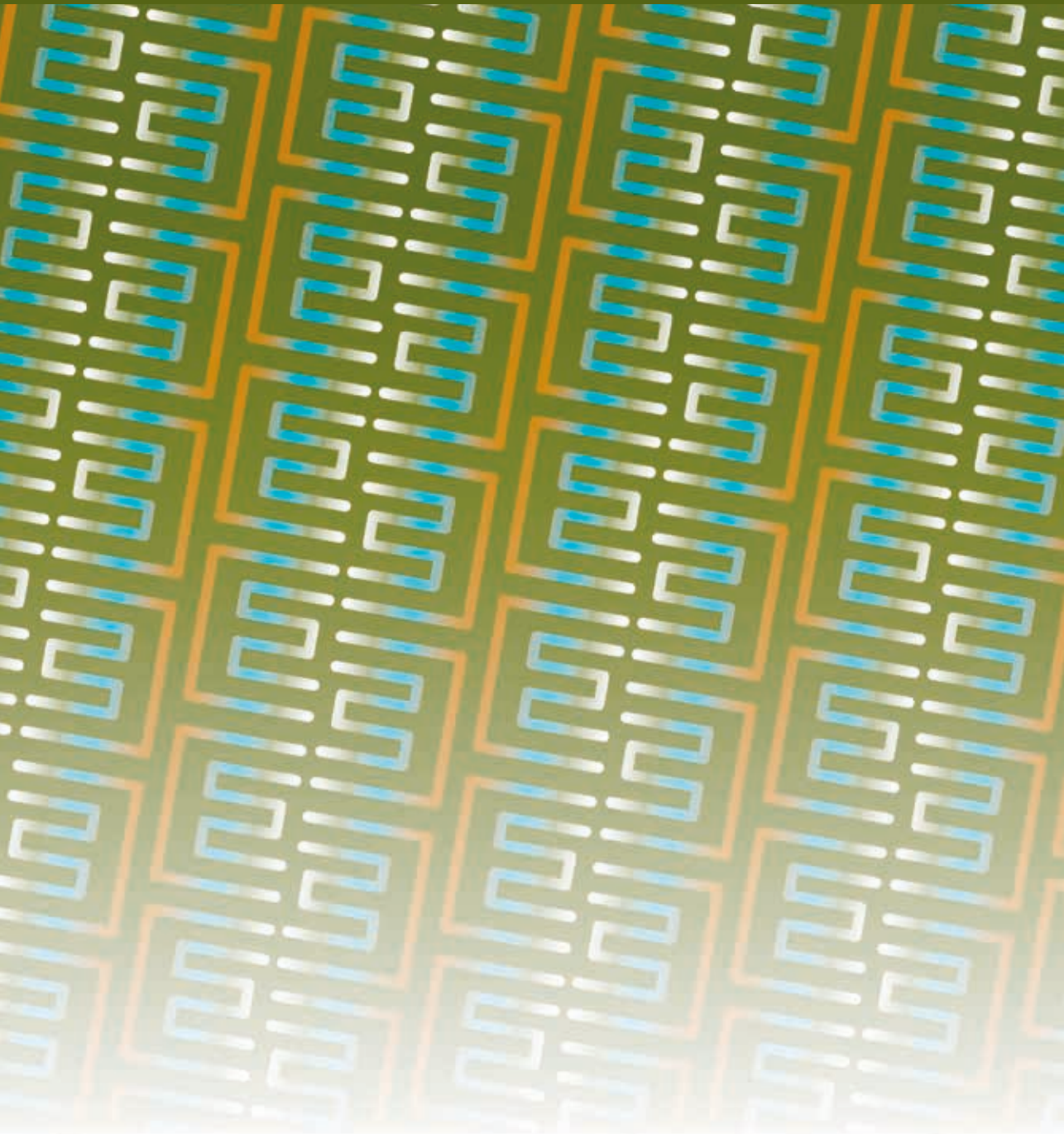


COMMISSIONS REGIONALES
DE CONTROLE
DE L'EUTHANASIE

RTE

RAPPORT 2017



COMMISSIONS REGIONALES
DE CONTROLE
DE L'EUTHANASIE



RAPPORT 2017

Note concernant la traduction :

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

www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg (en néerlandais).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

Un débat de société	5
Troisième évaluation de la loi WTL	7

CHAPITRE I ÉVOLUTIONS EN 2017

1 Rapport annuel	9
2 Signalements	9
Nombre de signalements	9
Proportion hommes-femmes	9
Proportion interruption de la vie sur demande-aide au suicide	11
Affections	11
Affections les plus courantes	11
Démence	11
Troubles psychiatriques	11
Polypathologies gériatriques	13
Polypathologies et autres affections	13
Âge	13
Lieu où est pratiquée l'interruption de la vie	13
Médecins signaleurs	15
Euthanasie et don d'organes et de tissus	15
Non-respect des critères de rigueur	17
La pratique du contrôle et les nuances du jugement (ne figure pas dans le présent résumé)	17
3 Méthode de travail des commissions, évolutions	19
Signalements VO et NVO	19
Signalements complexes (ne figure pas dans le présent résumé)	19
Code de déontologie en matière d'euthanasie (2018)	19
Comité de réflexion (ne figure pas dans le présent résumé)	20
Lettre notifiant le jugement (ne figure pas dans le présent résumé)	20
Organisation (ne figure pas dans le présent résumé)	20

CHAPITRE II ÉTUDE DE CAS

1 Introduction	21
2 Respect des critères de rigueur	24
2.1 Cinq cas représentatifs	24
Cas 2017-68 Cancer	24
Cas 2017-86 Pathologies du système nerveux	26
Cas 2017-49 Pathologies pulmonaires	27
Cas 2017-59 Pathologies cardiovasculaires	28
2.2 Cas illustrant quatre des critères de rigueur de la loi WTL	29
Cas 2017-12	29
Cas 2017-07	31

Cas 2017-08	33
Cas 2017-82	35
2.3 Cas de patients atteints de troubles psychiatriques, de démence ou de polyopathologies gériatriques	36
Cas 2017-42	36
Cas 2017-14 Démence avancée	38
Cas 2017-38	41
3 Non-respect des critères de rigueur	44
Cas 2017-73	44
Cas 2017-103	48
Cas 2017-31	55
Cas 2017-79	58

AVANT-PROPOS

UN DÉBAT DE SOCIÉTÉ

Du point de vue des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), l'année 2017 offre un bilan contrasté.

En effet, si la troisième évaluation de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (loi WTL), publiée en mai, brosse un tableau incontestablement positif de la pratique de l'euthanasie aux Pays-Bas et du soutien public dont elle bénéficie, l'année a aussi été marquée par la parution d'un manifeste dans lequel plusieurs médecins s'élèvent contre l'euthanasie de patients à un stade avancé de démence sur la seule base d'un testament de vie rédigé antérieurement. Défendant l'idée que l'euthanasie ne peut se justifier que dans le cas de patients encore aptes à exprimer leur demande oralement, ils ont été rejoints à l'automne par un groupe de psychiatres qui s'interrogent quant à eux sur l'euthanasie concernant des patients psychiatriques. À leurs yeux, seul le psychiatre en charge d'une personne souffrant de troubles psychiatriques et souhaitant être euthanasiée peut juger de l'aptitude de cette dernière à exprimer sa volonté et des perspectives thérapeutiques qui lui restent.

Concernant la pratique du contrôle, l'évaluation formule tant des compliments que des recommandations visant à l'améliorer. De même que les années précédentes, les signalements examinés par les RTE concernent en grande majorité des patients incurables ne recevant plus que des soins palliatifs, c'est-à-dire visant à améliorer la qualité de vie. Les pathologies les plus couramment observées sont le cancer, les pathologies du système nerveux, les maladies cardiovasculaires et pulmonaires, la démence à un stade précoce, l'association de plusieurs de ces pathologies ou les polypathologies gériatriques.

Le débat public dont fait l'objet l'euthanasie des patients souffrant de troubles psychiatriques ou de démence avancée ne vise qu'un nombre relativement faible de signalements puisque pour 2017, seulement trois des 6 585 cas signalés concernent une démence avancée, et 83 un patient psychiatrique.

Il s'agit de dossiers particulièrement complexes dont les RTE examinent rigoureusement tous les aspects avant de rendre leur jugement. S'il reste des questions sans réponse à l'issu de cet examen, le médecin ayant pratiqué l'euthanasie est invité à venir s'expliquer devant la commission concernée. Il a été décidé fin 2017 de convoquer systématiquement le médecin lorsque l'euthanasie concerne un

patient souffrant de démence avancée et a été pratiquée sur la base d'un testament de vie, afin qu'il éclaire les motifs de sa décision et les circonstances de son acte devant la commission. À cet égard, il est intéressant de souligner que le groupe des quinze médecins membres des RTE compte deux psychiatres, trois gériatres et un gériatre clinicien.

Il est surprenant de constater que, dans le débat concernant la valeur d'un testament de vie rédigé par le patient alors qu'il était encore apte à exprimer sa volonté, il est parfois implicitement reproché aux RTE de s'en tenir sur ce point aux dispositions de la loi WTL. Celle-ci stipule à l'article 2, paragraphe 2, qu'un médecin peut procéder à l'euthanasie d'un patient âgé de plus de seize ans qui n'est plus en état d'exprimer sa volonté si ce dernier en a fait auparavant la demande écrite. En refusant catégoriquement de classer ces signalements comme conformes aux critères de rigueur, les RTE s'exposeraient au reproche – justifié – de ne pas s'acquitter de la tâche qui leur a été confiée par le législateur, c'est-à-dire juger si le médecin a agi conformément aux critères de rigueur définis dans la loi WTL, y compris à l'article 2, paragraphe 2.

L'idée que seul le psychiatre traitant peut pratiquer l'euthanasie sur un patient psychiatrique ne correspond pas aux dispositions définies par le législateur et ne se retrouve ni dans le texte de la loi, ni dans les comptes rendus parlementaires. Le nouveau projet de directive de l'Association néerlandaise de psychiatrie montre que la profession dans son ensemble ne considère pas non plus que le médecin pratiquant l'euthanasie doit forcément être le psychiatre traitant. Il doit par contre, conformément à la loi, à la jurisprudence et aux jugements des RTE, consulter en plus du consultant prévu un psychiatre indépendant dans tous les cas où la demande émane d'un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique. Cette seconde consultation vise en particulier à obtenir une évaluation indépendante de la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et de l'absence d'autre solution raisonnable. Pour ne pas importuner le patient inutilement, il est possible de faire appel à un consultant, membre du SCEN ou non, qui soit également psychiatre¹.

6

TROISIÈME ÉVALUATION DE LA LOI WTL

(Ne figure pas intégralement dans le présent résumé)

La troisième évaluation de la loi WTL² recommande d'étudier la possibilité d'un pourvoi en cassation dans l'intérêt de la loi contre le

1 Cette disposition figure aussi dans le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018.

jugement d'une commission régionale, ce qui répond à la suggestion formulée dans le rapport 2016 et se révèle particulièrement actuelle compte tenu de la décision du Ministère public d'ouvrir une instruction sur plusieurs cas jugés par les RTE en 2016 et 2017.

Jacob Kohnstamm

Président coordinateur des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

La Haye, mars 2018



PROPORTION HOMMES-FEMMES

8

Hommes	3384
Femmes	3201

CHAPITRE I

ÉVOLUTIONS EN 2017

1 RAPPORT ANNUEL

Pour plus d'informations sur la loi, sur la méthode de travail des commissions, etc., consultez le code de déontologie en matière d'euthanasie (2018) et les sites internet euthanasiecommissie.nl (en néerlandais) et english.euthanasiecommissie.nl (en anglais).

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

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

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

2 SIGNALEMENTS

Nombre de signalements

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

En 2017, les RTE ont enregistré 6 585 signalements d'euthanasie (dont deux dans les Pays-Bas caraïbes), représentant 4,4 % du nombre total de décès (150 027), contre 6 091, soit 4 % du nombre total de décès (148 973) en 2016. Si le nombre de signalements a augmenté, il reste donc relativement faible par rapport au nombre total de décès.

Proportion hommes-femmes

Le rapport hommes-femmes dans les signalements est à peu près égal : 51,4% contre 48,6% (soit 3 384 hommes et 3 201 femmes).



PROPORTION INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE-AIDE AU SUICIDE

10

● Interruption de la vie sur demande	6306
● Aide au suicide	250
● Combinaison des deux	29

Proportion interruption de la vie sur demande-aide au suicide

6 306 signalements (95,8 %) concernent des cas d'interruption de la vie sur demande, 250 (3,8 %) des cas d'aide au suicide et 29 (0,4 %) une combinaison des deux.

Affections

Affections les plus courantes

Dans 89,4 % des cas (soit 5 893), les patients étaient atteints de maladies incurables telles que le cancer (4 236 cas), les pathologies du système nerveux – comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou la maladie de Charcot – (374 cas), les maladies cardiovasculaires (275 cas), pulmonaires (226 cas) ou une combinaison de celles-ci (782 cas).

Démence

Trois des signalements concernent des patients à un stade avancé de la maladie, qui n'étaient plus en mesure de s'exprimer sur leur demande d'euthanasie ; leur testament de vie a été déterminant pour établir le caractère volontaire de cette demande. Cf. par exemple le cas 2017-14 présenté au chapitre II.

Dans 166 des signalements, la cause des souffrances est un début de processus démentiel. Les patients concernés avaient donc encore une bonne compréhension de leur pathologie et de ses symptômes, tels que l'altération de l'orientation et de la personnalité. Ils ont été considérés comme aptes à exprimer leur volonté concernant leur demande, car encore capables d'en envisager les conséquences, comme dans le cas 2017-06 présenté au chapitre II.

