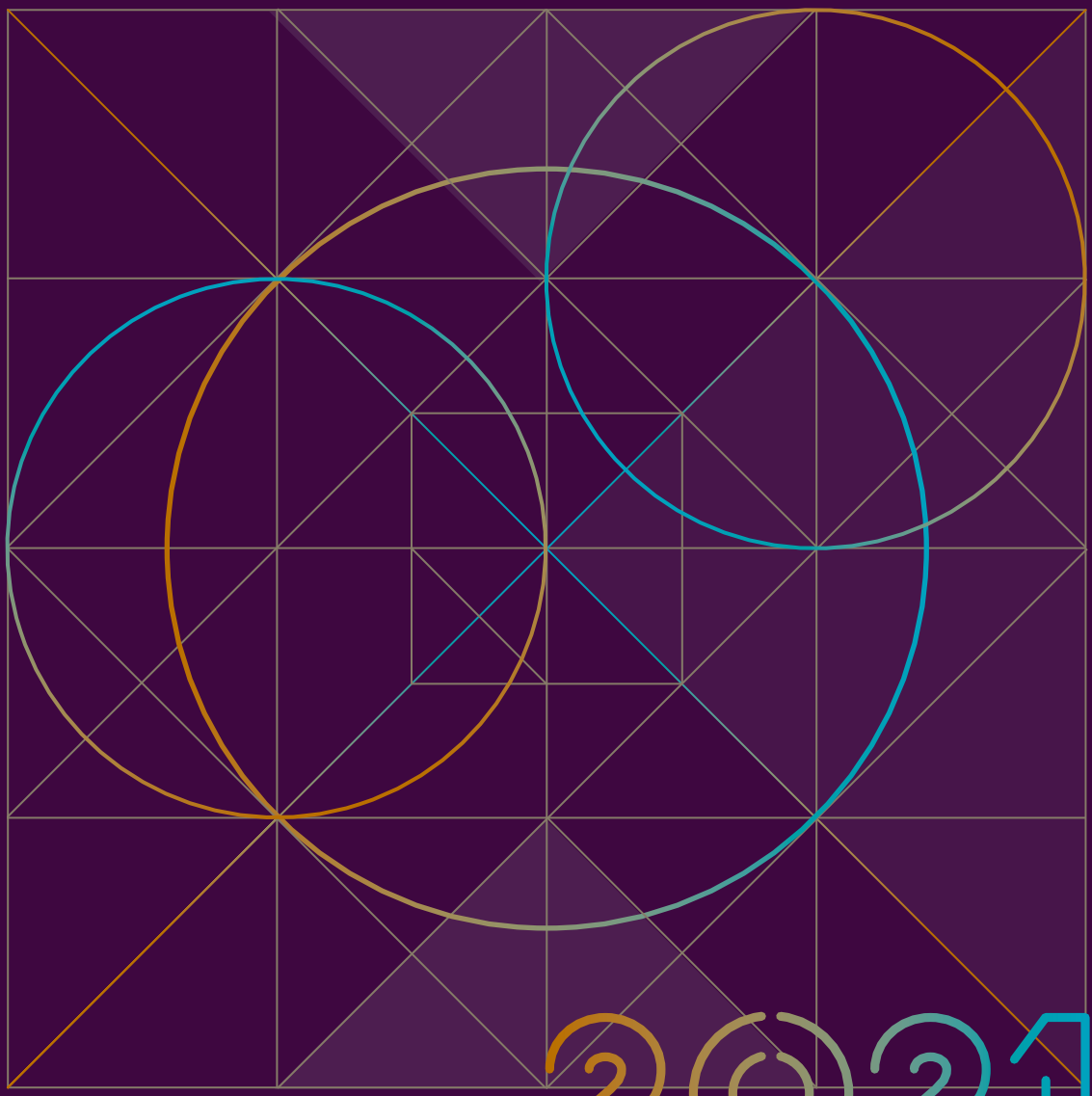
RTE

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE



RAPPORT ANNUEL 2021

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 4

CHAPITRE 1 CHIFFRES ET ÉVOLUTIONS EN 2021 7

1 Rapport annuel 7

2 Signalements 9
Nombre de signalements 9
Proportion hommes-femmes 9
Proportion interruption de la vie sur demande-aide au suicide 9
Affections 11
Affections les plus courantes 11
Démence 11
Troubles psychiatriques 11
Polypathologies gériatriques 14
Autres affections 14
Âge 14
Médecins signaleurs 15
Lieu où est pratiquée l'interruption de la vie 15
Euthanasie et don d'organes et de tissus 15
Couples 17
Non-respect des critères de rigueur 17

3 Méthode de travail des commissions, évolutions 18
Signalements VO et NVO 18
Questions écrites et orales des RTE 21
Signalements complexes 21
Comité de réflexion 21
Divers 22
Organisation 14

CHAPITRE 2 ÉTUDE DE CAS 25

1 Introduction 25

2 Respect des critères de rigueur 28
2.1 Cinq signalements représentatifs 28
Cancer 29
Pathologie du système nerveux 30
Pathologie pulmonaire 31
Pathologies cardiovasculaires 32
Polypathologie 33

2.2 Cinq cas illustrant cinq des critères de rigueur 34
Demande volontaire et mûrement réfléchie 35
Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration 37
Absence d'une autre solution raisonnable 38
Consultation d'un confrère 40
Rigueur médicale de l'acte 42

2.3 Quatre signalements concernant des patients atteints de troubles psychiatriques, de polypathologies gériatriques ou de démence 43
Troubles psychiatriques 44
Polypathologies gériatriques 46
Patient atteint de démence mais encore apte à exprimer sa volonté 48
Patient incapable d'exprimer sa volonté concernant la demande d'euthanasie 51

3 Non-respect des critères de rigueur 56
Consultation indépendante 56
Jugement 2021-71 57
Jugement 2021-142 58
Rigueur médicale 59
Jugement 2021-81 60
Jugement 2021-92 62
Prudence accrue 64
Jugement 2021-76 65
Jugement 2021-97 67
Jugement 2021-143 70

AVANT-PROPOS

En 2021, les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) ont reçu 7 666 signalements d'euthanasie[1]. Elles ont jugé dans sept de ces cas que le médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur. La principale conclusion est donc, cette année encore, que la mise en œuvre de l'euthanasie aux Pays-Bas est extrêmement scrupuleuse.

La majeure partie des signalements ne soulève, après l'examen minutieux de la commission, aucune question particulière. Un certain nombre de ces signalements non générateurs de questions (NVO) sont inclus et détaillés dans le présent rapport annuel. Une petite partie en est aussi régulièrement publiée sur le site des RTE. L'évaluation de ces signalements, qui concernent généralement des patients âgés en stade terminal d'une maladie incurable, mobilise la grande majorité des capacités des commissions.

Le débat social et politique sur l'euthanasie est resté animé. Les RTE n'y participent pas. Elles évaluent la pratique à l'aune de la loi WTL[2] et de la jurisprudence de la Cour Suprême, et rendent compte de leur action par la publication du présent rapport annuel et d'une sélection de leurs jugements sur leur site. Durant l'année écoulée, l'ambition de publier tous les jugements motivés a commencé à prendre forme. Les RTE sont conscientes que de la sorte un nombre relativement réduit de signalements recevra une attention démesurée, à savoir ceux qui, par leur nature ou leur mise en œuvre, soulèvent des questions. S'il s'agit là de cas exceptionnels et limites, ce sont aussi ceux qui révèlent les questionnements et les dilemmes auxquels les RTE sont confrontées. Illustrant la diversité de la pratique, ils permettent de nourrir le débat social.

La mise à jour du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 a occupé une bonne partie de l'année passée et devrait s'achever au premier semestre 2022. Ce document présente clairement les normes d'évaluation générales appliquées par les RTE, telles que distillées à partir des nombreux jugements prononcés sur les cas individuels. Il précise les choses en amont, ce qui est crucial pour le médecin pratiquant l'euthanasie, qui doit savoir à quoi s'en tenir. Le Code de déontologie n'est pas la seule norme à la disposition des médecins. En 2021, la KNMG/KNMP a adopté sa nouvelle directive sur la pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide, et la KNMG a publié son point de vue sur les décisions

1 *Dans le présent rapport annuel, le terme euthanasie regroupe l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide.*
2 *Loi WTL : loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide.*

médicales relatives à la fin de vie, ce en concertation avec les RTE. Celles-ci vont de leur côté discuter de la mise à jour du Code de déontologie, avant son adoption définitive, avec la KNMG, mais aussi le ministère public, l'Inspection de la santé et le Centre d'expertise sur l'euthanasie. Il faut à tout prix éviter que le médecin soit la victime de divergences de vues entre les différentes autorités dans le domaine de l'euthanasie.

En 2021, le nombre de cas d'euthanasie signalés (7 666) a augmenté de 10,5 % par rapport à l'année précédente. Son importance relative a également augmenté puisqu'il représente 4,5 % du nombre total de décès (170 839), contre 4,1 % en 2020. Cette croissance est en réalité encore plus importante étant donné que le Covid-19 n'a pas été évoqué comme fondement médical pour pratiquer l'euthanasie. Il est mentionné dans un seul cas comme source supplémentaire de souffrances à côté d'une autre affection grave. La surmortalité liée à la pandémie n'a donc pour ainsi dire pas eu d'effet sur le nombre de cas d'euthanasie. À défaut d'étude sur ce sujet, il est impossible d'indiquer la cause de l'augmentation du pourcentage de cas d'euthanasie par rapport à la mortalité totale. La quatrième évaluation de la loi WTL, qui aura lieu en 2022 et au début de 2023, apportera peut-être des éclaircissements.

