ans.
2. Chaque commission a un secrétaire et un ou plusieurs secrétaires suppléants, tous juristes, qui sont désignés par Nos ministres. Le secrétaire a voix consultative dans les réunions de la commission. L'affectation expire de droit à la date à laquelle l'exercice de la fonction de secrétaire ou de secrétaire suppléant cesse de faire partie des activités de l'agent concerné.
3. Le secrétaire ne rend compte de ses travaux qu'à la commission pour laquelle il les effectue.

Paragraphe 2 Démission

Article 5

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

Article 6

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

Paragraphe 3 Rémunération

Article 7

1. Sans préjudice des articles 4 à 6, le statut juridique des présidents, comprenant en tout cas les règles relatives aux indemnités, est établi par ou en vertu d'un règlement d'administration publique.
2. Les règles visées au paragraphe 1 peuvent être établies de façon différente pour les divers présidents selon la nature et l'étendue des activités qu'ils doivent assurer.

Paragraphe 4 Tâches et compétences

Article 8

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

Article 9

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

Article 10

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

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

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

Paragraphe 6 Méthode de travail

Article 11

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

Article 12

1. Le jugement est arrêté à la majorité simple des voix.
2. Le jugement est arrêté par trois membres de la commission représentant chacun une des catégories d'experts citées à l'article 3, paragraphe 2, première phrase.

Article 13

Les présidents des commissions régionales de contrôle se concertent au moins deux fois par an sur les méthodes et le fonctionnement des commissions. Sont invités à cette concertation un médecin et un spécialiste des questions d'éthique ou philosophiques, représentant chacun les autres membres de la catégorie d'experts concernée.

Paragraphe 7 Confidentialité et récusation

Article 14

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

Article 15

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

Article 16

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

Paragraphe 8 Rapport

Article 17

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

Article 18

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

Article 19

1. Sur proposition de Nos ministres, des règles sont établies par règlement d'administration publique concernant :
 - a. le nombre et la compétence territoriale,
 - b. le lieu d'établissement des commissions.
2. Par ou en vertu d'un règlement d'administration publique, Nos ministres établissent des règles complémentaires concernant :
 - a. la taille et la composition,
 - b. la méthode de travail et les rapports des commissions.
 - c. la concertation avec un représentant du Collège des procureurs généraux du ministère public et un représentant de l'Inspection de la santé et de la jeunesse.

Chapitre IIIa

Bonaire, Saint-Eustache et Saba

Article 19a

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

Article 19b

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

Article 19c

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

Article 19d

Le président de la commission visée à l'article 19c participe aux concertations visées à l'article 13.

Code pénal

Article 293

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

Article 294

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

Loi sur les pompes funèbres

Article 7

1. Celui qui a pratiqué l'examen du corps établit un certificat de décès s'il est convaincu que la mort est la conséquence d'une cause naturelle.

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

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE

Édition

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

Janvier 2026