Troubles psychiatriques

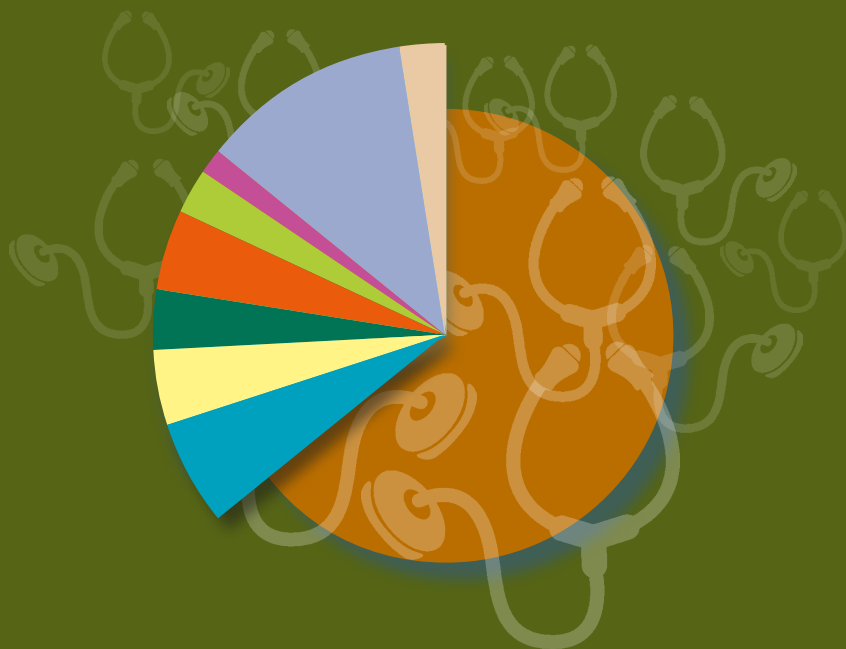
Pour 83 des signalements d'euthanasie, la cause des souffrances du patient est un trouble psychiatrique. Dans 36 de ces 83 cas le médecin signaleur est un psychiatre, dans 22 cas un médecin généraliste, dans 6 cas un gériatre et dans 19 cas un autre type de médecin (par exemple un psychiatre en formation). Une approche particulièrement prudente est ici nécessaire, comme dans le cas 2017-42 présenté au chapitre II. L'Association néerlandaise de psychiatrie (NVvP) a décrit dans sa directive sur l'aide au suicide de patients atteints de troubles mentaux (2009) les procédures à suivre par les psychiatres en cas de demande d'euthanasie d'un patient³.

Une nouvelle version de la directive devrait paraître en 2018.

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de démence, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 42.

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

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



AFFECTIONS

12

Cancer	4236
Pathologies du système nerveux	374
Maladies cardiovasculaires	275
Maladies pulmonaires	226
Accumulation de pathologies gériatriques	293
Démence	169
Troubles psychiatriques	83
Polypathologies	782
Autres affections	147

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

Polypathologies gériatriques

L'accumulation de pathologies gériatriques – troubles de la vision, de l'ouïe, ostéoporose, arthrose, 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. C'est leur association et les troubles afférents qui sont la cause de souffrances que le patient, selon son histoire médicale, la vie qu'il a menée, sa personnalité, les valeurs auxquelles il est attaché et sa résistance, peut ressentir comme insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration. En 2017, les RTE ont reçu 293 signalements de cette catégorie.

Polypathologies et autres affections

Dans 782 signalements, il est question de polypathologies. Sont classés dans cette catégorie tous les cas dans lesquels les souffrances du patient sont dues à une association d'affections des catégories mentionnées plus haut : par exemple un cancer et une pathologie cardiovasculaire, ou encore une démence ou un trouble psychiatrique conjugué à une MPOC.

Enfin, pour enregistrer les signalements concernant des pathologies n'entrant pas dans les catégories définies, par exemple un syndrome de douleur chronique, les commissions utilisent la catégorie « autres affections ». Elle comptait en 2017 147 cas.

13

Âge

Concernant les points à considérer dans les cas de patients mineurs, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 40.

La majorité des signalements, soit 2 002 cas (30,4 %), concernent des patients septuagénaires ; 1 634 (24,8 %) concernent des octogénaires, et 1 405 (21,3 %) des sexagénaires.

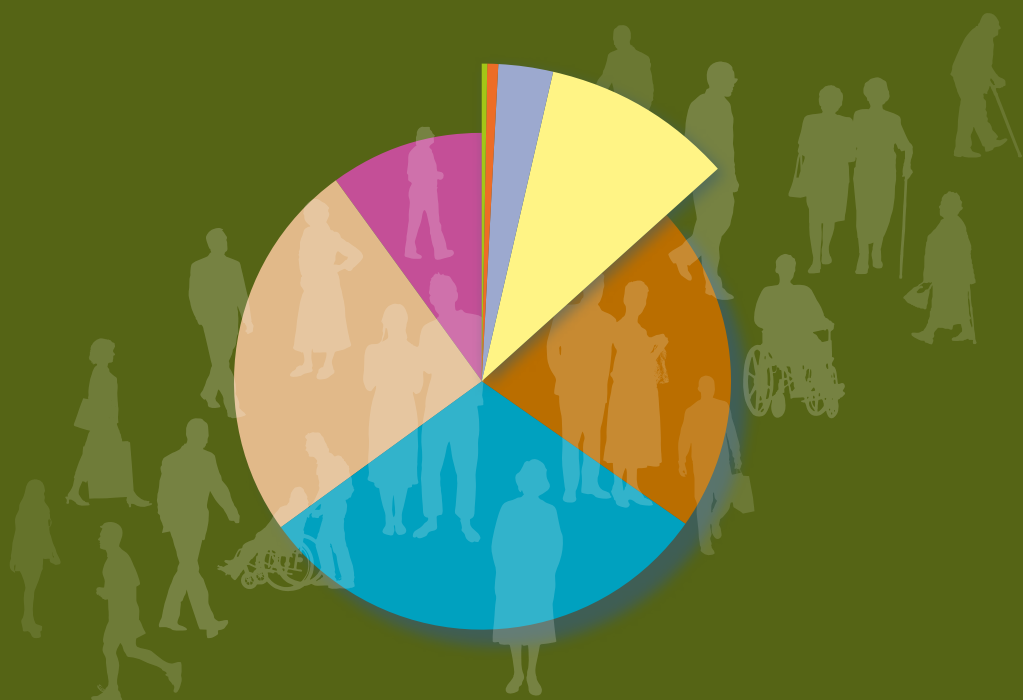
En 2017, les commissions ont enregistré trois signalements concernant un mineur (de 12 à 17 ans).

73 signalements reçus concernent la tranche d'âge des 18-40 ans.

Dans 46 de ces cas, la cause des souffrances est le cancer et dans 13 un trouble psychiatrique. Dans la catégorie « démence » la majorité des signalements concernent des patients octogénaires (63 cas), dans celle « trouble psychiatrique » des quinquagénaires (16 cas), et dans la catégorie « polypathologies gériatriques », des patients au moins nonagénaires (199 cas).

Lieu où est pratiquée l'interruption de la vie

Dans la grande majorité des cas (5 308, soit 80,6 %), l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient. Dans 436 cas, soit 6,6 %, elle s'est déroulée dans un établissement de soins palliatifs ; dans 286 cas,



ÂGE

14

● À 30 ans*	22
● 30-40 ans	51
● 40-50 ans	183
● 50-60 ans	635
● 60-70 ans	1405
● 70-80 ans	2002
● 80-90 ans	1634
● 90 ans et plus agé	653

* 3 mineurs

soit 4,3 %, dans une maison de retraite médicalisée ; dans 287 cas, soit 3,8 %, dans un établissement de long séjour ; dans 172 cas, soit 2,6 %, dans un hôpital ; dans 96 cas, soit 1,5 %, dans un autre lieu (par exemple domicile d'un membre de la famille, maison de repos ou hôtel médicalisé).

Médecins signaleurs

La plupart des signalements (5 636) ont été effectués par un médecin généraliste (85 % de l'ensemble des signalements). Parmi les autres médecins signaleurs, on relève 382 gériatres, 247 médecins spécialistes et 68 spécialistes en formation, mais aussi 252 médecins d'un autre type, dont la plupart travaillent au sein de l'association Clinique de fin de vie (SLK).

Les commissions régionales ont observé un nombre accru de signalements émanant de médecins de la SLK : 751 en 2017 contre 487 en 2016, soit une augmentation de 54 %.

Les données montrent que ces praticiens sont fréquemment appelés à traiter des cas complexes, parfois à l'initiative du médecin traitant. Une grande partie des signalements faisant état d'un trouble psychiatrique (52 sur 83, soit quelque 62 %) ont été effectués par un médecin de la SLK. Parmi ceux mentionnant une forme de démence comme cause des souffrances, 57 (soit plus de 33 %) émanent d'un médecin de la SLK. Les commissions ont également reçu 108 signalements (soit 37 %) de médecins de la SLK concernant des polyopathologies gériatriques. Il ressort des dossiers que les praticiens considèrent ces affaires comme complexes ou qu'ils orientent les patients par principe vers la SLK. Par ailleurs, certains ne sont disposés à pratiquer une euthanasie que dans les cas d'affections en phase terminale. Ils orientent eux aussi parfois les patients vers la SLK.

15

Euthanasie et don d'organes et de tissus

L'interruption volontaire de la vie dans le cadre de l'euthanasie n'empêche en principe pas le don d'organes et de tissus. L'Association néerlandaise pour la transplantation détaille dans sa directive de juillet 2017 sur le don d'organes après l'euthanasie [*Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie*] les étapes de la procédure à suivre dans un tel cas⁴ Les RTE ont reçu en 2017 quatre signalements dans lesquels il est question de don d'organes après l'euthanasie, comme dans le cas 2017-86 présenté au chapitre II.

4 La directive et d'autres documents relatifs à son contexte et son fondement peuvent être consultés sur le site internet transplantatiestichting.nl/bestel-en-download/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie.



MÉDECINS SIGNALEURS

16

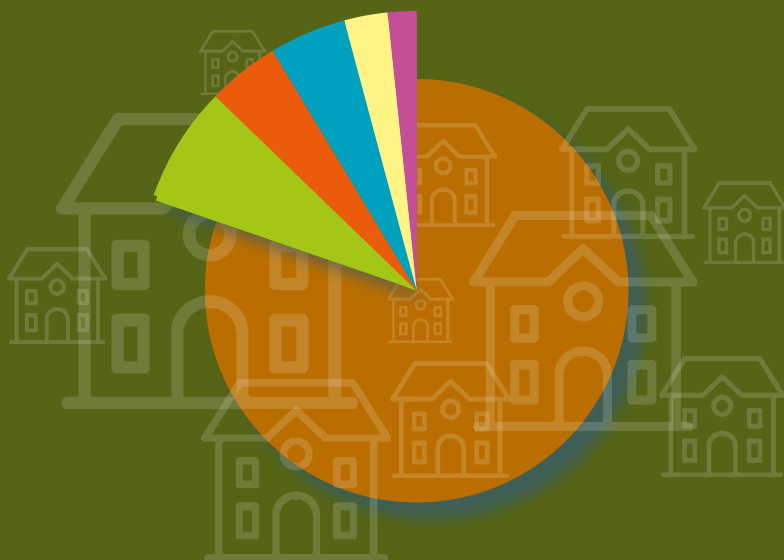
● Généraliste	5636
● Gériatre	382
● Spécialiste	247
● Spécialiste en formation	68
● Médecins d'un autre type	252
(par exemple ayant une formation en médecine de base ou travaillant au sein de l'association Clinique de fin de vie (SLK))	

Non-respect des critères de rigueur

Dans 12 des 6 585 signalements, soit 0,18 % des cas, les commissions régionales ont jugé que le médecin ayant pratiqué l'euthanasie n'a pas respecté tous les critères de rigueur prévus à l'article 2, paragraphe 1, de la loi WTL. Dans un peu plus de la moitié de ces cas, les exigences relatives à la consultation d'un médecin indépendant (1) et à la rigueur médicale de l'acte (6) n'ont pas été respectées. Dans quatre des autres cas, les critères en cause (généralement de façon combinée) sont le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, l'absence de perspective d'amélioration et le caractère insupportable des souffrances, et l'absence d'autre solution raisonnable. Enfin, dans un cas, le médecin n'a pas respecté une exigence supplémentaire concernant les patients psychiatriques : consulter un psychiatre indépendant afin qu'il juge en particulier de la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant la demande d'euthanasie, de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et de l'absence d'autre solution raisonnable.

La pratique du contrôle et les nuances du jugement

(ne figure pas dans le présent résumé)



LIEU OÙ EST PRATiquÉE L'INTERRUPTION DE LA VIE

18

● Domicile du patient	5308
● Établissement de soins palliatifs	436
● Maison de retraite médicalisée	286
● Établissement de long séjour	287
● Hôpital	172
● Autre lieu	96
(par exemple domicile d'un membre de la famille, maison de repos ou hôtel médicalisé)	

3 MÉTHODE DE TRAVAIL DES COMMISSIONS, ÉVOLUTIONS

Signalements VO et NVO

Depuis 2012, les RTE classent les signalements dès leur réception selon qu'ils sont ou non générateurs de questions. Un signalement est considéré comme non générateur de questions (NVO) si la première lecture qu'en fait le secrétaire-juriste expérimenté de la commission concernée laisse présumer qu'il est suffisamment documenté et que la probabilité que le médecin ait respecté les critères de rigueur est assez forte pour que l'examen du dossier par voie électronique puisse suffire. Les signalements de ce type et les dossiers afférents sont soumis hebdomadairement à l'examen et au jugement des commissions (composées d'un juriste, d'un médecin et d'un spécialiste des questions d'éthique ou philosophiques), le tout numériquement afin de faciliter le respect des délais de traitement. 81 % des dossiers de 2017 concernent des signalements NVO. Les cas 2017-68, 2017-84, 2017-49 et 2017-59 présentés au chapitre II sont des exemples de tels signalements.