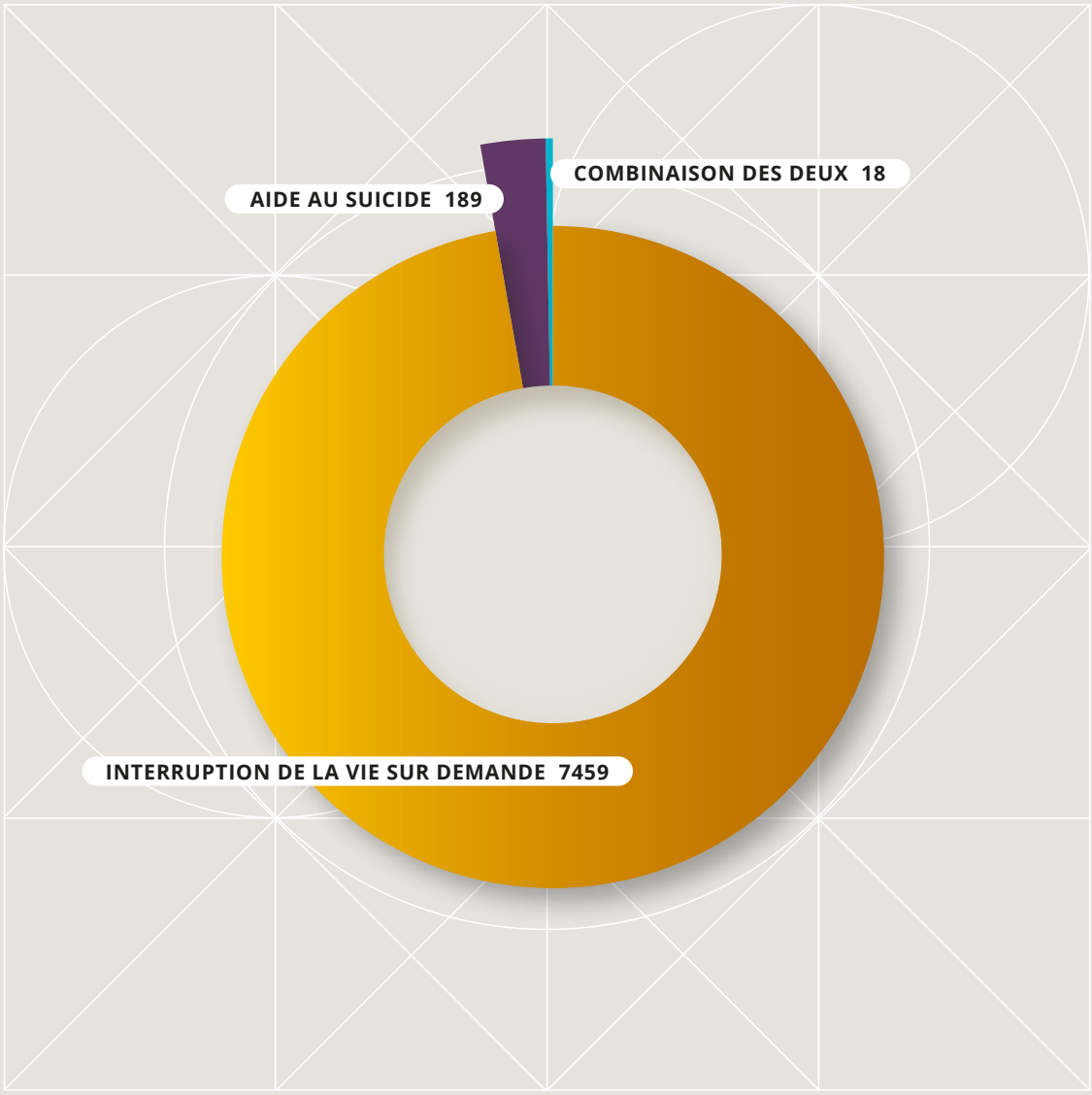
L'année 2021 a été difficile en raison des retombées de la pandémie de Covid-19, auxquelles se sont ajoutés le déménagement des cinq commissions régionales vers un bâtiment unique à Utrecht et la fusion en conséquence de diverses parties de l'organisation (membres, secrétariats, soutien logistique). Je tiens à remercier tous ceux qui ont redoublé d'efforts pour que le travail quotidien puisse se poursuivre avec rigueur et efficacité. Mes remerciements vont également au ministère de la Santé, et en particulier à la direction ESTT, pour le précieux soutien apporté cette année.

Durant ma première année en tant que président coordinateur, j'ai découvert une organisation solide, qui évalue méticuleusement chaque signalement d'euthanasie aux Pays-Bas en fonction des critères de rigueur prévus dans la loi. J'ai été surtout impressionné par le courage dont font preuve patients et médecins pour ensemble mettre en œuvre l'interruption de la vie de façon intègre et couper ainsi court à des souffrances insupportables et sans espoir d'amélioration.

JEROEN RECOURT
Président coordinateur

Note sur la forme rédactionnelle : dans la présente traduction, l'emploi du masculin pour désigner les professionnels de santé a valeur de neutre et vise exclusivement à améliorer la lisibilité du texte.

PROPORTION INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE–AIDE AU SUICIDE



CHAPITRE 1
CHIFFRES ET ÉVOLUTIONS EN 2021

1 RAPPORT ANNUEL

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

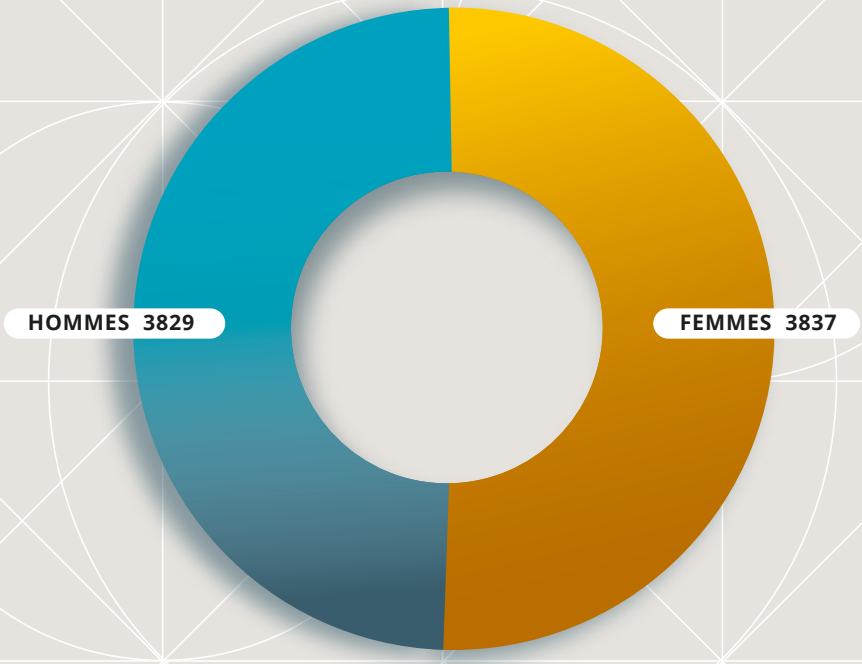
Le rapport annuel a également pour objectif de permettre aux médecins et aux personnes intéressées de comprendre la façon dont les commissions régionales examinent et jugent les signalements. Le chapitre 2 est ainsi consacré à l'exposé détaillé de signalements représentatifs ou particuliers.

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

Pour en savoir plus sur les grandes lignes de la loi, la méthode de travail des commissions, etc., voir la version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018[3].

3 *Une version remaniée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 a été publiée en 2020 et une nouvelle révision est en cours au moment de la publication du présent rapport. La version 2022 devrait paraître au premier semestre de cette année.*

PROPORTION HOMMES-FEMMES



2 SIGNALEMENTS

NOMBRE DE SIGNALEMENTS

En 2021, les commissions régionales ont enregistré 7 666 signalements d'euthanasie, représentant 4,5 % du nombre total des 170 839 décès en 2021[4]. Ces chiffres marquent une augmentation de 10,5 % par rapport à 2020 (6 938 signalements). La part des cas d'euthanasie dans le nombre total de décès a ainsi augmenté de 0,4 % par rapport à 2020.

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

PROPORTION HOMMES-FEMMES

Comme les années précédentes, le rapport hommes-femmes dans les signalements est resté à peu près égal : 49,9 % contre 50,1 % (soit 3 829 hommes et 3 837 femmes). Mais pour la première fois depuis 2016, date depuis laquelle les RTE indiquent cette proportion dans leur rapport annuel, plus de femmes que d'hommes ont eu recours à l'euthanasie.

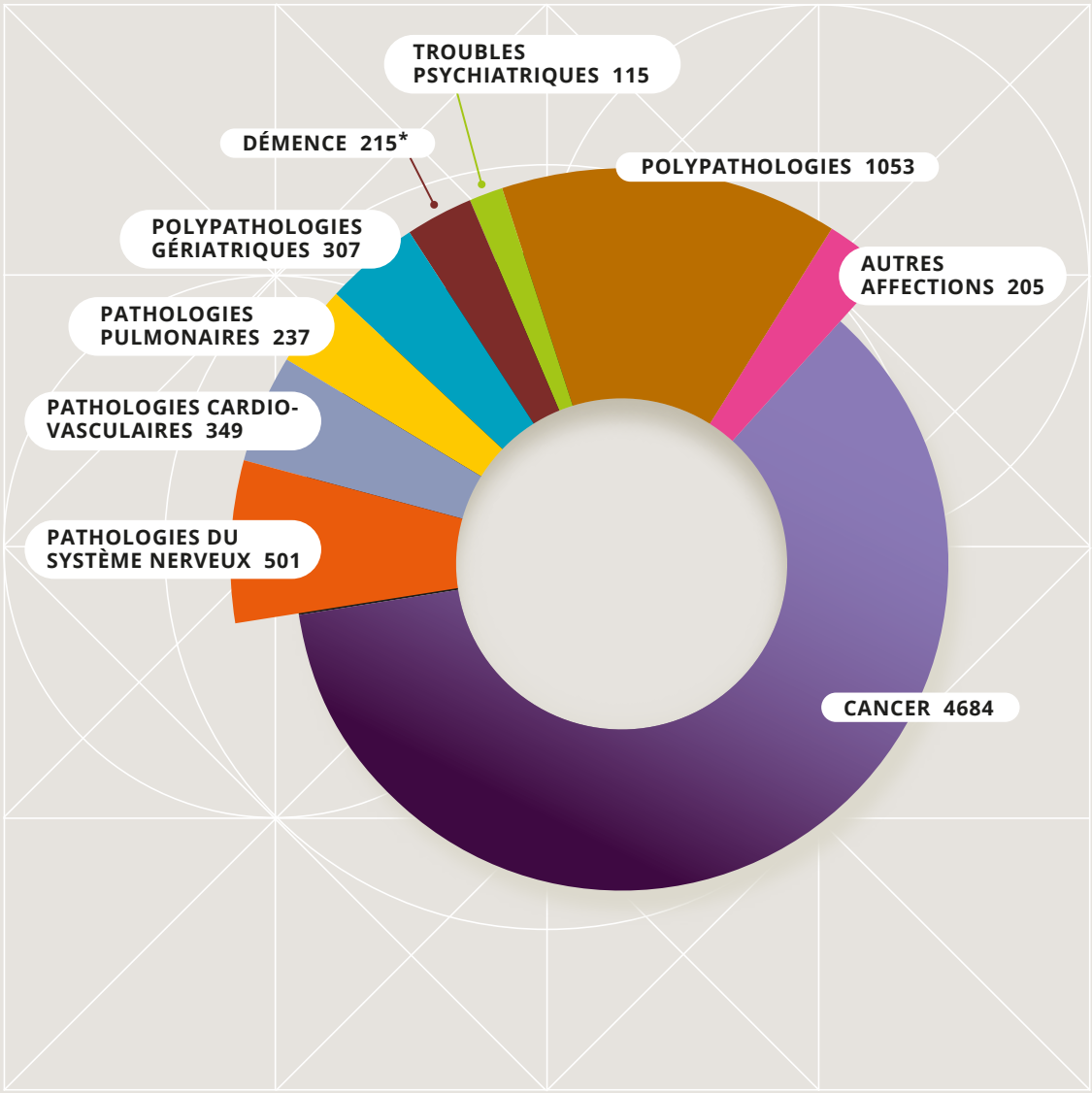
PROPORTION INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE-AIDE AU SUICIDE

7 459 signalements (97,3 %) concernent des cas d'interruption de la vie sur demande, 189 (2,5 %) des cas d'aide au suicide et 18 (0,23 %) une combinaison des deux. Dans ces derniers cas, il arrive en effet qu'après avoir absorbé la substance létale donnée par le médecin dans le cadre de l'aide au suicide le patient ne décède pas dans le laps de temps convenu. Le médecin pratique alors l'interruption de la vie sur demande en administrant par voie intraveineuse une substance provoquant le coma, suivie d'un myorelaxant.

Concernant les points à considérer relatifs à la rigueur médicale de la mise en œuvre, voir la version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 35 et suivantes.

4 *Source : Office central néerlandais de la statistique, 4 mars 2021.*

AFFECTIONS



* *dont : début de processus démentiel 209*
démence avancée 6

AFFECTIONS

AFFECTIONS LES PLUS COURANTES

Dans 89 % des cas (soit 6 824), les patients étaient atteints de :

- cancer incurable (61,1 %, soit 4 684 cas) ;
- pathologies du système nerveux (6,5 %, soit 501 cas) – comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou la maladie de Charcot ;
- maladies cardiovasculaires (4,6 %, soit 349 cas) ;
- pathologies pulmonaires (3,1 %, soit 237 cas) ;
- polypathologies (13,7 %, soit 1 053 cas).

DÉMENCE

Six des signalements concernent des patients à un stade avancé de la maladie, qui n'étaient plus en mesure de s'exprimer au sujet de leur demande d'euthanasie ; leur testament de vie a été déterminant pour établir le caractère volontaire et mûrement réfléchi de cette demande. Un de ces signalements est présenté au chapitre 2 sous le numéro 2021-90 et tous sont publiés sur le site Internet des RTE.

Dans 209 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 d'euthanasie, car encore capables d'en envisager les conséquences, comme dans le signalement 2021-86 présenté au chapitre 2.

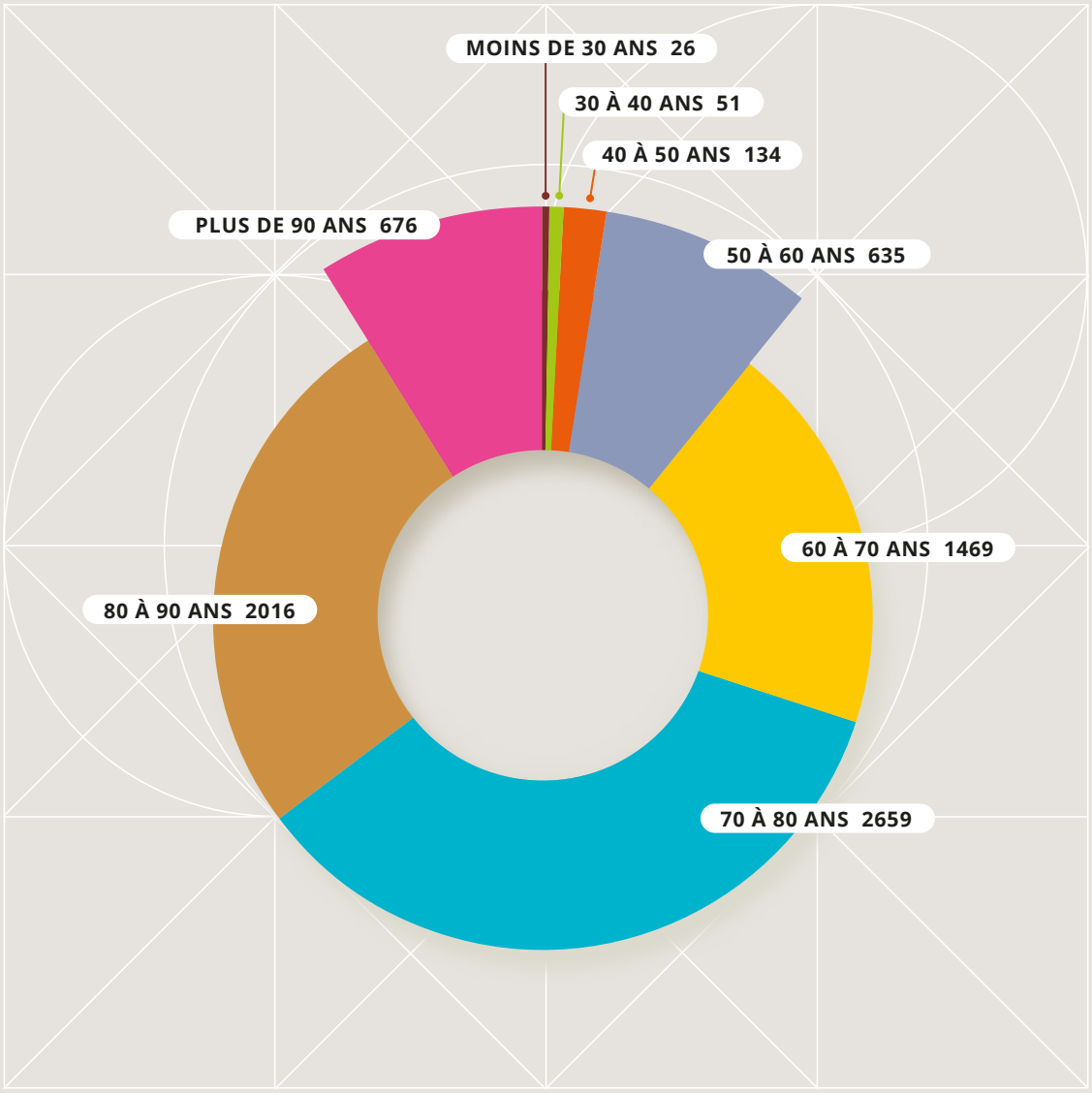
Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de démence, voir la version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 46 et suivantes.

TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Pour 115 des signalements d'euthanasie, les souffrances du patient sont causées par un ou plusieurs troubles psychiatriques. Dans 51 de ces cas le médecin signaleur est un psychiatre, dans 23 cas un médecin généraliste, dans 3 cas un gériatre et dans 38 cas un autre type de médecin. Dans 83 des cas concernant un patient souffrant de troubles psychiatriques, l'euthanasie a été pratiquée par un médecin travaillant au sein du Centre d'expertise sur l'euthanasie (EE, auparavant association Clinique de fin de vie). Une approche particulièrement prudente est ici nécessaire, comme dans le signalement 2021-148 présenté au chapitre 2.

Concernant les points à considérer dans les cas de patients atteints de troubles psychiatriques, voir la version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 44 et suivantes.

ÂGE


MOINS DE 30 ANS 26
30 À 40 ANS 51
40 À 50 ANS 134
PLUS DE 90 ANS 676
50 À 60 ANS 635
60 À 70 ANS 1469
80 À 90 ANS 2016
70 À 80 ANS 2659

POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

L'accumulation de pathologies gériatriques – troubles de la vision, de l'audition, ostéoporose (décalcification) et ses conséquences, arthrose (usure des articulations), troubles de l'équilibre, altération des capacités cognitives (dégradation des connaissances) – peut aussi être la cause de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration. Ces affections pour la plupart dégénératives sont généralement liées à la vieillesse. C'est leur association et les troubles afférents qui peuvent être la cause de souffrances que le patient, selon son histoire médicale, la vie qu'il a menée, sa personnalité, les valeurs auxquelles il est attaché et sa résistance, ressent comme insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration. En 2021, les RTE ont reçu 307 signalements de cette catégorie. Un jugement relatif à un signalement concernant des polypathologies gériatriques est présenté au chapitre 2 sous le numéro 2021-54 et publié sur le site internet.

Concernant les points à considérer dans les cas d'accumulation de pathologies gériatriques, voir la version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 23 et suivantes.

AUTRES AFFECTIONS

Enfin, pour enregistrer les signalements concernant des pathologies n'entrant pas dans les catégories définies, par exemple un syndrome de douleur chronique ou une maladie génétique rare, les RTE utilisent la catégorie « autres affections ». Elle comptait en 2021 205 cas.