Quelques-uns des dossiers NVO (92, soit 1,4 %) ont néanmoins fait l'objet des délibérations de la commission concernée comme signalements générateurs de questions (signalements VO). Il suffit que l'un des membres indique avoir des questions pour que le dossier soit renvoyé pour examen lors de la réunion mensuelle de la commission. Les 19 % de signalements d'emblée classés comme générateurs de questions – orales – (par exemple à cause d'une problématique complexe liée à un trouble psychiatrique ou à la démence, ou parce que le dossier fourni par le médecin était trop succinct) ont été examinés au cours des réunions mensuelles.

En 2017, 5 765 signalements (soit 87,6 % de tous ceux reçus) ont ainsi été examinés par les RTE. Le délai moyen entre la réception d'un signalement et l'envoi au médecin du jugement de la commission est de 52 jours, soit un peu plus que le délai de six semaines prévu par l'article 9, paragraphe 1, de la loi WTL.

Signalements complexes

(ne figure pas dans le présent résumé)

Code de déontologie en matière d'euthanasie (2018)

La publication d'un code de déontologie en matière d'euthanasie est prévue pour le printemps 2018. Cette version actualisée du code de 2015 présente dans les grandes lignes les aspects que les commissions jugent essentiels dans l'exercice de leur fonction telle que définie par la loi. Ce code, qui se veut accessible, a pour objectif d'aider en particulier

les consultants et les médecins impliqués dans la mise en œuvre de l'euthanasie à mieux comprendre la façon dont les RTE interprètent et appliquent les critères de rigueur légaux.

Comité de réflexion

(ne figure pas dans le présent résumé)

Lettre notifiant le jugement

(ne figure pas dans le présent résumé)

Organisation

(ne figure pas dans le présent résumé)

CHAPITRE II

ÉTUDE DE CAS

II

1 INTRODUCTION

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

Ce chapitre est consacré aux jugements des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie. Les RTE ont pour mission d'examiner les dossiers des médecins relatifs aux cas d'interruption de la vie sur demande et d'aide au suicide (ci-après : euthanasie).

Aux termes de la loi, le médecin ayant pratiqué une euthanasie est tenu d'en avvertir le médecin légiste de la commune, qui transmet ensuite le signalement et les documents joints à la RTE concernée. Les principales pièces du dossier sont le rapport du médecin signaleur, le compte rendu du médecin consultant indépendant, certains éléments du dossier médical du patient, son testament de vie le cas échéant et une déclaration du médecin légiste de la commune. Le consultant est presque toujours un médecin indépendant formé dans le cadre du programme SCEN (soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas) élaboré par la KNMG.

La commission vérifie si le médecin signaleur a respecté les six critères de rigueur visés à l'article 2, paragraphe 1, de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (loi WTL).

Selon les critères de rigueur, le médecin doit :

- a. avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie ;
- b. avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration ;
- c. avoir informé le patient sur sa situation et sur les perspectives qui sont les siennes ;
- d. être parvenu, en concertation avec le patient, à la conviction qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouvait ;
- e. avoir consulté au moins un autre médecin indépendant, qui a vu le patient et a donné par écrit son jugement concernant les critères de rigueur visés aux points a à d ; et
- f. avoir pratiqué l'interruption de la vie ou l'aide au suicide avec toute la rigueur médicale requise.

Les commissions contrôlent si le médecin signaleur a agi conformément à la loi, à sa genèse et à la jurisprudence, en considérant également les jugements qu'elles ont déjà rendus et les décisions du ministère public et de l'Inspection de la santé.

Les commissions examinent s'il *est établi* que les critères en matière d'information (c), de consultation (e) et de rigueur médicale de l'acte (f) ont été respectés. On parle alors en langage juridique de contrôle approfondi.

Pour ce qui est des trois autres critères de rigueur, (a), (b) et (d), le médecin doit pouvoir *démontrer* qu'il a, compte tenu des circonstances, *raisonnablement pu acquérir la conviction* qu'ils étaient respectés. On parle alors en langage juridique de contrôle marginal. Cela signifie que les commissions n'en font pas un contrôle intégral et ne cherchent donc pas à répondre de nouveau aux mêmes questions que le médecin qui a pris la décision, ce qui serait d'ailleurs impossible puisque le patient n'est plus. Ce sont en revanche précisément les sujets sur lesquels se penche le médecin consultant.

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

Le paragraphe 2 se décompose en trois sous-paragrophes.

Le premier (2.1) présente cinq jugements représentatifs de la grande majorité des signalements reçus par les RTE : des cas dans lesquels la guérison est exclue et concernant des cancers, des pathologies du système nerveux, cardiovasculaires ou pulmonaires.

Le second sous-paragraphe (2.2) s'intéresse à plusieurs critères de rigueur légaux, en particulier le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande (a), le caractère insupportable et sans perspective d'amélioration des souffrances (b), l'absence d'autre solution raisonnable (d) et la rigueur médicale de l'acte (f). Les cas présentés sont plus complexes, ce qui ressort des données détaillées concernant le patient, sa demande et ses souffrances, ainsi que des complémentaires de la commission. Deux critères ne sont pas explicitement abordés ici : l'information du patient sur ses perspectives (c) et la consultation d'au moins un médecin indépendant (e). Le premier (c) est étroitement lié aux autres critères, et notamment à l'exigence d'une demande volontaire et mûrement réfléchie, qui n'est possible que si le patient est bien informé de sa situation et des perspectives qui sont les siennes. Quant au critère relatif à la consultation, il est abordé dans les cas de non-respect des critères de rigueur.

Le sous-paragraphe 2.3 décrit des cas dans lesquels l'euthanasie ou l'aide au suicide a été pratiquée sur des patients atteints de pathologies particulières : troubles psychiatriques (un cas), démence (deux cas) et polyopathologies gériatriques (deux cas).

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

Le paragraphe 3 présente dix des douze cas dans lesquels les RTE ont jugé que le médecin n'avait *pas* respecté ces critères. Dans deux dossiers, il s'agit des critères relatifs au caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande *et* au caractère insupportable et dépourvu de perspective d'amélioration des souffrances (2017-73 et 2017-103) ; dans deux autres, la commission a estimé que le critère relatif au caractère insupportable et dépourvu de perspective d'amélioration n'était pas rempli (2017-31 et 2017-79) ; dans un cas, la prudence accrue nécessaire concernant l'interruption de la vie sur demande d'un patient psychiatrique n'a pas été observée. Un autre cas concerne le défaut de consultation indépendante (2017-10), six autres le non-respect de la rigueur médicale requise lors de l'acte (quatre de ces cas sont présentés au paragraphe 3 : 2017-02, 2017-11, 2017-28 et 2017-118).

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

2 RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

2.1 Cinq cas représentatifs

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

Dans le premier cas, le jugement a été repris dans sa quasi-totalité, à l'exception des données permettant l'identification des personnes, ce qui permet de voir à quoi ressemble un tel jugement des commissions. Ensemble, ces cinq cas donnent une image fidèle de la problématique à laquelle les RTE sont le plus souvent confrontées. Dans trois d'entre eux, un élément particulier s'ajoute : consultation précoce, association euthanasie et don d'organes, et euthanasie d'un patient dont le lieu de résidence principal est à l'étranger.

CAS 2017-68 CANCER

*Pour le texte intégral,
voir le jugement
2017-68 sur le site
internet.*

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO ; consultation précoce en raison du risque à court terme de ne plus pouvoir s'entretenir avec le patient (métastases au cerveau)

FAITS ET CIRCONSTANCES

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

a. caractère des souffrances, information et autres solutions

Le patient, septuagénaire, était atteint d'un grave cancer de la peau, diagnostiqué huit ans auparavant. Quatre mois avant le décès, des métastases aux poumons et au cerveau ont été constatées. Le mois précédant le décès, le patient a eu une crise d'épilepsie, après quoi son état s'est rapidement dégradé. Toute guérison était exclue. Le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration de la qualité de vie). Le patient souffrait de confusion mentale, de somnolence et d'incontinence urinaire et fécale, ainsi que d'une difficulté croissante à communiquer. Il n'était plus capable de faire quoi que ce soit, ne parvenait presque plus à marcher seul et était complètement dépendant. Sachant que son état ne ferait que se dégrader, il souffrait du manque de sens et d'absence de perspective de sa situation, du défaut de qualité de vie et de sa déchéance physique croissante, qu'il ressentait comme insupportables. Le médecin a acquis la conviction du caractère

insupportable des souffrances du patient et de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Il n'y avait plus, pour le patient, aucune possibilité acceptable d'alléger ses souffrances. Il ressort du dossier que le médecin et les spécialistes ont suffisamment informé le patient de sa situation et de ce que cela signifiait pour l'avenir.

b. Demande d'interruption de la vie

Le patient avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin. Trois jours avant le décès, il lui a en demandé la mise en œuvre effective. Le médecin a considéré que cette demande était volontaire et mûrement réfléchie.

c. Consultation

Le praticien a deux fois fait appel au même médecin indépendant du SCEN comme consultant.

La première fois, celui-ci s'est rendu auprès du patient environ deux mois avant l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès à la documentation médicale pertinente. La consultation avait lieu de façon précoce, les métastases au cerveau risquant à court terme de rendre impossible un entretien avec le patient.

Dans son compte rendu, le consultant a décrit le déroulement de la maladie et le caractère des souffrances du patient.

Il a conclu, notamment sur la base de sa visite, que les critères de rigueur n'étaient pas remplis : les souffrances étaient encore dans la limite du supportable et le patient n'avait pas encore formulé de demande concrète d'euthanasie.

La veille du décès le consultant s'est à nouveau rendu auprès du patient après avoir été informé par le médecin de l'évolution de la maladie depuis la première visite. Dans son second compte rendu, le consultant a résumé cette évolution et conclu que tous les critères de rigueur étaient maintenant respectés : les souffrances étaient devenues insupportables et le patient avait formulé une demande concrète d'euthanasie.

d. Mise en œuvre

Le médecin a effectué l'euthanasie en utilisant les produits, les doses et la méthode recommandés dans la directive de la KNMG/KNMP Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide d'août 2012⁵.

JUGEMENT

La commission a examiné a posteriori si le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur prévus à l'article 2 de la loi WTL. Compte tenu des faits et circonstances ci-dessus, la commission

5 Cf. le site internet www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijnen/richtlijn-uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding.

considère que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie, et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Le médecin a suffisamment informé le patient sur sa situation et ses perspectives. Il est parvenu, en concertation avec lui, à la conclusion qu'il n'existait dans sa situation aucune autre solution raisonnable. Il a consulté au moins un confrère indépendant, qui a examiné le patient et a consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur. Le médecin a pratiqué l'interruption de la vie sur demande avec toute la rigueur médicale requise.

DÉCISION

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

CAS 2017-84

(ne figure pas dans le présent résumé)

CAS 2017-86 PATHOLOGIES DU SYSTÈME NERVEUX

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO ; euthanasie associée à un don d'organes

La patiente, quinquagénaire, était atteinte de la maladie de Charcot (une maladie neurodégénérative touchant les neurones moteurs de la moelle épinière et d'une partie du cerveau), diagnostiquée deux ans auparavant. Toute guérison était exclue. Le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration de la qualité de vie).

La patiente souffrait de la dégradation de son état, entraînant une grave perte fonctionnelle. Elle ne parvenait plus à manger et avait des difficultés à communiquer. La patiente, qui avait toujours été indépendante, active et aimait communiquer, était désormais complètement dépendante et quasi incapable de faire quoi que ce soit. Elle savait qu'aucune amélioration n'était possible et que l'avenir n'apporterait qu'une dégradation de son état. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables.

Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales

*Pour le texte intégral,
voir le jugement
2017-86 sur le site
internet.*

dominantes. Le médecin a considéré que la demande d'euthanasie était volontaire et mûrement réfléchie. Il a aussi consulté un confrère indépendant du SCEN qui a conclu au respect des critères de rigueur.

La patiente souhaitait faire don de ses organes. Après concertation, elle a été endormie à son domicile et intubée pour être placée sous respiration artificielle, puis transportée à l'hôpital où l'euthanasie a été pratiquée.

La commission a conclu au respect des critères de rigueur par le médecin.

CAS 2017-49 PATHOLOGIES PULMONAIRES

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO

La patiente, quinquagénaire, souffrait depuis quatorze ans d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Elle était gravement atteinte. Toute guérison était exclue. Le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration de la qualité de vie).

Elle souffrait d'un malaise général, d'essoufflement, de problèmes musculaires et de fatigue. Alors qu'elle avait toujours été indépendante, elle était maintenant de plus en plus souvent forcée de s'aliter. Elle était en situation de dépendance et avait besoin d'assistance respiratoire. Elle souffrait de l'absence de perspective d'amélioration et du défaut de qualité de vie et vivait dans la crainte de suffoquer. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables.

Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Il a considéré que la demande d'euthanasie était volontaire et mûrement réfléchie. Il a aussi consulté un confrère indépendant du SCEN qui a conclu au respect des critères de rigueur. Le médecin a pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise.

La commission a conclu au respect des critères de rigueur par le médecin.

*Pour le texte intégral,
voir le jugement
2017-49 sur le site
internet.*

CAS 2017-59

PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES

*Pour le texte intégral,
voir le jugement
2017-59 sur le site
internet.*

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO

Une insuffisance cardiaque s'est déclarée chez la patiente, octogénaire, cinq mois avant le décès. Elle se trouvait en phase terminale. Toute guérison était exclue. Le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration de la qualité de vie).