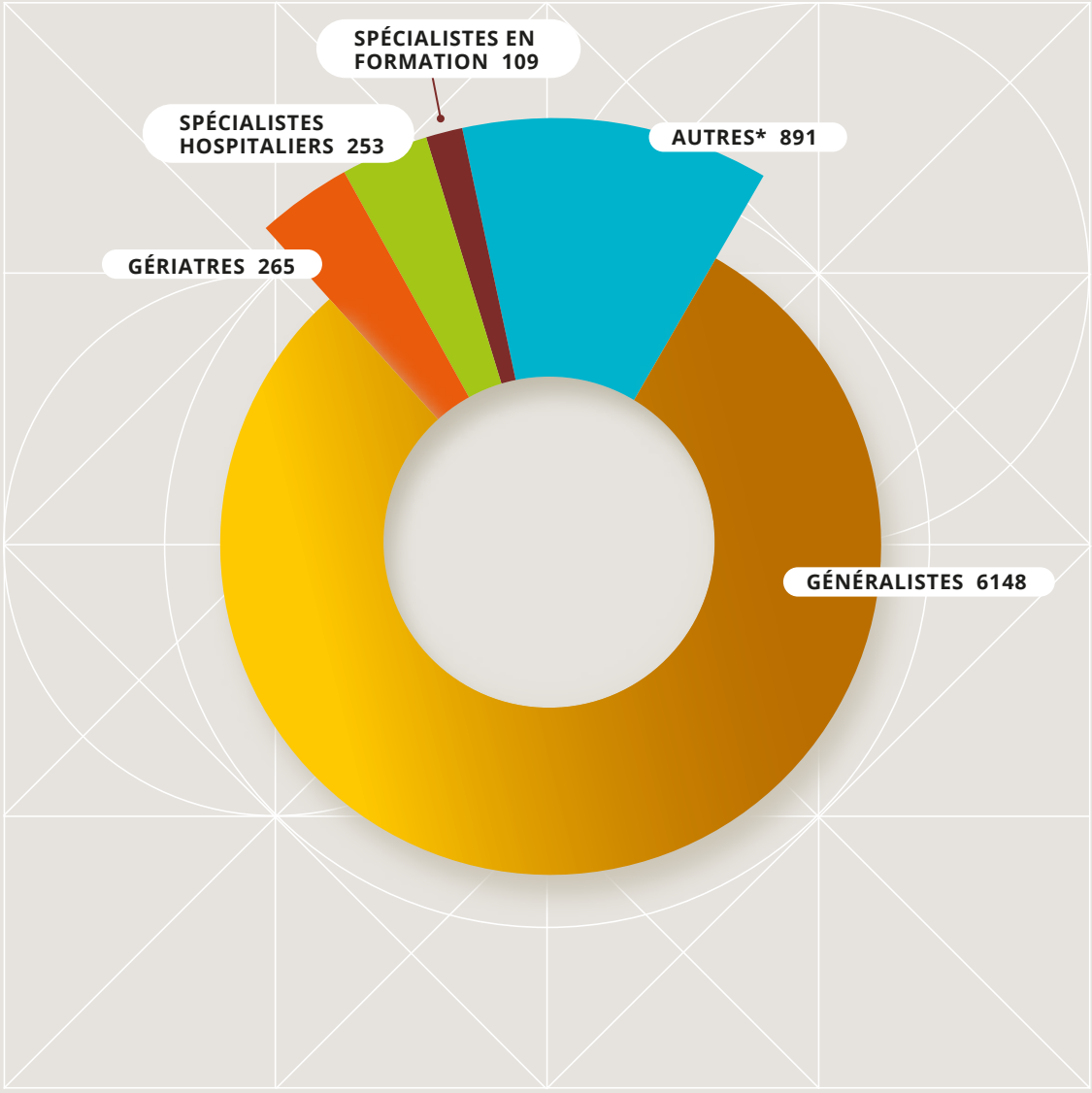
ÂGE

La majorité des signalements, soit 2 659 cas (34,7 %), concernent des patients septuagénaires ; 2 016 (26,3 %) concernent des octogénaires, et 1 469 (19,2 %) des sexagénaires.
Un signalement concerne un mineur (publié sur le site internet sous le numéro 2021-02). 30 signalements concernent des patients centenaires, dont le plus âgé avait 105 ans.

Concernant les points à considérer dans les cas de patients mineurs, voir la version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 44.

77 signalements reçus concernent la tranche d'âge des 18-40 ans. Dans 34 de ces cas, la cause des souffrances est le cancer et dans 31 un trouble psychiatrique. Dans la catégorie « démence » la majorité des signalements concernent des patients septuagénaires (88 cas) et octogénaires (89 cas), et dans la catégorie « polypathologies gériatriques », des patients au moins nonagénaires (188 cas). Dans la catégorie « troubles psychiatriques », 25 signalements concernent des quinquagénaires et 22 des sexagénaires.

MÉDECINS SIGNALEURS



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

MÉDECINS SIGNALEURS

La plupart des signalements (6 148, soit 80,2 % du nombre total) ont été effectués par un médecin généraliste. Parmi les autres médecins signaleurs, on relève 265 gériatres, 253 médecins spécialistes et 109 médecins en formation. Enfin, un nombre non négligeable de signalements (891) émanent de médecins issus d'un autre contexte, dont la plupart travaillent au sein de l'EE.

Le nombre de signalements émanant de médecins de l'EE (1 123) a augmenté de plus de 200 par rapport à 2020 (916). Ces praticiens interviennent fréquemment à la demande du médecin traitant lorsque celui-ci estime le cas trop complexe, qu'il refuse par objection de conscience de pratiquer l'euthanasie ou n'accepte de le faire que dans les cas d'affections en phase terminale. Le patient lui-même ou, à sa demande, sa famille peuvent aussi faire appel à l'EE. Une grande partie des signalements faisant état d'un trouble psychiatrique (83 sur 115, soit quelque 72 %) ont été effectués par un médecin de l'EE. Parmi ceux mentionnant une forme de démence comme cause des souffrances, 99 sur 215 (soit plus de 46 %) émanent d'un médecin de l'EE, de même que 158 (soit 51,4 %) des 307 signalements concernant des polypathologies gériatriques.

LIEU OÙ EST PRATIQUÉE L'INTERRUPTION DE LA VIE

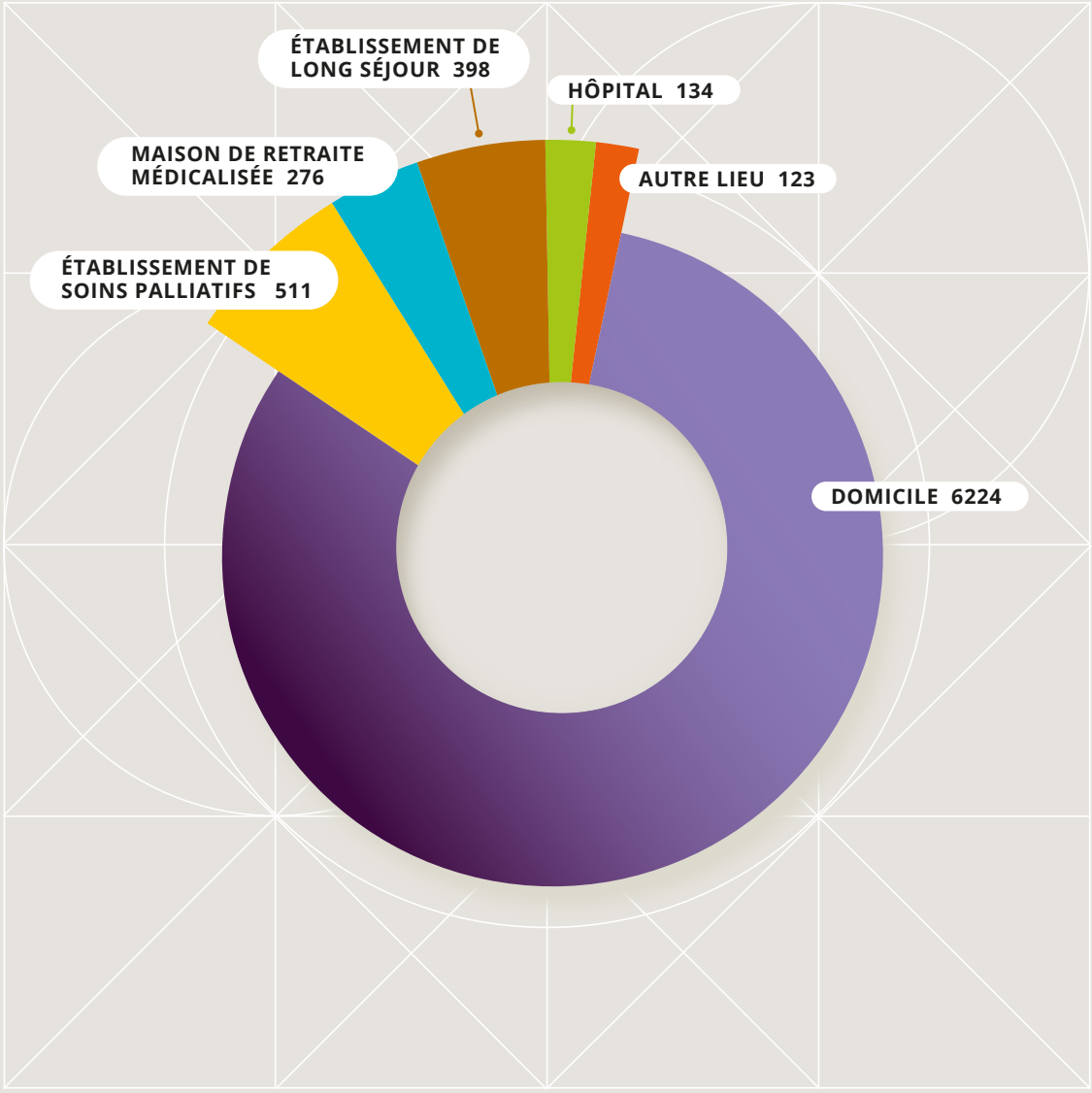
Comme les années précédentes, dans la grande majorité des cas (6 224, soit 81,2 %) l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient. Dans 674 cas, soit 8,8 %, elle s'est déroulée dans un établissement de long séjour ou une maison de retraite médicalisée ; dans 511 cas, soit 6,7 %, dans un établissement de soins palliatifs ; dans 134 cas, soit 1,7 %, dans un hôpital ; dans 123 cas, soit 1,6 %, dans un autre lieu (par exemple domicile d'un membre de la famille, maison de repos ou hôtel médicalisé).

EUTHANASIE ET DON D'ORGANES ET DE TISSUS

L'interruption de la vie dans le cadre de l'euthanasie n'empêche en principe pas le don d'organes et de tissus. L'Association néerlandaise pour la transplantation détaille la procédure à suivre en pareil cas dans sa directive sur le don d'organes après l'euthanasie [*Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie*][5]. Les RTE ont reçu en 2021 cinq signalements dans lesquels il est question de don d'organes et de tissus après l'euthanasie.

5 *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.*

LIEU OÙ EST PRATIQUÉE L'INTERRUPTION DE LA VIE



COUPLES

32 signalements concernent des euthanasies simultanées de partenaires (16 couples), comme dans les cas 2021-22 et 2021-23 publiés sur le site internet. Il est évident que le respect des critères de rigueur requis par la loi WTL doit être établi de façon distincte dans chaque signalement. Chacun des deux partenaires doit ainsi être vu par un consultant différent de sorte à garantir le caractère indépendant de l'évaluation de leur propre situation[6].

NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

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

6 *Version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 31*

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 (VO ou NVO). Le secrétaire-juriste de la commission concernée fait à cet effet une première lecture du dossier. Un signalement est classé dans la catégorie NVO si cette première lecture laisse présumer qu'il est suffisamment documenté et que le médecin a respecté les critères de rigueur, sauf si le cas concerné le fait par définition entrer dans la catégorie VO. Cela vaut par exemple lorsque les souffrances du patient sont dues à un trouble psychiatrique. La commission examine et juge ensuite les signalements, par voie électronique s'agissant de ceux classés NVO. Si contrairement à la lecture initiale du secrétaire, elle juge qu'un signalement est générateur de questions, celui-ci est examiné lors de la réunion mensuelle consacrée aux signalements de la catégorie VO. En 2021, 75 signalements ont ainsi fait l'objet de ces délibérations (soit 1 %).

Lorsque le signalement ne suscite aucune question, une lettre succincte notifiant le jugement (ODB) est adressée au médecin. Elle résume les faits mentionnés dans le signalement et sur la base desquels la commission a conclu au respect de tous les critères de rigueur.

S'il s'agit en revanche d'un signalement VO, il fait l'objet d'un jugement détaillé dans lequel la commission indique le point suscitant des questions et les considérations l'ayant amenée à conclure, sur ce point précis, au respect ou au non-respect des critères de rigueur.

Les RTE souhaitent ainsi permettre aux médecins et à d'autres intéressés de mieux comprendre la réflexion et les arguments décisifs qui sous-tendent leurs conclusions.

Les cas 2021-05, 2021-07, 2021-36, 2021-40 et 2021-65 présentés au chapitre 2 sont des exemples de signalements NVO ayant donné lieu à une ODB. De ce fait, il s'agit des résumés des cas et non des jugements succincts transmis aux médecins. Le site internet des commissions (www.euthanasiecommissie.nl) présente également certains signalements NVO.

En 2021, 94,6 % des signalements enregistrés ont été d'emblée classés comme NVO.

5,4 % de l'ensemble des signalements enregistrés ont été d'emblée classés comme VO, par exemple à cause d'une problématique complexe liée à un trouble psychiatrique, parce que la mise en œuvre de

l'euthanasie suscitait des questions ou que le dossier fourni par le médecin était trop succinct pour permettre un jugement.

Toujours inférieur aux six semaines maximales prévues par l'article 9, paragraphe 1, de la loi WTL, le délai entre la réception d'un signalement et l'envoi du jugement au médecin est passé à 32 jours en moyenne en 2021, soit trois jours de plus qu'en 2020.

SCHÉMA 1

94,6% DES SIGNALEMENTS
(NON GÉNÉRATEURS DE QUESTIONS)

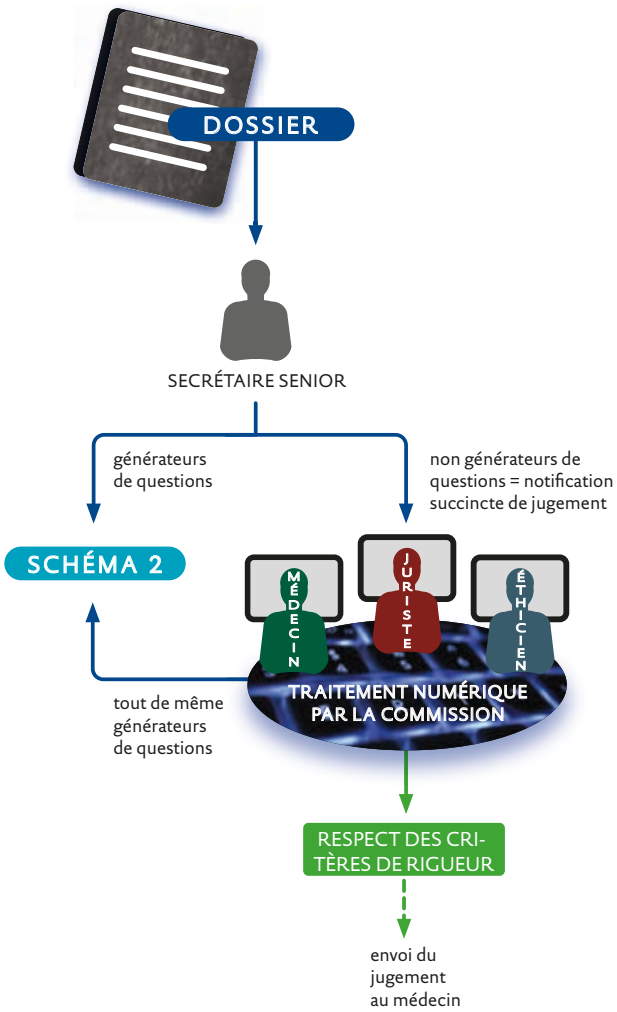
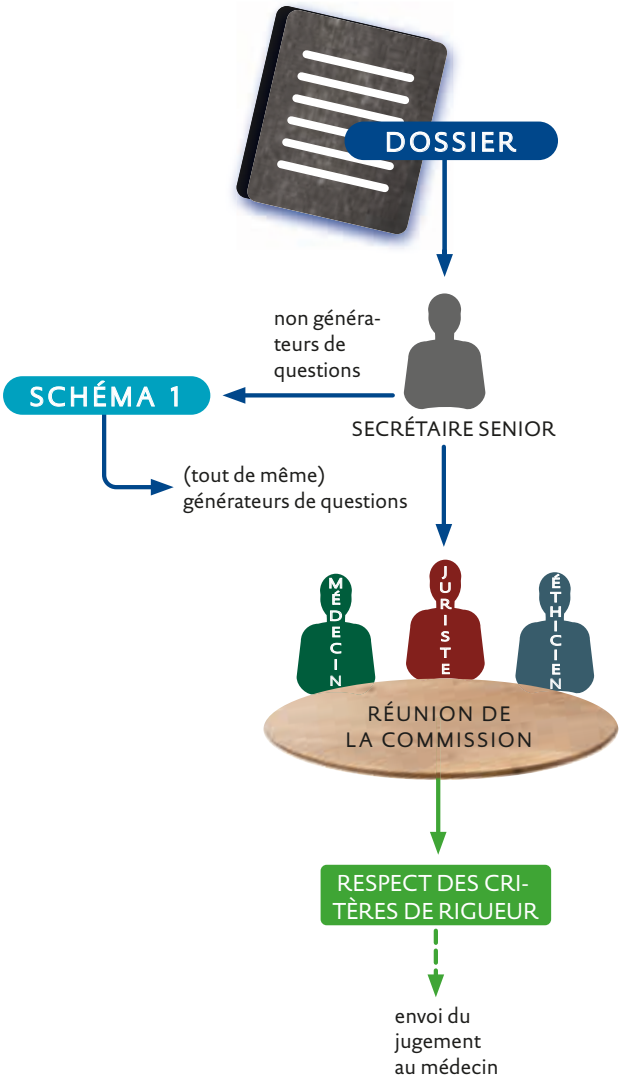


SCHÉMA 2

5,4% DES SIGNALEMENTS
(GÉNÉRATEURS DE QUESTIONS)



QUESTIONS ÉCRITES ET ORALES DES RTE

Dans certains cas, les rapports du médecin et du consultant ainsi que leurs annexes ne sont pas suffisamment clairs pour permettre aux commissions de forger leur jugement. Elles peuvent alors demander des explications complémentaires au médecin ou au consultant.

Dans 21 cas, le médecin (et dans un cas, le consultant) a été invité à s'expliquer par écrit. Ces cas incluent les sept signalements susmentionnés dans lesquels les commissions ont jugé que les critères de rigueur n'étaient pas remplis.

Dans 23 cas, parfois après ces premières explications écrites, les commissions ont invité le médecin signaleur à se présenter lors de leur réunion suivante pour s'expliquer et répondre à leurs questions ; plus rarement, cette invitation a été adressée au consultant. Le plus souvent, ces éclaircissements oraux ou écrits ont suffi à conclure au respect des critères de rigueur. Néanmoins, les commissions ont régulièrement adressé aux médecins des instructions sur la façon d'améliorer leur pratique et les signalements afférents à l'avenir.

SIGNALEMENTS COMPLEXES

Les commissions se concertent intensivement lorsqu'elles estiment un signalement assez complexe pour requérir l'avis de tous les membres et des secrétaires. Selon la méthode de travail établie, lorsqu'une commission envisage de conclure au non-respect des critères de rigueur, elle publie le projet de jugement accompagné du dossier afférent sur l'intranet des RTE. Les signalements concernant l'euthanasie effectuée sur la base d'un testament de vie d'un patient inapte à exprimer sa volonté sont traités selon le même processus. Après avoir pris connaissance des réactions des membres, la commission formule son jugement définitif.