La patiente suffoquait au moindre effort, elle souffrait de son immobilité, d'épuisement, ainsi que de démangeaisons intenses et de douleurs dorsales. Elle ne pouvait plus rien faire et ne quittait plus son divan. La peur de tomber et l'absence de perspective étaient causes de souffrances qu'elle ressentait comme insupportables.

Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Il a considéré que la demande était volontaire et mûrement réfléchie. Il a aussi consulté un confrère indépendant du SCEN qui a conclu au respect des critères de rigueur. Le médecin a pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise.

La commission a conclu au respect des critères de rigueur par le médecin.

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

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

Concernant divers points généraux relatifs à la demande volontaire et mûrement réfléchie, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 17 et suivantes.

La loi WTL stipule que le médecin doit avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie. Si la loi ne prescrit pas que la demande doit être écrite, cela peut cependant parfois s'avérer utile, comme l'illustrent les cas suivants.

CAS 2017-12

Pour le texte intégral, voir le jugement 2017-12 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; état de conscience minimale ; testament de vie

Concernant divers points particuliers relatifs au testament de vie, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 36 et suivantes.

La patiente, sexagénaire, avait déjà affronté un cancer et ses suites ; une récurrence pulmonaire avait été diagnostiquée six mois avant le décès. Le cancer s'accompagnait d'une infection pleurale et les vaisseaux lymphatiques étaient vraisemblablement touchés. L'état de la patiente s'était rapidement aggravé au cours des jours précédant le décès. Ses souffrances provenaient de douleurs et d'un essoufflement croissants, ainsi que de son alitement. Elle souffrait de la dégradation de sa qualité de vie et de l'aggravation inéluctable de son état. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables.

La patiente avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin. Environ un an avant le décès, elle lui avait remis un testament de vie. L'euthanasie a été effectuée trois jours après la demande de mise en œuvre effective de la patiente. Le médecin a considéré que la demande était volontaire et mûrement réfléchie.

Il a consulté un praticien indépendant du SCEN. Celui-ci s'est rendu auprès de la patiente la veille de l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès aux données médicales pertinentes. Lors de la visite, la patiente n'était plus en mesure de communiquer. Le consultant a observé qu'elle était décharnée, avait du mal à respirer et qu'elle avait le visage tendu et crispé. Elle lui a donné l'impression de souffrir constamment et sans perspective d'amélioration. La patiente ne pouvant plus exprimer sa volonté, le consultant s'est fondé sur son testament de vie pour juger du caractère volontaire et mûrement réfléchi de sa demande. Son compte rendu conclut que les critères de rigueur étaient remplis.

La commission juge que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective

d'amélioration. Bien que la patiente n'ait pas été en état de communiquer au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie, elle présentait des signes de souffrance insupportable. Le code de l'euthanasie 2018 indique (p. 46) que dans ce cas l'euthanasie peut être pratiquée sur un patient un état de conscience minimale.

Concernant la consultation, la commission considère qu'il ressort des documents que lors de la consultation la patiente n'était plus en état de communiquer. Le consultant a constaté des signes de souffrance insupportable et il a acquis la conviction que la patiente avait auparavant clairement indiqué qu'elle ne voulait pas subir de telles souffrances. Le code de l'euthanasie indique (paragraphe 3.6) que l'exigence d'une consultation indépendante doit être remplie même si le patient n'est plus en état de communiquer au moment de la visite. Le consultant doit alors juger des critères de rigueur en se basant sur les informations du médecin et de tiers, le testament de vie et le dossier.

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

SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION

Concernant divers points généraux relatifs aux souffrances insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 20 et suivantes.

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

Pour le texte intégral, voir le jugement 2017-07 sur le site internet.

CAS 2017-07

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; difficulté d'établir le caractère insupportable des souffrances

La patiente, octogénaire, souffrait de vertiges depuis quatre ans. Elle avait constamment des étourdissements et bouger, en particulier se tourner, provoquait des nausées. Trois ans avant le décès, un trouble bilatéral de l'oreille interne avait été diagnostiqué. La forte diminution de l'automatisation de l'équilibre, de l'orientation et de la stabilité visuelle avait entraîné des problèmes persistants, notamment une acuité visuelle changeante, une perte de contrôle de l'équilibre avec un risque accru de chute et l'apparition rapide de fatigue et de nausées face à des images en mouvement. Trois ans avant le décès, la patiente avait eu un infarctus ; un stimulateur cardiaque lui avait été posé 18 mois avant le décès. Les six derniers mois de sa vie, la patiente était fortement diminuée. Environ trois mois avant le décès, elle avait fait retirer le stimulateur cardiaque et elle avait cessé de prendre ses médicaments, sauf ceux nécessaires à son sommeil.

Elle souffrait de la dégradation progressive de son état. Les actes quotidiens de la vie lui demandaient un temps et des efforts croissants. Elle se sentait très limitée par ses problèmes d'équilibre et sa fatigue. Elle devait constamment faire attention en se tournant et ne pas bouger la tête trop vite pour éviter les malaises et les nausées. Elle tombait régulièrement. Diverses activités auxquelles elle tenait lui étaient devenues impossibles : se promener dans la nature, marcher jusqu'au supermarché et faire elle-même ses courses, lire, écouter de la musique et entretenir un fonctionnement social. Elle perdait le goût de vivre. Elle avait toujours été débordante de vie et sociable, et elle était très attachée à son autonomie. Elle souffrait de la dégradation de son état physique, de la perte du goût de vivre, de ne plus avoir le plaisir de

relations sociales et de la menace de perdre son autonomie. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables.

La patiente avait déjà parlé d'euthanasie avec son généraliste qui n'était pas disposé à accéder à sa demande, le caractère insupportable des souffrances lui paraissant difficile à établir ; il avait le sentiment qu'elle lui forçait la main. La patiente s'est alors adressée à la Clinique de fin de vie (SLK). Le médecin et une infirmière de la SLK se sont entretenus trois fois avec elle. Le médecin a d'abord eu du mal à établir que la patiente souffrait, notamment à cause de son abord enjoué. Elle s'efforçait de souligner les points positifs de sa situation, en gommant sa détresse. Elle se décrivait comme une battante, dotée d'une grande volonté, optimiste et énergique, capable de se tirer d'affaire avec peu et n'allant pas se plaindre pour un rien. Ces mêmes qualités faisaient qu'elle avait du mal à exprimer le caractère insupportable de ses souffrances. Lors du troisième entretien, le médecin a cependant été convaincu de ce caractère.

Selon le consultant du SCEN, la question cruciale était de savoir si l'on pouvait parler de souffrances insupportables chez quelqu'un pouvant encore faire tant de choses et paraissant aussi énergique. La patiente lui a expliqué que pour elle les souffrances étaient insupportables. Elles étaient surtout dues à la perte progressive de fonctions et du goût de vivre. Elle avait seulement gardé les automatismes de cet entrain mais pas le sentiment afférent. Le consultant a pu comprendre la demande d'euthanasie de la patiente et a conclu, avec une certaine hésitation, que ses souffrances étaient insupportables.

Concernant le caractère insupportable des souffrances, la commission a considéré ce qui suit. Le médecin a tout d'abord douté du caractère insupportable des souffrances de la patiente, notamment en raison de son abord enjoué et optimiste. Au bout de plusieurs entretiens, et après concertation avec des collègues, le médecin est parvenu à la conviction que l'isolement social et la perte d'occupations intéressantes, dues à la surdité et aux vertiges, constituaient des souffrances intolérables pour la patiente. Sa vie, intellectuellement riche, menée de façon autonome, s'achevait dans un état angoissant de dépendance et d'isolement, avec le risque de chute et la perspective de décliner encore davantage. Compte tenu des faits et circonstances ci-dessus, la commission considère que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

ABSENCE D'AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

L'absence d'autre solution raisonnable doit être considérée en lien avec l'absence de perspective d'amélioration. Pour plus de précisions, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 24 et suivantes.

Le médecin doit, avec le patient, acquérir la conviction qu'il n'existe aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouve. En effet, s'il existe des moyens moins radicaux de réellement diminuer ou supprimer les souffrances, le médecin se doit de les mettre en œuvre. Dans le cas suivant, seuls des traitements expérimentaux étaient possibles pour une jeune patiente au lourd dossier psychiatrique. La commission a jugé qu'il n'y avait pas d'autre solution raisonnable.

CAS 2017-08

Pour le texte intégral, voir le jugement 2017-08 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; absence d'autre solution raisonnable

La patiente, majeure de moins de 30 ans, avait un lourd dossier psychiatrique et présentait des symptômes persistants : dépression sévère compliquée par des troubles chroniques du comportement alimentaire et une personnalité caractérisée par des pensées obsessionnelles. Les troubles du comportement alimentaire provoquaient divers problèmes physiques, tels qu'amaigrissement, affaiblissement, fatigue et décalcification osseuse. Elle souffrait aussi d'une maladie génétique affectant le tissu conjonctif, ses articulations et sa peau étant particulièrement touchées.

La patiente était prisonnière de ses rituels alimentaires et d'une dépression incurable. Elle avait le sentiment d'être morte depuis cinq ans et de n'être plus qu'une coquille vide. Son trouble alimentaire « remplissait » ce vide, selon ses termes. Rien ne l'intéressait et elle manquait d'énergie pour entreprendre quoi que ce soit. Ses conduites alimentaires et rituels de vomissements occupaient la majeure partie de son temps. La dégradation de son état physique jouait aussi un rôle ; elle était amaigrie, fatiguée et souffrait de vertiges. Bien que douée sur le plan créatif et intéressée par les animaux, elle n'avait guère la possibilité de pratiquer ces hobbies compte tenu de ses rituels alimentaires et de leurs effets débilissants. Sur la fin, son état physique s'était rapidement dégradé. Elle disait que la dépression était ce qui la faisait le plus souffrir. Elle avait suivi, à l'hôpital et chez elle, tous les traitements médicamenteux possibles, ainsi que des psychothérapies et de l'ECT (électroconvulsivothérapie : le patient étant sous anesthésie générale, un courant électrique est envoyé dans son cerveau via des électrodes placées sur la tête). Elle avait bénéficié d'une prise en charge intensive dans des cliniques spécialisées pour ses troubles alimentaires. La patiente avait activement participé à tous les traitements proposés. Ils

avaient eu un effet positif temporaire sur les troubles alimentaires et sur la dépression, mais ces troubles réapparaissaient chaque fois rapidement après la fin du traitement ou de l'hospitalisation. Toute guérison était exclue. Seuls restaient des traitements expérimentaux. Malgré la jeunesse de la patiente, il n'y avait donc plus de réelles possibilités thérapeutiques.

Environ quatre mois avant l'euthanasie, le médecin a consulté un psychiatre indépendant pour juger du caractère insupportable des souffrances et des éventuelles possibilités thérapeutiques. Celui-ci a constaté, comme l'avaient déjà fait les autres praticiens, que le fonctionnement de la patiente était altéré dans tous les domaines de la vie ; le désespoir et l'absence de perspective d'amélioration avaient déclenché une volonté de mourir cohérente et durable. La dépression ne réagissait effectivement pas aux traitements de façon conforme au protocole, ce qui d'après le psychiatre indépendant faisait soupçonner une fragilité génétique.

Le consultant a jugé lui aussi que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Il s'agissait selon lui d'une jeune femme atteinte de graves troubles psychiatriques. Elle avait fait beaucoup d'efforts pour améliorer sa santé mentale, mais en vain. Il a conclu que les critères de rigueur étaient respectés.

Concernant l'existence d'une autre solution raisonnable, la commission a considéré ce qui suit. Depuis sa prime jeunesse, la patiente avait suivi et épuisé les traitements existants pour ses troubles du comportement alimentaire comme pour sa dépression. En dépit de son jeune âge, il ne restait plus aucune possibilité thérapeutique. Le consultant et le psychiatre indépendant ont confirmé le jugement du médecin : un autre traitement n'apporterait aucune amélioration structurelle et il n'y avait plus aucune autre solution réelle pour la patiente. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

RIGUEUR MÉDICALE

Concernant la rigueur médicale de la mise en œuvre, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 33 et suivantes.

L'euthanasie doit être effectuée avec la rigueur médicale requise, une exigence concernant notamment le choix des produits à utiliser et leur dosage, ainsi que la vérification de la profondeur du coma induit par le médecin. Pour apprécier le respect de ce critère, les commissions se basent sur la directive de 2012 de la KNMG et de la KNMP Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Le cas suivant montre qu'un écart par rapport à la directive ne signifie pas forcément que la rigueur médicale requise n'a pas été observée.

CAS 2017-82

Pour le texte intégral, voir le jugement 2017-82 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; pas d'administration du myorelaxant, le patient étant déjà décédé

Le médecin a pratiqué l'interruption de la vie en administrant 2 000 mg de thiopental. Le patient est mort presque immédiatement. Le médecin ayant constaté son décès, il n'a pas administré de myorelaxant.

La commission juge que l'euthanasie a été effectuée avec la rigueur médicale requise.

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

TROUBLES PSYCHIATRIQUES

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

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

CAS 2017-42

Pour le texte intégral, voir le jugement 2017-42 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; prudence de l'approche concernant un patient atteint de troubles grande psychiatriques

Le patient, sexagénaire, souffrait depuis la fin de son adolescence d'un trouble de l'humeur. Jeune homme, il avait été longuement hospitalisé. Il avait aussi suivi des traitements ambulatoires approfondis. De nombreuses thérapies médicamenteuses avaient été tentées, mais elles avaient échoué ou avaient eu trop d'effets secondaires. Cinq ans avant le décès, le patient avait été hospitalisé après une tentative de suicide et traité par ECT (électroconvulsivothérapie : le patient étant sous anesthésie générale, un courant électrique est envoyé dans son cerveau via des électrodes placées sur la tête). Après dix des douze séances prévues, il avait indiqué vouloir arrêter car il n'éprouvait pas d'amélioration. Il était impossible de le motiver pour suivre d'autres traitements ; durant des années, il avait accepté tous les traitements sans qu'ils améliorent son état.

Le patient souffrait constamment d'angoisses. Il passait presque toute la journée dans sa chambre et sur le balcon et n'osait sortir que le soir. Lorsqu'il était dehors, il souffrait alors d'idées paranoïaques et d'idées délirantes de référence (des événements courants ou fortuits sont interprétés comme ayant une signification personnelle), avec pour conséquence un isolement social. Par ailleurs, le patient avait une incapacité chronique à s'adapter aux changements inévitables et à avoir des activités donnant un sens à sa vie. Il n'avait jamais pu s'habituer à son nouveau lieu de vie après avoir emménagé dans un logement intégré ni

accepter la fin de son emploi dans une entreprise adaptée. De plus, la perspective de devenir plus dépendant avec l'âge et de devoir donc fournir un effort accru d'adaptation sociale lui était intolérable. Le patient ressentait ses souffrances comme insupportables. Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Environ un mois et demi avant le décès, le médecin a consulté un psychiatre indépendant pour connaître son diagnostic et savoir s'il correspondait aux données du dossier ; il voulait aussi savoir s'il existait encore des possibilités de traitement pour le patient. Le psychiatre indépendant a conclu à la justesse du diagnostic principal (trouble schizo-affectif) et à la présence dans ce cadre d'éléments ayant un caractère psychotique chronique (état dans lequel le rapport du patient à la réalité est gravement altéré, par exemple par des hallucinations visuelles et auditives). Selon lui, il existait encore des possibilités de traitement mais, compte tenu des antécédents du patient, les chances de succès étaient faibles et le pronostic défavorable. Le psychiatre a jugé que le patient était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Le médecin a consulté un confrère indépendant du SCEN qui a lui aussi jugé le patient apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie et a conclu au respect des critères de rigueur.

La commission considère qu'en cas de trouble psychiatrique la demande d'euthanasie doit être traitée avec la plus grande réserve. Elle estime que c'est ce qu'a fait le médecin, psychiatre, dans le cas présent. Il a en effet consulté, outre le médecin du SCEN, un psychiatre indépendant. Le psychiatre a estimé que le patient était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie et que les possibilités existantes de soulager les souffrances ne seraient pas efficaces dans son cas.

La commission juge que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie, et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

DÉMENCE

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de démence, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 42 et suivantes.

On peut distinguer les cas de patients atteints d'un début de démence (c'est-à-dire se trouvant dans la phase où ils ont encore une bonne compréhension de leur maladie et de leurs symptômes, tels que l'altération de l'orientation et de la personnalité), ceux de patients à un stade plus avancé dont on peut douter qu'ils sont encore aptes à exprimer leur volonté quant à l'euthanasie, et ceux de patients se trouvant à un stade tel qu'ils ne sont plus capables de formuler eux-mêmes la demande d'euthanasie. Dans ces derniers cas, un testament de vie rédigé antérieurement peut remplacer une demande concrète orale.

CAS 2017-06

(ne figure pas dans le présent résumé)

CAS 2017-14 DÉMENCE AVANCÉE

Pour le texte intégral, voir le jugement 2017-14 sur le site internet.

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; divergence d'opinion entre les spécialistes consultés

La patiente, octogénaire, était atteinte d'un syndrome de démence correspondant globalement à une maladie d'Alzheimer, diagnostiquée trois ans avant le décès. Toute guérison était exclue. La patiente, conseillée et soutenue par un aidant fixe, était placée dans une maison de retraite médicalisée. Durant la période précédant le décès, la démence s'était aggravée au point qu'il fallait envisager le placement dans une unité fermée de psychogériatrie. La patiente refusait pertinemment cette idée et avait à plusieurs reprises menacé de se défenestrer.

Elle souffrait de l'altération croissante de sa mémoire et de sa perte de contrôle sur le monde qui l'entourait. Elle souffrait aussi de la perspective d'un placement en unité fermée et de la perte afférente de son autonomie. Cette idée provoquait une angoisse et une irritabilité accrues. Elle associait le placement en unité fermée avec des expériences traumatisantes vécues durant la guerre et ne voulait pas perdre à nouveau sa liberté. Un tel placement constituait pour elle la limite absolue. Ayant aussi l'expérience de proches atteints de démence, elle préférerait dans ce cas cesser de vivre.

Environ vingt ans avant le décès, la patiente avait rédigé pour la première fois un testament de vie. Deux ans avant le décès, elle en avait rédigé un

nouveau, qui, outre la question de la dégradation physique, abordait celle de son état mental.

Sur la base de ses entretiens avec la patiente, le médecin a établi qu'elle était très ferme dans son refus de placement en unité fermée ainsi que dans son souhait d'euthanasie. Le responsable de l'unité dans laquelle se trouvait la patiente lui a aussi appris que celle-ci avait indiqué lors de son arrivée deux ans auparavant qu'elle refuserait toujours d'être placée en unité fermée. Elle avait par la suite encore abordé la question à plusieurs reprises.

À la demande du médecin, un gériatre indépendant a vu la patiente environ un mois avant le décès afin de juger de sa capacité à exprimer sa volonté. Selon lui, la patiente ne semblait plus comprendre sa maladie ni ses handicaps. Elle ne semblait pas saisir la situation ni ses enjeux. Le gériatre a jugé qu'elle n'était pas apte à comprendre des questions complexes et à prendre les décisions afférentes.

Le médecin a fait appel à un médecin indépendant du SCEN comme consultant. Selon ce dernier, la patiente ne souffrait pas de trouble psychotique ni de trouble de l'humeur ; elle avait un grand besoin de maîtrise et d'autonomie en raison notamment des expériences traumatisantes vécues durant la guerre. Elle n'était plus capable de saisir toute la complexité de sa situation. Elle parvenait par contre – si on lui en parlait calmement – à expliquer clairement qu'elle voulait garder sa liberté, qu'elle ne voulait pas être placée en unité fermée et ne voulait pas continuer à décliner. Selon le consultant, elle montrait sur ces points une compréhension suffisante et était cohérente. Le consultant a jugé que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie et que sa demande était volontaire et mûrement réfléchie.

Face à la demande d'interruption de la vie d'un patient engagé dans un processus de démence, la commission considère que la plus grande réserve est nécessaire. On peut en effet douter qu'un patient souffrant de démence dispose véritablement de la capacité d'exprimer sa volonté et que, compte tenu de la nature de la pathologie, la demande de ce patient soit volontaire et mûrement réfléchie. Le caractère insupportable des souffrances peut aussi poser question.

La commission estime que dans le cas présent le médecin a agi avec suffisamment de rigueur. Il a fait appel à un gériatre indépendant et à un consultant psychogériatre, qui ont tous deux évalué la capacité de la patiente à exprimer sa volonté. Le gériatre a jugé qu'elle n'était pas en mesure de prendre des décisions sur des questions complexes. Le consultant a au contraire jugé qu'elle était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Compte tenu de l'argumentation détaillée fournie par le consultant à l'appui de son avis (à la différence de celle plus sommaire du gériatre) et des entretiens du médecin avec la patiente, la commission juge que ce dernier a pu considérer le point de

vue du consultant psychogériatre comme plus convaincant et raisonnablement conclure que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie.

La commission juge que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

*Voir à ce propos le
code de l'euthanasie
2018, p. 21 et 51.*

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, ostéoporose, arthrose, 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. C'est leur association et les troubles afférents qui sont la cause de souffrances que le patient, selon son parcours médical, son histoire personnelle, son caractère, les valeurs auxquelles il est attaché et sa résistance, peut ressentir comme insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration, comme dans les deux cas suivants.

CAS 2017-38

CONCLUSION : respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; le médecin pratique l'euthanasie malgré l'avis négatif du consultant

*Pour le texte intégral,
voir le jugement
2017-38 sur le site
internet.*

La patiente, octogénaire, souffrait de fatigue extrême, d'usure de plusieurs articulations et de décalcification osseuse. Ces problèmes étaient à l'origine d'une chute survenue six mois avant le décès et ayant entraîné une fracture de la rotule. L'âge l'avait par ailleurs rendue sourde (totalement du côté droit et à 60 % du côté gauche). Après deux opérations de la cataracte, elle avait totalement perdu la vue de l'œil gauche et sa vision de l'œil droit était diminuée. Elle souffrait également de légers troubles cognitifs. Après sa chute, la patiente avait suivi une rééducation à l'hôpital et, ayant réappris à monter un escalier, elle avait pu revenir chez elle. À la suite de cet épisode, son état s'était de plus en plus fragilisé. Son généraliste, le gériatre qui l'avait suivie durant la rééducation et le gériatre indépendant consulté par le médecin jugeaient qu'aucune amélioration n'était à attendre.

La patiente souffrait d'une fatigue intense, de surdité croissante, de la perte de la vision, de vertiges et de douleurs quotidiennes dans presque toutes les articulations. Elle maigrissait. Elle était fragile, marchait mal et chancelait. Elle craignait de tomber mais refusait d'utiliser un déambulateur, trouvant que ce serait une perte de dignité. Sa surdité était un obstacle aux contacts sociaux et l'altération de ses capacités cognitives ne lui permettait plus de pratiquer ses loisirs habituels. Il ne lui restait plus beaucoup d'activités qui lui procurent satisfaction et estime de soi. La patiente avait toujours été très autonome et trouvait

très difficile de ne plus être elle-même. Elle souffrait surtout de la dépendance croissante qui l'attendait. Elle en avait eu un aperçu avec sa fracture de la rotule. L'hospitalisation et la rééducation lui avaient paru terribles. Elle ne voulait pas subir la dégradation croissante de son état et souhaitait que sa vie prenne fin. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables. Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.

Le médecin et le généraliste ont convenu de faire effectuer d'autres examens, notamment par un chirurgien vasculaire, un rhumatologue et un ORL. Le médecin a également consulté un gériatre clinicien indépendant. Aux yeux de ce dernier, la problématique en jeu était celle de la « vie accomplie », accompagnée d'une dépression qui contribuait aux souffrances. Sur les conseils de ce gériatre, la patiente a suivi durant une brève période un traitement antidépresseur visant à améliorer son humeur. Les médicaments n'ont eu aucun effet positif et ont entraîné de nombreux effets secondaires. La patiente ne se jugeait pas dépressive. Un déménagement vers un logement plus protégé a été envisagé. La patiente s'y est absolument opposée. Aucun des médecins concernés ne voyait d'autre réelle possibilité de traitement.

Le médecin consultant du SCEN a constaté que la patiente subissait une dégradation fonctionnelle constante et qu'elle avait de graves problèmes ; cependant, il était selon lui davantage question d'un sentiment de « vie accomplie » découlant des limites ressenties que de souffrances insupportables. Il pensait que sous peu d'autres problèmes d'ordre médical apparaîtraient et autoriseraient à parler de souffrances insupportables, qu'il pourrait appréhender comme telles. Il n'était pour l'instant pas suffisamment convaincu du caractère insupportable des souffrances de la patiente. Le consultant a conclu que les critères de rigueur n'étaient pas remplis.

Suite à l'avis négatif du consultant, le médecin a indiqué dans son rapport qu'il avait d'abord été trompé par l'apparence relativement jeune de la patiente (qui approchait les 90 ans), son logement soigné et sa volubilité. La patiente s'efforçait toujours de maintenir les apparences. Il avait fallu plusieurs entretiens pour que le médecin soit convaincu du caractère insupportable de ses souffrances dont le fondement médical était apparu de plus en plus évident au fil du temps. La fragilité et la fatigue jouaient un rôle croissant. Le consultant n'avait eu qu'un entretien avec la patiente ; pour juger du caractère insupportable de ses souffrances, il les avait comparées avec celles d'autres personnes très âgées au lieu de les examiner dans le contexte de la personnalité propre de la patiente. Le médecin s'est encore entretenu de façon approfondie avec le consultant. Bien que comprenant le raisonnement de son confrère, le médecin a jugé qu'il était injuste vis-à-vis de la patiente

d'attendre qu'un accident cérébral ou un autre problème vienne augmenter ses souffrances.

L'exigence d'une consultation étant remplie, le médecin a décidé de ne pas faire appel à un deuxième consultant : il a en effet estimé avoir suffisamment d'arguments à l'appui de sa conviction et de sa propre opinion. Le médecin a aussi considéré qu'il était peu probable qu'un deuxième consultant parvienne à percer la patiente à jour. Le médecin était personnellement convaincu que la patiente souffrait d'une association d'affections ayant clairement un fondement médical et qui lui étaient insupportables compte tenu de sa personnalité.

La commission considère que le médecin a suivi l'argumentation formulée par la patiente à l'appui de sa demande ainsi que sa propre conviction acquise au fil du temps que les souffrances étaient effectivement insupportables et sans perspective d'amélioration. Le médecin peut ignorer l'avis négatif d'un consultant et pratiquer l'euthanasie puisque, aux termes de la loi WTL, c'est lui qui est responsable, mais il doit pouvoir motiver ce choix. La commission juge que dans son rapport le médecin a développé de façon convaincante les raisons pour lesquelles il a acquis la conviction que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait pas d'autre solution raisonnable pour les alléger. Par conséquent, la commission juge que le médecin a agi conformément aux critères de rigueur.

CAS 2017-19

(ne figure pas dans le présent résumé)

3 NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

Les RTE explicitent toujours davantage les jugements dans lesquels elles concluent que le médecin n'a pas agi conformément aux critères de rigueur. Ces jugements ne sont en effet formulés qu'après avoir donné au médecin la possibilité d'apporter oralement un complément d'information.