Le processus est le même pour les dossiers sur lesquels la commission en charge souhaite un débat interne, l'objectif étant d'optimiser la qualité des jugements et de les harmoniser dans la mesure du possible. En 2021, 30 signalements (y compris ceux jugés non conformes aux critères de rigueur) ont ainsi été discutés.

COMITÉ DE RÉFLEXION

En 2016, les RTE ont décidé de se doter d'un comité de réflexion, dans un souci notamment de coordination et d'harmonisation. Le comité est composé de deux juristes, deux médecins et deux éthiciens, tous membres des RTE depuis au moins trois ans et devant normalement encore le rester pendant au minimum deux ans ; il est secondé par un secrétaire. Ce comité a vocation à conseiller les commissions sur des

problématiques complexes. Son rôle ne consiste pas tant à porter un jugement exhaustif sur le signalement qu'à examiner une ou plusieurs questions concrètes formulées par la commission concernée. Ces questions dépassent généralement le signalement concerné. Compte tenu de la durée de cet examen, le médecin signaleur est informé du possible allongement du délai de traitement. En 2021, le comité de réflexion a entamé une mise à jour du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018. Cette nouvelle version devrait paraître au premier semestre 2022.

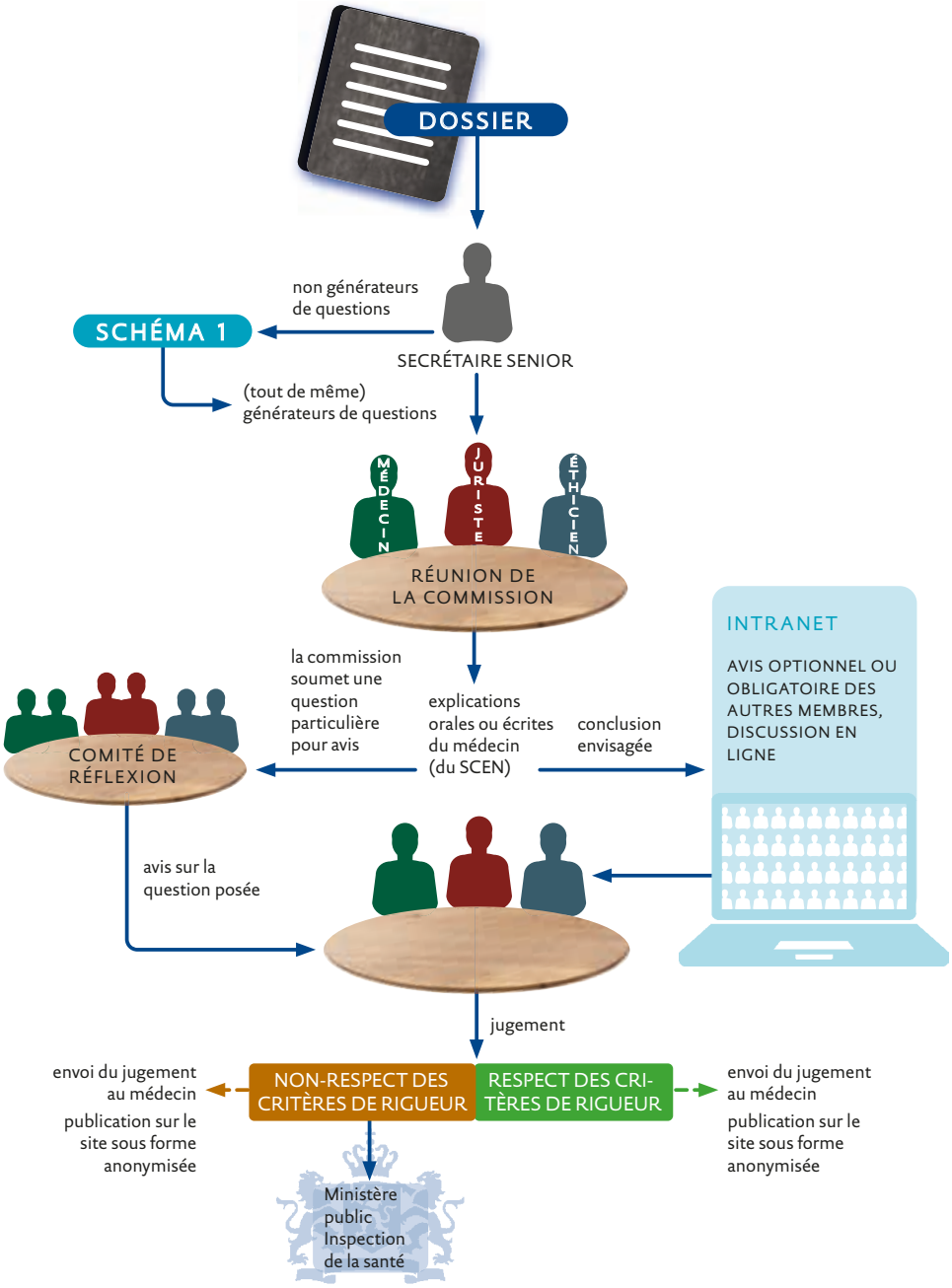
DIVERS

Le développement d'un nouveau système informatique pour les RTE a démarré en 2021. Le système devrait être opérationnel à l'été 2022.

Le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports a commandé le lancement en 2022 de la quatrième évaluation de la loi WTL.

SCHÉMA 3

<1% DES SIGNALEMENTS (GÉNÉRATEURS DE QUESTIONS)



ORGANISATION

Les commissions régionales de contrôle sont au nombre de cinq et comprennent en tout 45 membres. Chaque commission comprend trois juristes (dont le président), trois médecins et trois éthiciens. À l'issue d'une procédure de recrutement externe, les membres des RTE sont nommés sur proposition de celles-ci par les ministres de la Santé et de la Justice pour une durée de quatre ans, renouvelable une fois.

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

Le président coordinateur des RTE, choisi parmi les cinq présidents régionaux, dirige les débats de leur concertation stratégique, à laquelle assiste également un représentant des médecins et des éthiciens. Les commissions sont secondées par un secrétariat qui compte environ 25 agents, dont un secrétaire général, des secrétaires (juristes de formation) et des assistants administratifs (soutien logistique). Les secrétaires ont voix consultative lors des réunions des commissions ; le secrétaire général coordonne leurs activités. Le secrétariat des RTE a déménagé à Utrecht en mars 2021. C'est là que toutes les réunions des commissions auront lieu dès que les mesures sanitaires liées au Covid-19 le permettront. L'année dernière, les réunions se sont en partie déroulées par visioconférence.

CHAPITRE II
ÉTUDE DE CAS

2

1 INTRODUCTION

Ce chapitre est consacré aux jugements des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie. Les RTE ont pour mission d'examiner les signalements des médecins relatifs aux cas d'euthanasie.

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

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

Selon les critères de rigueur, le médecin doit :

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

Les commissions contrôlent si le médecin signaleur a agi conformément à la loi, à sa genèse et à la jurisprudence, ainsi qu'à la version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018[7], élaboré sur la base des décisions antérieures des RTE. Elles tiennent également compte des décisions du ministère public et de l'Inspection de la santé.

Les commissions examinent s'il est établi que les critères en matière d'information (c), de consultation (e) et de rigueur médicale de l'acte (f) ont été respectés, autant de faits qu'il est possible de contrôler concrètement. Les trois autres critères de rigueur stipulent que le médecin *a acquis la conviction* qu'il était en présence d'une demande volontaire et mûrement réfléchie (a), de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration (b) et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable (d). La formulation choisie laisse au médecin une certaine marge d'appréciation. En conséquence, lors de leur évaluation des actes du médecin sur ces trois points, les commissions examinent la manière dont ce dernier a cherché à connaître les faits et les éléments qui ont motivé sa décision. Elles vérifient donc si le médecin, étant donné la marge d'appréciation que lui donne la loi, a raisonnablement pu parvenir à la conclusion que ces trois critères de rigueur étaient remplis. Elles examinent également son argumentaire, dont fait partie le compte rendu du consultant.

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

Le paragraphe 2 se décompose en trois sous-paragraphes. Le premier (2.1) présente cinq signalements représentatifs de la grande majorité de ceux reçus par les RTE : des cas dans lesquels la guérison était exclue et concernant des cancers, des pathologies du système nerveux, cardiovasculaires ou pulmonaires, ou une combinaison de pathologies. Pour ces signalements, le jugement écrit transmis au médecin n'est pas détaillé : le praticien reçoit une notification succincte du jugement (ODB), c'est-à-dire une lettre indiquant brièvement qu'il a respecté les critères de rigueur.

Le second sous-paragraphe (2.2) s'intéresse à plusieurs critères de rigueur : le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande (a), le caractère insupportable et sans perspective d'amélioration des souffrances (b), la conviction partagée de l'absence d'autre solution

7 *Le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 (version remaniée en 2020) peut être téléchargé sur le site des RTE : www.euthanasiecommissie.nl. Il est également possible de télécharger une page à insérer dans la version papier du Code 2018.*

raisonnable (d) et la rigueur médicale de l'acte (f). Un des critères n'est pas expressément abordé ici : l'information du patient sur ses perspectives (c). Il est étroitement lié aux autres critères, et notamment à l'exigence que le médecin soit convaincu que la demande est volontaire et mûrement réfléchie, ce qui n'est possible que si le patient est bien informé de sa situation et des perspectives qui sont les siennes.

Le sous-paragraphe 2.3 décrit quatre cas dans lesquels l'euthanasie a été pratiquée sur des patients atteints de pathologies particulières : troubles psychiatriques, polypathologies gériatriques et démence. Le premier des jugements relatifs aux cas de patients atteints de démence porte sur celui d'une patiente encore apte à exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie ; le second jugement porte sur le cas d'une patiente n'étant plus apte à exprimer sa volonté.