En 2017, les commissions ont jugé à douze reprises qu'un médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur requis dans le cadre de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Onze de ces jugements sont présentés ci-dessous, classés selon l'ordre des critères énoncés par la loi.

NON-RESPECT DES CRITÈRES RELATIFS AU CARACTÈRE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHI DE LA DEMANDE ET AUX SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION

Concernant le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 17 et suivantes ; concernant les souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, voir p. 20 et suivantes.

Si le patient entre dans le coma ou dans un état de conscience minimale peu avant le moment prévu pour l'euthanasie, le médecin se trouve dans une situation problématique. Lorsque comme dans le cas ci-dessous le patient sombre spontanément dans un état de conscience minimale non réversible, le médecin peut effectuer l'euthanasie si des signes de possible souffrance sont encore perceptibles. En l'absence de tels signes, l'euthanasie ne peut avoir lieu. Si le coma ou l'état de conscience minimale survient avant la visite du consultant, ce dernier devra baser son jugement concernant la demande d'euthanasie sur les informations du médecin et de tiers, le testament de vie, le dossier médical, etc. Concernant les souffrances du patient, il devra se fonder sur ses propres observations, le dossier médical et les informations de tiers. Le cas suivant illustre ces difficultés.

44

CAS 2017-73

Pour le texte intégral, voir le jugement 2017-73 sur le site internet.

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; demande volontaire et mûrement réfléchie ; testament de vie ; souffrances insupportables

La patiente, septuagénaire, était atteinte d'un cancer métastasé de la tête du pancréas, diagnostiqué début mars 2017. Toute guérison était exclue. Le traitement était uniquement palliatif (axé sur l'amélioration de la qualité de la vie).

La patiente souffrait d'une fatigue extrême, d'un état de dépendance croissante, ainsi que de son alitement. Elle avait des nausées et parvenait difficilement à s'alimenter et à boire. L'état de la patiente, veuve depuis

peu, se dégradait rapidement et elle ressentait toutes ses souffrances comme insupportables. Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.

À l'automne 2016, la patiente et son mari, qui était alors malade, avaient parlé pour la première fois d'euthanasie avec le médecin. Ils avaient tous deux indiqué qu'en cas de douleur insupportable, d'alitement, d'absence de qualité de vie et lorsque le décès serait proche, ils ne voudraient plus d'autre acte médical que la sédation ou l'euthanasie. Début 2017, la patiente avait confirmé ce souhait. Après le diagnostic, elle avait parlé à plusieurs reprises d'euthanasie avec le médecin. Plus de deux semaines avant le décès, elle lui en avait demandé la mise en œuvre effective. Elle avait ensuite réitéré sa demande.

Deux jours avant la mise en œuvre de l'euthanasie, un infarctus cérébral massif a plongé la patiente dans le coma. Le lendemain soir et juste avant l'euthanasie, elle a brièvement repris conscience. À la question du médecin qui lui demandait si elle souhaitait effectivement une euthanasie, elle a répondu en lui serrant la main et par un vague signe de tête affirmatif.

Le médecin a considéré que la demande était volontaire et mûrement réfléchie. Il lui a semblé évident que la patiente souffrait : elle avait mal, elle gémissait et pleurait.

Le praticien a consulté un médecin indépendant du SCEN, qui a examiné la patiente la veille de l'euthanasie. Le consultant a remarqué que la patiente réagissait lorsqu'on lui parlait mais selon lui elle ne pouvait pas répondre aux questions. Il ne lui a pas semblé qu'elle souffrait et elle ne présentait pas d'essoufflement ni de gêne. Le caractère insupportable des souffrances – bien que n'étant selon le consultant plus vérifiable – était dû à la perte d'autonomie et à l'alitement. Dans son compte rendu, le consultant a conclu que les critères de rigueur étaient remplis, notamment sur la base des notes du dossier et des entretiens avec le médecin et les enfants de la patiente.

Après avoir étudié les données du signalement et les précisions écrites du médecin, la commission a émis des questions complémentaires sur la volonté de la patiente, ses souffrances insupportables et son niveau de conscience la veille du décès. Le médecin a donné des explications concernant la situation de la patiente et son souhait d'euthanasie. La patiente traversait une période agitée : son mari, atteint d'un cancer, avait choisi la mort par euthanasie quelques mois plus tôt. Peu après, elle avait appris qu'elle souffrait d'un cancer métastasé de la tête du pancréas. Au cours de plusieurs entretiens avec le médecin, elle avait indiqué qu'elle souhaitait elle aussi une euthanasie. Elle et ses enfants trouvaient que le processus de l'euthanasie de son mari leur avait permis d'être ensemble jusqu'au bout. Selon le médecin, la patiente ne voulait pas perdre son autonomie. Elle ne voulait pas être alitée, souffrir de

douleurs insupportables ou d'étouffements. La procédure de l'euthanasie n'était pas encore réellement lancée mais devait l'être. Il avait été question que la patiente rédige un testament de vie sous forme numérique, mais les circonstances avaient fait qu'elle ne l'avait pas transmis (emménagement rapide chez son fils, document sans doute resté dans l'ordinateur du mari décédé). Selon ses enfants, il y avait bien un testament de vie. Après l'infarctus cérébral, la patiente n'était plus en mesure d'exprimer son souhait d'euthanasie. Ses enfants voulaient que le médecin honore ce souhait. Le médecin a expliqué qu'il a envisagé la sédation palliative et en a discuté avec la famille qui a refusé cette option, la survenue du décès étant imprévisible (après quelques jours mais peut-être aussi une semaine). Selon les proches, ce n'était absolument pas ce qu'aurait voulu la patiente.

Concernant la confirmation du souhait d'euthanasie la veille de sa mise en œuvre, le médecin admet qu'elle repose sur l'interprétation de signaux non verbaux. Il a cependant estimé pouvoir conclure de ces signaux que la patiente souhaitait effectivement l'euthanasie. Le médecin indique par ailleurs que la patiente transpirait et grimaçait, ce qui l'a convaincu qu'elle souffrait et endurait une douleur insupportable.

La commission considère que la patiente se trouvait dans un état de conscience minimale non réversible avant que le médecin lance la procédure d'euthanasie. Pour que l'euthanasie puisse être pratiquée dans une telle situation, l'existence d'un testament de vie rédigé par le patient est en tout cas indispensable. Il faut également que le patient présente des signes de souffrance et qu'il soit vu par un consultant (code de l'euthanasie 2018, p. 48).

Il ressort du rapport du médecin qu'aucun testament de vie n'a été présenté. La commission constate également que si le consultant auquel le médecin a fait appel a bien vu la patiente, il a indiqué que celle-ci n'était pas en mesure d'exprimer son souhait d'euthanasie ni de réagir aux questions et ne semblait pas souffrir. Les observations du consultant concernant l'état de la patiente ne correspondent pas à celles du médecin. La commission juge cette divergence compréhensible compte tenu des variations du degré de conscience de la patiente.

Concernant l'échange entre le médecin et la patiente avant l'euthanasie, il a été établi que la façon d'interpréter les signaux n'a pas été préalablement convenue, ni précisée par le médecin à la patiente avant de l'interroger. La commission conclut donc que dans cette situation particulière les hochements de tête et les pressions de la main ne suffisent pas comme confirmation du souhait d'euthanasie de la patiente, à plus forte raison en l'absence d'un testament de vie. Compte tenu des faits et circonstances ci-dessus, la commission considère que le médecin n'a pas pu acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie. Elle juge

en outre que les faits et circonstances marquant la période précédant l'euthanasie n'étaient pas suffisamment la conviction du médecin que la patiente souffrait de façon insupportable.
Le médecin n'a pas respecté les critères de rigueur.

TESTAMENT DE VIE

Concernant les points à considérer en matière de testament de vie, voir le code de l'euthanasie 2018, p. 36 et suivantes.

Un testament de vie peut remplacer une demande orale d'euthanasie (article 2 de la loi WTL), les autres critères de rigueur étant alors applicables par analogie. Il importe que le patient y donne des indications aussi précises que possible sur les circonstances concrètes devant conduire à pratiquer l'euthanasie. Ces circonstances doivent être liées à son ressenti du caractère insupportable des souffrances. Lors de son examen par la commission, le cas ci-dessous a soulevé des questions concernant ces deux critères.

CAS 2017-103

Pour le texte intégral, voir le jugement 2017-103 sur le site internet.

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; testament de vie ; souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration

La patiente, sexagénaire, souffrait depuis 2007 de troubles de la mémoire, de dépression et d'accès de panique. Elle se montrait de plus en plus renfermée. En 2010, la maladie d'Alzheimer avait été diagnostiquée. L'évolution de la maladie était progressive. Fin 2013, la patiente, ne pouvant plus rester chez elle, avait été placée dans la petite unité de soins d'une maison de retraite médicalisée. Elle n'était alors déjà plus en mesure de comprendre sa situation. La patiente avait toujours dit à sa famille qu'elle ne voulait pas être placée dans un établissement de long séjour. Au cours des six mois précédant le décès, son état s'était fortement dégradé.

Selon le médecin, les souffrances de la patiente se manifestaient régulièrement par des appels inquiets et des cris. En conséquence, elle ne pouvait plus rester au sein du groupe. La patiente s'opposait souvent à tous les AVQ, y compris les soins liés à son incontinence urinaire et fécale. Ne se déplaçant plus qu'en fauteuil roulant, elle ne pouvait plus échapper aux situations qu'elle trouvait désagréables. Son corps devenait une prison. Rester assise était la seule chose qu'elle pouvait encore faire, elle n'était plus capable de manger seule. Il n'était pas toujours possible de s'approcher d'elle, elle se mettait parfois en colère. C'était un gros problème pour les soins : elle frappait, se salissait, donnait des coups de pied, s'agrippait et ne lâchait plus. Elle avait des crises de larmes et beaucoup de colère.

Selon le médecin, la souffrance sous-jacente dominait. Outre qu'il n'y avait pas de perspective d'amélioration selon les conceptions médicales dominantes, le médecin, comme les soignants et la famille, était convaincu par les signaux non verbaux de la patiente que ses souffrances étaient insupportables.

Selon les enfants de la patiente, sa première réaction lorsqu'elle avait appris sa maladie d'Alzheimer avait été : « Oh non, ce n'est pas ce que je veux ». Ils avaient souvent discuté de démence avec leur mère car divers proches en avaient souffert et avaient fini leurs jours dans un établissement de long séjour, ce qu'elle trouvait terrible. Elle avait toujours dit que si cela devait lui arriver elle préférerait cesser de vivre. Elle avait abordé la question de l'euthanasie avec le généraliste qui l'avait suivie jusqu'à son placement en maison de retraite médicalisée en 2013. En 2011, elle avait rédigé un testament de vie et le lui avait remis. Elle était alors encore apte à exprimer sa volonté. Dans son testament de vie, elle indiquait notamment : « [...] *vouloir éviter de subir toute souffrance physique ou mentale insupportable. Compte tenu des diagnostics de démence (Alzheimer) et de MPOC, mes souffrances mentales comme physiques pourraient faire que je me retrouve dans une situation qui me serait insupportable. Par le présent testament de vie, je souhaite établir les limites de ce que j'accepterai. Je suis actuellement apte à les établir. Si la dégradation de mon bien-être mental atteint ce point, je souhaite que mon spécialiste [...] soit appelé afin de concrétiser mon testament de vie. [...] Je refuse absolument le placement en établissement de long séjour. Je veux qu'une euthanasie active soit alors pratiquée. Je tiens à mourir dans la dignité et suis persuadée que ce sera le cas si les points ci-dessus sont respectés.* »

Lors de la remise de son testament de vie à son généraliste en 2011, la patiente avait demandé la mise en œuvre directe de l'interruption de la vie mais le médecin avait refusé. La patiente s'était ensuite progressivement repliée sur elle-même et s'était coupée de ses proches. La question de l'euthanasie n'avait plus été soulevée vu le refus très ferme du généraliste.

Durant le séjour de la patiente dans la maison de retraite médicalisée, ses enfants ont décidé de parler de son souhait d'euthanasie avec le médecin attaché à l'établissement. Environ quatre mois avant le décès, le praticien s'est adressé à l'association Clinique de fin de vie (SLK) pour une seconde opinion. Ne voulant pas pratiquer lui-même l'euthanasie, il a passé le relai au médecin de la SLK. Celui-ci s'est rendu à quatre reprises auprès de la patiente et l'a observée à divers moments de la journée. Il a également recueilli des informations approfondies auprès de la famille et des soignants.

Il a fait appel à un consultant indépendant du SCEN, un gériatre qui s'est rendu auprès de la patiente plus d'un mois avant l'euthanasie, après avoir été informé de son cas par le médecin et avoir eu accès aux données médicales pertinentes. Le consultant a conclu que les souffrances de la patiente ne revêtaient pas de caractère insupportable et que le testament de vie n'était pas assez explicite. Selon lui, les critères de rigueur n'étaient pas remplis.

Suite à ce résultat, le médecin a attentivement soupesé les arguments du consultant, eu un entretien personnel avec lui et reporté l'euthanasie pour pouvoir réfléchir et consulter ses collègues de la SLK. Il a décidé de ne pas faire venir de deuxième consultant mais de demander à un confrère de la SLK, gériatre clinicien et par ailleurs médecin du SCEN, d'observer à son tour la patiente. Le médecin a indiqué avoir plutôt eu besoin d'un moment de concertation avec un collègue ayant l'expérience de ce type de patients et dont il connaissait l'esprit critique. Ce collègue a examiné la patiente environ une semaine et demi avant le décès, après avoir été succinctement informé de son cas par le médecin. Il a jugé qu'il était impossible de savoir ce qu'elle pensait ou éprouvait autrement qu'en interprétant son comportement non verbal, comportement qui semblait en grande partie répondre de façon automatique aux stimuli extérieurs et ne laissait guère transparaître sa vie intérieure. Selon ce praticien, la détresse de la patiente était poignante. Le médecin justifie sa décision de pratiquer l'euthanasie en dépit de l'avis négatif du consultant du SCEN comme suit :

- *Le degré de souffrance peut varier selon les moments. J'ai vu la patiente plus souvent que le médecin du SCEN. Mon jugement concernant les souffrances est confirmé par les observations du personnel soignant, qui a encore plus souvent affaire à la patiente, et de la famille.*
- *Aux termes de la loi, le médecin doit avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration. « Médecin » renvoie ici au médecin qui pratique l'acte et non au médecin du SCEN. J'ai effectivement acquis la conviction que les souffrances étaient insupportables.*
- *Les différences d'interprétation sont toujours possibles dans la façon de juger les souffrances, comme il ressort des publications sur le sujet [...].*

À la question de savoir comment il avait déterminé le caractère insupportable des souffrances, le médecin a répondu qu'il avait essentiellement forgé sa conviction sur ce qu'il avait vu. Il a observé et filmé la patiente et aussi regardé les vidéos des soins. Le médecin a notamment vu que la patiente, tranquillement allongée dans son lit, se raidissait à l'arrivée des soignants. L'infirmière de la SLK a indiqué que la patiente pouvait brusquement changer d'humeur et se mettre en colère. Le médecin a précisé qu'il avait interprété cette colère comme l'expression de ses souffrances insupportables. Il a cependant admis que cela reste une question d'interprétation, les patients atteints de démence étant souvent colériques. Pour se forger une opinion il a également considéré les antécédents de la patiente. Concernant le caractère insupportable des souffrances, il a pris en compte que la patiente avait très clairement indiqué qu'elle ne voulait absolument pas être placée dans un établissement de long séjour pour sa démence. Elle s'était précisément retrouvée dans la situation qu'elle refusait. Selon le médecin, les souffrances de la patiente étaient sans perspective

d'amélioration et il n'existait aucune autre solution raisonnable. La prise en charge était compétente. Le personnel connaissait les problèmes de la patiente et savait ce qu'il fallait faire.

Le médecin a admis que le jugement du consultant contredit son propre point de vue. À la question de savoir comment il interprète le compte rendu du consultant, le médecin a répondu que ce dernier a ignoré l'opinion de la famille et des soignants. C'est une approche qu'il récuse, ces personnes étant celles qui connaissent le mieux la patiente. Le consultant aurait aussi pu choisir de voir la patiente une deuxième fois. Le médecin souligne que son collègue a soutenu son opinion concernant les souffrances de la patiente, qu'il le lui a dit et a rédigé un rapport très clair, dans lequel les termes « détresse poignante » en disent assez. Si son collègue n'avait pas partagé son point de vue, le médecin n'aurait pas pratiqué l'euthanasie. Il a jugé qu'un réexamen par un deuxième consultant n'apporterait rien de plus.

Dans son testament de vie, la patiente avait explicitement demandé que le spécialiste qui la suivait à l'hôpital soit impliqué dans la procédure visant à honorer sa demande d'euthanasie. À la question de savoir pourquoi cela n'avait pas été fait, le médecin a répondu qu'il avait essayé de retrouver ce spécialiste mais qu'il ne travaillait plus au même endroit. Concernant le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, la commission considère ce qui suit.

Selon sa famille, la patiente avait indiqué dès qu'elle avait appris le diagnostic définitif qu'elle refusait la situation dans laquelle elle s'était finalement retrouvée. Elle l'avait aussi indiqué dans son testament de vie. La capacité de la patiente à évaluer raisonnablement ses intérêts à l'époque de la rédaction de ce testament est indiscutable. Le document datant de plusieurs années et n'ayant pas été récemment confirmé par écrit ni par oral, on peut néanmoins mettre en question sa valeur. Comme indiqué p. 36 du code de l'euthanasie 2018, la loi WTL ne stipule pas que le testament de vie a une durée de validité limitée ni qu'il doit être régulièrement actualisé. Cependant, plus le temps passe, plus la question de savoir si son contenu reflète toujours la volonté réelle du patient peut susciter des doutes.

Une des questions qui se posent dans le cas étudié est la suivante : la patiente n'ayant plus confirmé ni par écrit ni par oral le testament de vie remis à son généraliste en 2011, ce document décrit-il des circonstances suffisamment concrètes pour que l'on puisse parler de demande volontaire et mûrement réfléchie ?

Dans ce cadre, le code de l'euthanasie 2018 indique (p. 43) qu'il est possible de donner suite à la demande d'euthanasie d'un patient dont le processus de démence a atteint un stade tel qu'il n'est plus capable d'exprimer sa volonté ni de communiquer – ou uniquement à l'aide de signes simples ou de gestes – s'il a rédigé un testament de vie lorsqu'il en était encore capable. Ce document doit être dépourvu de toute

ambiguïté et s'appliquer indéniablement à la situation concernée. Le médecin et le consultant doivent prendre en compte l'ensemble de l'évolution de la maladie ainsi que toutes les autres circonstances spécifiques. Cela suppose d'interpréter le comportement du patient et ce qu'il a exprimé d'une façon ou d'une autre tant pendant sa maladie que juste avant la mise en œuvre de l'euthanasie. Il doit être plausible, au moment de pratiquer celle-ci, qu'elle correspond bien à la teneur du testament de vie rédigé antérieurement et qu'il n'y a aucune contre-indication (comme des signes clairs montrant que le patient ne veut pas que sa vie soit interrompue).

La commission constate que dans son testament de vie la patiente a indiqué sa volonté d'éviter toute souffrance physique ou mentale insupportable, de bénéficier d'une euthanasie dès qu'elle devrait être placée dans un établissement de long séjour, et de mourir dans la dignité. La commission reconnaît que les opinions peuvent diverger quant au degré de détail et de précision concrète des circonstances que le patient décrit dans son testament de vie comme celles dans lesquelles il souhaitera une euthanasie ; dans le cas étudié, la question de savoir si le testament de vie était suffisamment clair peut aussi susciter des avis différents. Néanmoins, la commission prend en compte dans son jugement sur le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande le fait que le testament de vie de 2011 n'a plus été confirmé par la patiente, ni auprès de sa famille, ni auprès de son médecin et généraliste d'alors, lorsqu'il a été question du placement en établissement de long séjour, et qu'en outre le médecin n'a jamais parlé avec la patiente de son souhait d'euthanasie. La commission estime que, tout bien considéré, le contenu du testament de vie ne constitue pas une base suffisante pour permettre au médecin de raisonnablement établir que ce document traduit la volonté pérenne de la patiente au moment où elle a cessé d'être apte à exprimer sa volonté. En outre, le médecin n'a pas cherché à joindre le généraliste ni le spécialiste en charge de la patiente au moment de la rédaction du testament de vie pour en savoir plus sur la volonté de celle-ci. En conséquence, la commission juge que le médecin n'a pas raisonnablement pu établir le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande au sens de l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL.

Concernant le critère selon lequel le médecin doit être parvenu à la conviction que les souffrances sont insupportables et sans perspective d'amélioration et qu'il n'y a pas d'autre solution raisonnable, la commission a considéré ce qui suit. La patiente n'étant plus capable d'exprimer sa volonté, le médecin et le consultant ne pouvaient qu'interpréter son comportement et ses signaux pour juger du caractère insupportable de ses souffrances. Le médecin a indiqué avoir

principalement basé sa conviction que ce critère était rempli sur ce qu'il avait vu. Il a également pris en compte le fait que la patiente avait très clairement indiqué dans son testament de vie qu'elle ne voulait absolument pas être placée dans un établissement de long séjour. S'appuyant sur ses observations lors de sa visite à la patiente et sur l'étude du matériel audiovisuel, le consultant a au contraire conclu que les souffrances ne revêtaient pas un caractère insupportable. Compte tenu des conclusions diamétralement opposées du médecin et du consultant sur ce point, la commission a décidé d'étudier le matériel audiovisuel. Elle estime que celui-ci ne va pas totalement dans le sens du médecin selon lequel la patiente souffrait de façon insupportable. Par ailleurs, le testament de vie fait une description assez sommaire des souffrances à considérer. Le fait que la patiente y a indiqué souhaiter une euthanasie dès lors qu'elle devrait être placée dans un établissement de longue durée ne suffit pas à prouver que ses souffrances étaient insupportables. Il doit être plausible qu'elle souffrait effectivement de façon insupportable et ce, durant l'évolution de la maladie comme peu de temps avant la mise en œuvre de l'euthanasie. Concernant la consultation, la commission considère que le médecin peut ignorer l'avis négatif d'un consultant et pratiquer l'euthanasie puisque, aux termes de la loi WTL, c'est lui qui est responsable, mais il doit pouvoir motiver ce choix (directive de la KNMG Pour un soutien et une consultation adéquats en cas d'euthanasie [*Goede steun en consultatie bij euthanasie*], paragraphe 23⁶). Dans ce cadre, le code de l'euthanasie 2018 indique (p. 28) que le médecin doit accorder un poids certain aux conclusions du consultant, dont le rôle n'est cependant pas de lui donner une « autorisation ». 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 néanmoins expliquer à la commission. Il a également la possibilité de s'adresser à un autre consultant ayant des connaissances particulières pertinentes pour la problématique concernée. Dans le cas présent, le médecin a jugé qu'un réexamen par un deuxième consultant indépendant n'apporterait rien de plus. Il a préféré consulter un collègue de la SLK, qui ne peut selon la commission être considéré comme un consultant indépendant au sens de la loi WTL. Le médecin a expliqué en détail – par écrit comme par oral – pourquoi il avait passé outre l'avis négatif du consultant et pratiqué l'euthanasie. Il a ainsi avancé que la loi exige que le médecin, et non le praticien du SCEN, acquière la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration. La commission souligne qu'en vertu de l'article 2, paragraphe 1 sous e, de la loi WTL le consultant appelé par le médecin doit donner son avis concernant le respect des critères énoncés aux points a à d, dont celui

6 Disponible sur le site www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/goede-steun-en-consultatie-bij-euthanasie.htm.

relatif au caractère insupportable et sans perspective d'amélioration des souffrances. Dans ses explications, le médecin a notamment indiqué avoir décidé la mise en œuvre de l'euthanasie malgré l'avis négatif du consultant parce que le collègue de la SLK qu'il avait consulté partageait son point de vue selon lequel les souffrances étaient insupportables. Si son collègue n'avait pas partagé son point de vue, le médecin n'aurait pas pratiqué l'euthanasie. Outre le fait que ledit collègue ne peut être considéré comme un consultant indépendant, la commission juge que son compte rendu est très sommaire et n'explique pas suffisamment les raisons l'ayant poussé à penser que la patiente souffrait de façon insupportable.

La commission juge que le médecin a insuffisamment expliqué les raisons permettant de considérer que le comportement observé chez la patiente correspondait à des souffrances insupportables. Selon le médecin, la prise en charge était compétente, le personnel connaissait les problèmes de la patiente et savait ce qu'il fallait faire. La prise en charge n'était pas inadéquate ou moins adéquate que dans un établissement de long séjour. Pourtant, la patiente se trouvait dans une petite unité fermée au sein d'une maison de retraite médicalisée et non dans un établissement de soins adapté à la prise en charge de malades à un stade avancé de démence. La problématique de la patiente dépassant le niveau de la maison de retraite médicalisée, il était parfaitement raisonnable de réclamer un transfert vers un établissement spécialisé adapté à la lourdeur de cette problématique. Selon la commission il aurait fallu envisager le transfert de la patiente vers un établissement adapté à son cas, où une autre approche aurait peut-être permis d'améliorer quelque peu sa situation. Compte tenu des faits et circonstances ci-dessus, la commission considère que le médecin n'a pas pu acquiescer la conviction que les souffrances étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution.

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

Concernant l'absence d'autre solution raisonnable, voir le cadre de l'euthanasie 2018, p. 24 et suivantes.

Les souffrances d'un patient sont considérées comme sans perspective d'amélioration lorsqu'elles sont dues à une maladie ou affection incurable et qu'il est impossible d'atténuer les symptômes de telle sorte qu'ils deviennent tolérables. Cela suppose qu'il n'existe plus de véritable option (c'est-à-dire acceptable pour le patient) de traitement curatif ou palliatif. Ce critère rejoint par là celui de l'absence d'autre solution raisonnable pour supprimer les souffrances du patient. La question de l'existence d'autres solutions raisonnables doit être considérée dans le contexte du diagnostic posé.

CAS 2017-31

Pour le texte intégral, voir le jugement 2017-31 sur le site internet.

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; souffrances sans perspective d'amélioration

La patiente, octogénaire, souffrait d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) diagnostiquée trente ans auparavant. Le traitement inhalé qu'elle suivait ne donnait pas de résultat.

L'année précédant le décès, l'essoufflement avait empiré, notamment à l'effort. La patiente refusait l'oxygénothérapie. Depuis 2002, elle avait en outre des problèmes d'audition dus à l'âge et depuis 2014 elle manquait d'appétit suite à la perte de l'odorat et du goût. Elle souffrait aussi d'une déformation des doigts handicapante provoquée par un durcissement cutané et l'épaississement des tendons, se manifestant par « le doigt à ressaut » (blocage en flexion du doigt qui se redresse avec un phénomène de ressaut, affection due à une inflammation du tendon et de la gaine tendineuse). Les injections pratiquées avaient eu un effet positif mais seulement temporaire.