Le paragraphe 3 présente les sept signalements dans lesquels les RTE ont jugé que le médecin n'avait pas respecté ces critères. Dans deux dossiers, il s'agit de l'exigence d'une consultation indépendante ; dans deux autres, de la rigueur médicale de l'acte ; dans trois cas, de la prudence accrue requise lorsque les souffrances du patient demandant l'euthanasie sont dues à un trouble psychiatrique.

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

2 RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

2.1 CINQ SIGNALEMENTS REPRÉSENTATIFS

Comme indiqué au chapitre premier, l'euthanasie concerne majoritairement des patients atteints de cancer (61,1 % des signalements), de pathologies du système nerveux (6,5 %), de pathologies cardiovasculaires (4,6 %), pulmonaires (3,1 %), et d'une combinaison de pathologies (13,7 %), ce qu'illustrent les cinq signalements ci-dessous (tous classés comme non générateurs de questions – NVO). Ensemble, ces cinq cas donnent une image fidèle de la problématique à laquelle les RTE sont le plus souvent confrontées.

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

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO, le consultant a d'abord jugé que les critères de rigueur n'étaient pas encore remplis, publié sur le site sous le numéro 2021-36

La patiente, septuagénaire, était atteinte d'une tumeur cérébrale vraisemblablement maligne, diagnostiquée environ deux mois avant le décès. Toute guérison était exclue. Les soins étaient uniquement palliatifs. La patiente souffrait d'une diminution de la vision de son œil droit. Elle éprouvait des difficultés grandissantes à s'exprimer (aphasie) et à effectuer des mouvements complexes (apraxie). Elle avait aussi des problèmes de mémoire. Les activités qui la distrayaient lui étaient devenues impossibles. Elle se sentait frustrée par cette dégradation de son état physique.

La patiente souffrait de sa dépendance croissante. Son univers se réduisait, de même que ses perspectives. Elle craignait, à juste titre, de ne plus pouvoir effectuer toutes les activités de la vie quotidienne. Le médecin était convaincu du caractère insupportable de ses souffrances, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Ses souffrances ne pouvaient plus être allégées de façon acceptable.

La patiente avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin. Quatre jours avant le décès, elle lui en a demandé la mise en œuvre effective. Le médecin a constaté qu'en dépit de ses problèmes de communication et de mémoire elle était capable de motiver clairement sa demande. Le médecin et le spécialiste l'avaient informée sur sa situation et ses perspectives. Le médecin a considéré que cette demande était volontaire et mûrement réfléchie.

Il a fait appel à un praticien indépendant du SCEN qui a une première fois vu la patiente cinq semaines avant le décès. Il a conclu que les critères de rigueur n'étaient pas encore remplis, les souffrances ne revêtant pas à ce moment-là un caractère insupportable. Il était cependant possible que cela devienne rapidement le cas. Après une conversation téléphonique avec le médecin, le consultant a de nouveau vu la patiente, trois jours avant le décès. Il a constaté que les souffrances revêtaient désormais un caractère insupportable. Il a également jugé que la patiente était toujours apte à exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie. Il a conclu que les critères de rigueur étaient remplis.

Le médecin a effectué l'euthanasie en utilisant les produits, les doses et la méthode recommandés dans la directive de la KNMG/KNMP Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide d'août 2012.

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

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO, maladie de Charcot, communication à l'aide d'un ordinateur vocal, publié sur le site sous le numéro 2021-65

La patiente, septuagénaire, était atteinte de la maladie de Charcot, diagnostiquée neuf mois avant le décès. La maladie de Charcot est une maladie neurodégénérative entraînant une fonte et un affaiblissement des muscles. Toute guérison est exclue.

Pour la patiente, communiquer avec les autres avait toujours été très important. Mais son élocution était devenue incompréhensible. Elle pouvait encore « parler » au moyen d'une application numérique mais cela lui semblait plus un résumé de phrases et de mots qu'une véritable conversation. Elle en éprouvait une grande frustration. Elle souffrait aussi de difficultés de déglutition entraînant un excès de salive. Elle parvenait à peine à manger, alors qu'elle avait toujours apprécié les plaisirs de la table. Elle faisait régulièrement des fausses routes, ce qui la gênait et l'effrayait.

La patiente souffrait de la dégradation de son état physique, de sa perte d'autonomie, du caractère désespéré de sa situation et de la peur fondée de s'étouffer. Elle redoutait la dégradation croissante de son état. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables.

Le médecin était convaincu du caractère insupportable de ses souffrances, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Ses souffrances ne pouvaient plus être allégées de façon acceptable.

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

PATHOLOGIE PULMONAIRE

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO, évolution rapide de la fibrose pulmonaire, publié sur le site sous le numéro 2021-05

Le patient, octogénaire, était atteint de fibrose pulmonaire, diagnostiquée deux ans avant le décès. Six mois avant le décès, la maladie s'était révélée être très avancée. Environ un mois et demi avant le décès, il était apparu qu'aucun traitement n'était plus possible. L'état du patient s'aggravait rapidement.

Bien qu'oxygéné en permanence, il s'essoufflait au moindre effort. Il ne parvenait même plus à se redresser en position assise. En peu de temps, il était devenu complètement grabataire et dépendant. Il ne pouvait pratiquement plus rien faire, alors qu'il avait toujours été très actif et dynamique. Il souffrait d'autant plus de sa rapide perte d'autonomie et de la certitude que son état ne ferait qu'empirer. Le patient avait une peur fondée de s'étouffer, ce qu'il voulait éviter.

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

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

PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO, absence de perspective, publié sur le site sous le numéro 2021-40

La patiente, octogénaire, avait eu un AVC deux mois avant son décès, avec pour séquelles une perte de force du côté gauche, de la dysarthrie (trouble de l'élocution) et des douleurs. Après son hospitalisation et trois semaines avant le décès, elle avait été placée en établissement de long séjour. En concertation avec les médecins traitants, aucune rééducation n'avait été entamée, notamment vu son âge.

La patiente souffrait de la perte brutale de son autonomie et de sa complète dépendance. Elle était quasi incapable de faire quoi que ce soit. Tenir un verre d'eau ou changer de position dans son lit était déjà trop. Elle avait du mal à parler, tout son côté gauche était douloureux et elle était très fatiguée. Sa situation lui paraissant épouvantable, elle souhaitait une aide au suicide.

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

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

POLYPATHOLOGIE

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO, accumulation de pathologies, publié sur le site sous le numéro 2021-07

Le patient, octogénaire, souffrait depuis des années d'une accumulation de pathologies : MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique), graves problèmes rénaux et cancer du côlon, du rectum et des poumons. Les huit dernières années de sa vie, il souffrait aussi d'insuffisance cardiaque. Cette pathologie s'était beaucoup aggravée quatre mois environ avant le décès. Toute guérison était exclue.

Le patient souffrait de sa perte de force. Son essoufflement ne cessait d'augmenter au moindre effort. Il était de plus en plus fatigué, déglutir devenait difficile et il perdait l'odorat et le goût. Il était devenu grabataire et quelques semaines avant le décès des escarres douloureuses du coccyx étaient apparues. Le patient était complètement épuisé et ne voulait plus souffrir.

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

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

2.2 CINQ CAS ILLUSTRANT CINQ DES CRITÈRES DE RIGUEUR

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

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

La loi WTL stipule que le médecin doit avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie. Il découle des dispositions légales que le patient doit faire sa demande lui-même. La plupart du temps, celui-ci est en état de communiquer verbalement jusqu'au moment de l'euthanasie.

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, cancer, confusion mentale de la patiente deux jours avant le décès, explications orales du médecin, publié sur le site sous le numéro 2021-146

La patiente, octogénaire, souffrait d'un cancer colorectal diagnostiqué cinq mois avant le décès. Toute guérison était exclue. Les dernières semaines de sa vie, la patiente souffrait régulièrement de pertes de sang et son état s'était rapidement aggravé. Elle était complètement grabataire et dépendante. Ses douleurs abdominales ne pouvaient pas être correctement soulagées, les médicaments la faisant rapidement souffrir de confusion mentale. Elle savait par ailleurs que toute guérison était exclue.

Aux yeux de la commission, il n'était pas clair que le médecin ait suffisamment discuté de l'euthanasie avec la patiente. En outre, deux jours avant le décès, soit peu de temps avant l'euthanasie, celle-ci avait souffert de confusion mentale. La commission n'était donc pas certaine que la demande pouvait être considérée comme volontaire et mûrement réfléchie.

Le médecin a expliqué que cinq mois avant le décès, il avait eu un entretien approfondi sur l'euthanasie avec la patiente qui avait indiqué que c'était ce qu'elle souhaitait si ses souffrances devenaient insupportables. Le médecin et la patiente ont eu des contacts réguliers dans la période qui a suivi. Les souffrances ne revêtaient alors pas encore de caractère insupportable. Peu avant le décès, la patiente a été hospitalisée dans un état de confusion mentale. Rentrée chez elle, elle ne pouvait plus quitter son lit de façon autonome. Elle était complètement dépendante et trouvait ses souffrances insupportables. Cela a constitué un tournant pour le médecin qui savait que la patiente attachait une grande importance à son autonomie. La veille de la mise en œuvre de l'euthanasie, le médecin s'est entretenu vingt minutes avec la patiente. Elle ne présentait alors pas d'état de confusion ni de somnolence et a clairement indiqué son souhait. Le jour de la mise en œuvre, elle savait pourquoi venait le médecin et elle a confirmé sa demande d'euthanasie. Le médecin n'a absolument pas douté de sa capacité à exprimer sa volonté et a considéré que sa demande était volontaire et mûrement réfléchie. Le consultant qui a vu la patiente le jour suivant son retour chez elle après son hospitalisation a lui aussi constaté qu'elle ne présentait pas d'état de confusion mentale. Il a estimé qu'elle était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie.