La patiente souffrait de l'accumulation de ces symptômes, et principalement de son insuffisance respiratoire. Elle était essoufflée au moindre effort, ne pouvait plus marcher que sur de très brèves distances et était extrêmement fatiguée. Elle s'était isolée socialement. Elle souffrait de savoir que sa situation allait encore s'aggraver dans un proche avenir. La patiente redoutait de ne plus pouvoir conduire ni vivre de façon autonome, de devenir dépendante et de devoir bientôt quitter sa maison. Elle appréhendait ce moment. Elle en souffrait de façon insupportable, ayant toute sa vie été très indépendante. Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes.

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

Lors de la réunion durant laquelle la commission a examiné le signalement, des questions ont surgi concernant les pathologies qui avaient poussé la patiente à demander l'aide au suicide. La commission a aussi souhaité en savoir plus sur les possibilités que le médecin avait proposées afin d'alléger les souffrances de la patiente et sur sa réaction face au manque d'intérêt de cette dernière.

Le médecin a indiqué que la patiente souffrait depuis des années de MPOC, pour laquelle elle suivait un traitement inhalé. Aucun examen diagnostique n'avait plus été effectué depuis 1986. Avant l'aggravation des symptômes, le médecin avait proposé plusieurs fois à la patiente de consulter un pneumologue en vue d'actualiser le diagnostic et les possibilités thérapeutiques, ce qu'elle avait refusé.

En 2001 la patiente avait déjà rédigé un testament de vie et à partir de 2015 elle avait très souvent parlé avec le médecin de son souhait d'euthanasie et signé de nouveaux testaments de vie. Le médecin ne s'est jamais senti obligé d'honorer ce souhait. Comme il a l'habitude de le faire en pareil cas, il a cherché d'autres solutions que l'euthanasie. Il a ainsi discuté de façon très concrète avec la patiente de la possibilité de déménager vers un appartement en rez-de-chaussée situé à proximité. Elle ne voulait envisager cette éventualité que si l'euthanasie ne pouvait pas être pratiquée, par exemple au motif que les critères légaux n'étaient pas remplis selon le consultant. Mais elle ne serait vraiment satisfaite qu'avec l'euthanasie. Elle refusait catégoriquement la possibilité d'une oxygénothérapie.

Compte tenu des faits et circonstances ci-dessus, la commission considère que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie et ses souffrances insupportables. Concernant le critère relatif à l'absence de perspective d'amélioration, la commission a considéré ce qui suit.

Selon la commission, il ressort des documents et de l'entretien avec le médecin que les souffrances de la patiente étaient principalement dues à l'impossibilité de traiter son insuffisance respiratoire. Cet essoufflement entraînait une telle limitation de sa liberté de mouvement et de son autonomie, actuelles et futures, qu'elle avait demandé à plusieurs reprises une euthanasie à son médecin. De façon générale, la commission attend d'un médecin qui reçoit une demande d'euthanasie motivée par des souffrances insupportables qu'il vérifie d'abord si la cause de celles-ci est avérée et traitée de façon adéquate. Dans le cas présent, la commission attendait du médecin qu'il vérifie si la cause de l'essoufflement était suffisamment établie et qu'il se demande ensuite si la patiente suivait le traitement adéquat.

Il ressort des documents et des explications complémentaires du médecin que la patiente souffrait d'asthme et de MPOC depuis environ

trente ans. Sur cette base, le médecin lui a prescrit un traitement inhalé et assuré son accompagnement dans la chaîne de soins généraliste des patients atteints de MPOC. L'effet des bronchodilatateurs était insuffisant ou nul. Au fil des ans, le médecin a fait effectuer des tests de la fonction pulmonaire dont les résultats montraient un tableau changeant de problèmes d'expiration pouvant correspondre à de l'asthme ou une MPOC. La commission note que la patiente ne réagissait pas aux médicaments prescrits sur la base du diagnostic de MPOC et que les symptômes d'essoufflement s'aggravaient. Elle s'interroge donc sur la cause réelle de ces symptômes. Si les tests de la fonction pulmonaire peuvent appuyer des suppositions, ils ne suffisent pas pour établir le diagnostic de MPOC ou d'asthme, qui nécessite les examens complémentaires d'un pneumologue.

Le médecin a certes suggéré plusieurs fois à la patiente de consulter un pneumologue mais, au cours des deux années précédant le décès, il n'a pas insisté pour que des examens médicaux spécialisés soient effectués et a trop vite accepté le refus de la patiente en la matière.

Lorsqu'il est apparu que la patiente ne réagissait pas aux médicaments qui lui étaient prescrits depuis des années, il aurait été logique que le médecin vérifie si les symptômes d'essoufflement pouvaient être traités autrement pour les rendre supportables. Mais il s'est contenté de faire effectuer un électrocardiogramme en vue de déceler d'éventuels problèmes cardiaques, ce qui n'a pas non plus permis d'expliquer l'essoufflement.

Compte tenu de toutes les informations obtenues, la commission juge que le médecin n'a pas suffisamment recherché la cause de l'insuffisance respiratoire de la patiente, qu'il n'a pas eu de lecture suffisamment critique des résultats des examens de la chaîne de soins et qu'il a conclu trop légèrement que les souffrances étaient sans perspective d'amélioration. Il aurait été logique qu'il souligne davantage l'importance d'examens complémentaires sur la cause des souffrances de la patiente. La commission juge que le médecin n'a pas agi conformément au critère de rigueur prévu à l'article 2, paragraphe 1 sous b, de la loi WTL.

CAS 2017-79

*Pour le texte intégral,
voir le jugement
2017-79 sur le site
internet.*

CONCLUSION : non-respect des critères de rigueur

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO ; souffrances sans perspective d'amélioration ; absence d'autre solution raisonnable

Atteinte d'arthrose, la patiente, octogénaire, souffrait de douleurs dans les membres, les articulations et le dos. Sa mobilité était réduite : elle souffrait de raideurs, marchait difficilement, était sujette à des chutes et perdait progressivement son autonomie. Elle souffrait en outre de problèmes vasculaires, d'œdèmes et d'un essoufflement croissant (sans doute dû à une insuffisance cardiaque ou à une affection pulmonaire liée à une hypertension prolongée). Les problèmes étaient apparus au fil des années et s'étaient lentement aggravés. Les dix-huit derniers mois précédant le décès, la patiente avait été de plus en plus handicapée par ses pathologies. Elle ne sortait plus et avait déjà fait plusieurs chutes chez elle. Elle était hors d'haleine après quelques pas. Alors qu'elle adorait les chiens, elle ne pouvait plus en avoir compte tenu de son état, ce qui signifiait pour elle une nouvelle dégradation de sa qualité de vie. Lire était tout ce qu'elle pouvait encore faire, elle regardait parfois la télévision et il lui arrivait souvent de se coucher l'après-midi.

Elle refusait d'être examinée et traitée par des spécialistes, jugeant cela inutile vu son âge et son espérance de vie. Elle ne voulait plus être « rafistolée ». Constatant que son corps était à bout, elle refusait les dispositifs d'aide à la mobilité. Son insuffisance cardiaque pouvait être quelque peu améliorée par des diurétiques mais pas ses problèmes de mobilité.

Elle souffrait de son état de dépendance croissante, qu'elle refusait totalement d'accepter. Elle se sentait souvent nauséuse, dormait mal et les médicaments antidouleur n'étaient pas toujours efficaces. La patiente avait une forte personnalité et n'aimait pas qu'on se mêle de ses affaires. Elle redoutait que la dégradation de son état aboutisse à une situation de complète dépendance. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables.

Le médecin était convaincu de cet état de choses, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Selon le médecin, il n'y avait plus pour la patiente aucune possibilité acceptable d'alléger ses souffrances.

Quelques mois auparavant, la patiente avait parlé d'euthanasie avec son généraliste qui avait jugé que la problématique en jeu était celle de la « vie accomplie » et n'était donc pas disposé à honorer sa demande. La patiente avait tenté de mettre elle-même fin à ses jours. Elle s'était ensuite adressée à la SLK.

Lors de la première visite du médecin, environ un mois avant le décès,

la patiente lui a demandé la mise en œuvre de l'interruption de la vie, une requête qu'elle a renouvelée durant les deux visites suivantes. Le médecin a considéré que cette demande était volontaire et mûrement réfléchie. Il était persuadé que la patiente n'aurait pas demandé d'euthanasie sans les handicaps dont elle souffrait.

La commission s'est demandée comment, vu la relative rapidité de la procédure, le médecin avait pu acquérir la conviction que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Le praticien a expliqué que les trois entretiens et les informations dont il disposait lui avaient donné un aperçu suffisant du caractère insupportable des souffrances de la patiente. Son état et ses conditions de vie étaient incompatibles avec son caractère indépendant. Considérant sa mobilité réduite et l'impact que cela avait sur sa vie, le médecin avait acquis la conviction qu'elle souffrait de façon insupportable et sans perspective d'amélioration.

Le médecin indique avoir recherché d'éventuelles possibilités thérapeutiques et tenté d'en discuter avec la patiente. Celle-ci a indiqué fermement et à plusieurs reprises ne pas vouloir être examinée ni suivre de traitement. Dans ce cadre, l'infirmière de la SLK ajoute qu'elle refusait tout dispositif d'aide et ne voulait même pas entendre parler d'un déambulateur. Le médecin a jugé qu'il n'y avait aucune autre solution thérapeutique pour la patiente. À la question de la commission, il a répondu que ses douleurs et son essoufflement auraient éventuellement pu être réduits par des médicaments. Mais comme elle refusait toute proposition d'examen complémentaire et de traitement, le médecin n'en a plus parlé. Le fait de ne plus pouvoir remédier à la mobilité réduite de la patiente a été pour lui déterminant. Elle marchait avec tant de difficulté qu'aucune amélioration n'était plus possible.

Le médecin souligne que le consultant a lui aussi conclu qu'il y avait peu de possibilités thérapeutiques. Le médecin a encore téléphoné au généraliste de la patiente pour savoir pourquoi celui-ci ne voulait ou ne pouvait pas l'aider. Contrairement au médecin, le généraliste pensait avoir affaire à une problématique de « vie accomplie ». Le médecin est conscient qu'aucun examen complémentaire n'a été effectué et admet la difficulté d'une situation dans laquelle le patient refuse tout examen ou traitement. Il ne voulait cependant pas abandonner la patiente à son sort.

Concernant le critère selon lequel le médecin doit être parvenu à la conviction que les souffrances sont sans perspective d'amélioration et qu'il n'y a pas d'autre solution raisonnable, la commission a considéré ce qui suit. 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. Il s'agit de se demander s'il existe

une possibilité réelle, autre que l'euthanasie, de faire cesser ou d'atténuer les symptômes. Il faut 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. Ce critère rejoint par là celui de l'absence d'autre solution raisonnable pour supprimer les souffrances du patient. S'il existe des moyens moins radicaux de réellement diminuer ou supprimer les souffrances, le médecin se doit de les utiliser. Ce critère de rigueur s'appuie sur la conviction partagée du médecin et du patient. Le ressenti et les souhaits de ce dernier sont donc au cœur de la réflexion. Les solutions autres que l'euthanasie doivent impliquer une diminution ou suppression réelle des souffrances et être pour le patient une issue raisonnable (cf. le code de l'euthanasie 2018, p. 25).

La commission constate que la patiente souffrait de plusieurs pathologies. Le médecin a indiqué avoir tenté de parler d'éventuelles possibilités thérapeutiques avec la patiente qui refusait tout traitement. La commission estime cependant qu'il aurait été logique que le médecin – avant d'accéder à la demande d'euthanasie – pose comme condition que la patiente essaie les traitements ni trop lourds ni trop pénibles encore possibles. Face au refus de tout examen ou traitement, le médecin peut difficilement juger de l'absence de perspective d'amélioration, à plus forte raison s'il ne connaît le patient que depuis peu. Il est essentiel d'étudier soigneusement les solutions autres que l'euthanasie. Dans le cas présent, celles-ci n'ont pas été suffisamment explorées. Ainsi un traitement médicamenteux aurait éventuellement pu réduire les douleurs et l'essoufflement de la patiente et partant, améliorer aussi un tant soit peu sa mobilité. S'il était apparu au bout d'un certain temps que ce traitement n'avait pas ou trop peu d'effet, le médecin aurait alors toujours pu recourir à l'euthanasie. Si le médecin n'est pas tenu par la loi d'avoir une relation thérapeutique avec le patient, la commission considère que lorsque le praticien n'est pas le médecin traitant il doit en règle générale prouver qu'il a pris le temps d'étudier de façon approfondie la situation du patient eu égard aux critères légaux (cf. code de l'euthanasie 2018, p. 16). Dans le cas présent, le médecin est parvenu dans un laps de temps très court à la conclusion qu'il n'existait pas d'autre solution raisonnable. Il n'a pas suffisamment recherché si, hormis l'euthanasie, il existait des moyens raisonnables d'atténuer les symptômes de la patiente – ce qui aurait pu rendre les souffrances plus supportables.

La commission juge donc que le médecin n'a pas pu acquérir la conviction qu'il n'existait pas d'autre solution pour remédier aux souffrances de la patiente et que celles-ci étaient sans perspective d'amélioration.

Le médecin n'a pas agi conformément aux critères prévus à l'article 2, paragraphe 1, sous b et d, de la loi WTL.

CAS 2017-24

(ne figure pas dans le présent résumé)

CAS 2017-10

(ne figure pas dans le présent résumé)

CAS 2017-02

(ne figure pas dans le présent résumé)

CAS 2017-11

(ne figure pas dans le présent résumé)
(cas semblable au 2017-40)

CAS 2017-28

(ne figure pas dans le présent résumé)

CAS 2017-118

(ne figure pas dans le présent résumé)

ÉDITION

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

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

Avril 2018

RTE