La commission a jugé la retranscription des entretiens du médecin et de la patiente trop succincte. Le médecin a reconnu qu'il aurait dû mieux rendre compte de la teneur des entretiens. Suite à ses explications orales, la commission a jugé que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

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

Les souffrances d'un patient sont considérées comme sans perspective d'amélioration lorsqu'elles sont dues à une maladie ou affection incurable et qu'il est impossible d'atténuer les symptômes de telle sorte qu'ils deviennent tolérables. Ce critère est rempli lorsqu'il n'y a pas de réelle possibilité de traitement curatif ou palliatif pouvant être raisonnablement administré au patient, et rejoint par là le critère de l'absence d'autre solution raisonnable pour supprimer ou diminuer les souffrances du patient. [...] Le caractère insupportable des souffrances est parfois difficile à établir, car chaque patient réagit différemment à la douleur. Ce qui est supportable pour l'un ne l'est pas pour l'autre. Il faut considérer la réaction du patient concerné, en tenant compte de la vie qu'il a menée, de la genèse de sa maladie, de sa personnalité, des valeurs auxquelles il est attaché et de sa résistance physique et psychique. Le médecin doit arriver à appréhender le caractère insupportable des souffrances du patient concerné (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 24 et 25).

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

SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, hémorragie cérébrale, délai court entre l'hémorragie cérébrale et la mise en œuvre de l'euthanasie, explications orales du médecin, publié sur le site sous le numéro 2021-147

Victime d'une hémorragie cérébrale deux semaines avant son décès, le patient octogénaire était atteint d'une hémiplégie gauche. Peu après le début de la rééducation, il a fait une demande d'euthanasie. Son entourage lui a conseillé d'attendre encore car son point de vue sur la situation pourrait se modifier au cours du temps, mais il a déclaré que ce ne serait pas le cas. Ses handicaps l'empêchaient d'effectuer lui-même ses gestes quotidiens et son souhait concernant l'euthanasie restait constant.

Aux yeux de la commission, il ressort clairement des pièces du dossier et de la correspondance avec le médecin que le patient n'était plus en mesure de se déplacer ni de prendre soin de sa personne, alors qu'il vivait seul depuis 30 ans et qu'il avait toujours été parfaitement autonome. Il n'était pas homme à baisser les bras et avait toujours exploité toutes les possibilités de traitement à chaque problème de santé. Son hémiplégie le contraignait à rester en fauteuil roulant et le privait de tout contrôle sur sa propre existence. Bien que la rééducation offre encore un espoir, il savait qu'il ne recouvrerait jamais les capacités lui permettant de mener de nouveau une vie autonome. C'est à ce moment-là qu'il a perdu la force de se soumettre à de nouveaux traitements. Il estimait que sa qualité de vie était nulle et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Connaissant bien le patient, le médecin a pu ressentir le caractère insupportable et désespéré de ses souffrances.

La commission a jugé que le médecin a pu parvenir à la conviction que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

ABSENCE D'UNE AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, Centre d'expertise sur l'euthanasie, pathologie gériatrique avec alopécie, avis de l'expert indépendant non suivi, publié sur le site sous le numéro 2021-28

La patiente, nonagénaire, souffrait d'une détérioration généralisée de son état due à diverses pathologies gériatriques : arthrose, difficultés respiratoires, amaigrissement, baisse de la vue et altération des capacités cognitives. De plus, elle était atteinte de pelade universelle (absence totale de cheveux et de poils) depuis toujours et en avait subi les conséquences psychologiques, notamment en raison des moqueries dont elle était la cible. Elle avait toujours mis une énergie considérable à dissimuler sa calvitie. Son arthrose occasionnant des problèmes croissants, elle n'aurait plus été capable de prendre elle-même soin de sa personne mais l'idée d'exposer sa calvitie à un regard étranger lui était insupportable.

Le médecin a décidé de faire appel à un gérontologue pour déterminer les perspectives de traitement. Celui-ci a suggéré une alternative raisonnable : attendre avant de prendre une décision et mener des entretiens avec la patiente afin qu'elle accepte sa calvitie.

Le médecin a tenu compte de cette évaluation dans sa prise de décision mais n'y a pas vu une solution raisonnable. Le consultant s'est rangé à l'avis du médecin après s'être entretenu avec la patiente. Considérant l'âge de celle-ci et les nombreuses années passées à vivre de cette manière avec sa calvitie, il estimait qu'attendre et mener des entretiens ne constituait plus une solution raisonnable.

La commission estime que le médecin doit pouvoir se mettre à la place du patient avant de tirer des conclusions. Dans le cas présent, c'est selon elle ce qu'il a fait. La commission a donc jugé que le médecin avait examiné de façon rigoureuse s'il existait d'autres possibilités de traitement, avant de parvenir à la conclusion que ce n'était pas le cas. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

CONSULTATION D'UN CONFRÈRE

Avant de pratiquer l'euthanasie, le médecin doit consulter au moins un autre médecin indépendant qui voit le patient et juge du respect des critères de rigueur concernant la demande, les souffrances, l'absence d'autre solution raisonnable et l'information du patient.

S'agissant de l'indépendance du consultant par rapport au patient, cela suppose notamment l'absence de toute relation familiale ou amicale entre eux et que le consultant ne soit pas impliqué dans le traitement du patient ou ne l'ait pas été au cours d'une période récente. Le fait que le consultant ait vu le patient dans le cadre d'un remplacement ne pose pas nécessairement problème. Tout dépend de la nature du contact entre consultant et patient et du moment auquel il a eu lieu (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 31).

CONSULTATION D'UN CONFRÈRE

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, cancer, contact antérieur (examen médical) entre le médecin indépendant consulté et le patient, publié sur le site sous le numéro 2021-42

Le patient, octogénaire, était atteint d'un cancer incurable diagnostiqué trois mois avant le décès et demandait l'euthanasie. Le médecin a fait appel à un praticien du SCEN de service à ce moment-là, qui a vu le patient quatre jours avant la mise en œuvre de l'euthanasie. Il est apparu que ce praticien avait déjà rencontré le patient à l'occasion d'un examen réalisé trois mois avant le décès. La commission a cherché à déterminer dans quelle mesure le praticien du SCEN connaissait le patient, étant donné qu'il ne doit exister aucune relation thérapeutique entre le patient et le consultant.

Le patient n'ayant pas été entièrement conscient durant l'examen en question, il n'y avait pas eu de contact interpersonnel intensif. En outre, il n'existait pas de rapport entre le résultat de cet examen et la maladie du patient et le praticien du SCEN a indiqué que le patient ne l'avait pas reconnu. Il a estimé être en mesure de formuler un jugement indépendant concernant le respect des critères de rigueur.

Du fait de leur contact à l'occasion d'un examen médical, la commission a jugé que le praticien du SCEN pouvait être considéré comme faisant partie de l'équipe soignante du patient. Toutefois, elle a pu se ranger au point de vue du praticien du SCEN et du médecin selon lequel le contact n'avait pas été de nature à faire obstacle à la formulation d'un jugement indépendant. Néanmoins, la commission estime qu'il faut faire appel à un consultant ne mettant aucunement en cause le principe d'indépendance, et qu'il est par conséquent plus judicieux de choisir un praticien du SCEN n'ayant aucun lien avec le patient.

Dans le cas présent, la commission a jugé que le médecin a pu considérer qu'il avait fait appel à un consultant indépendant. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE

L'euthanasie doit être effectuée avec la rigueur médicale requise, une exigence concernant notamment le choix des produits à utiliser et leur dosage, ainsi que la vérification de la profondeur du coma. Pour apprécier le respect de ce critère, les commissions se sont basées jusqu'en 2021 sur la directive de 2012 de la KNMG et de la KNMP Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*), ci-après : la directive. [...] Conformément à la directive, le médecin doit disposer d'un deuxième jeu de produits, au cas où il y aurait un problème avec le premier (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 35).

Il importe par ailleurs que le médecin effectue lui-même tous les actes de la procédure, ce qui implique également qu'il reste auprès du patient jusqu'au décès et durant toute la concertation avec le médecin légiste (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 36).

RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, polypathologies, absence du médecin pendant la mise en œuvre mais présence du spécialiste en formation auprès du patient, publié sur le site sous le numéro 2021-30

Un patient octogénaire a fait l'objet d'une euthanasie dont la mise en œuvre s'est heurtée à des difficultés. Le médecin a apporté les explications suivantes.

L'administration du produit inducteur de coma (2 000 mg de thiopental) n'a pas provoqué de coma suffisamment profond dans les dix minutes suivantes. Le médecin a par conséquent dû faire usage de son deuxième jeu de produits. Une demi-heure environ après l'administration de la première dose, le médecin a injecté une seconde dose complète de produit inducteur de coma. Le coma obtenu s'est de nouveau révélé insuffisamment profond. Bien que ce n'ait pas été détectable à l'œil nu, le médecin a eu l'impression que la perfusion ne passait pas dans la veine. Il a pris contact avec la pharmacie où il s'est ensuite rendu pour se procurer un troisième jeu de produits. Le spécialiste en formation assistant le médecin dans le cadre de la procédure est resté auprès du patient jusqu'au retour du médecin. À son retour, celui-ci a posé une nouvelle perfusion dans l'autre bras du patient. Deux heures et demie après la deuxième injection, le médecin a administré une troisième dose de produit inducteur de coma au patient, au moyen de la nouvelle perfusion. Le coma qui s'en est suivi était suffisamment profond pour injecter le myorelaxant (150 mg de rocuronium). Le médecin a constaté le décès du patient quelques minutes plus tard.

La commission a souligné que l'euthanasie comportait des risques susceptibles d'exiger une réaction immédiate de la part du médecin. Par conséquent, la directive et le Code de déontologie en matière d'euthanasie n'autorisent pas le médecin à quitter le patient au cours de la mise en œuvre. La commission a conclu que dans le cas présent, le médecin pouvait déroger à cette règle étant donné que le patient se trouvait avec un autre médecin capable d'agir face à une complication.

Sur la base de ce qui précède, la commission parvient à la conclusion que dans ces circonstances particulières l'interruption de la vie a été pratiquée avec toute la rigueur médicale requise. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

2.3 QUATRE SIGNALEMENTS CONCERNANT DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES, DE POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES OU DE DÉMENCE

TROUBLES PSYCHIATRIQUES

L'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide ne sont pas réservées aux patients en phase terminale. Les demandes de personnes ayant une espérance de vie plus importante, comme les patients psychiatriques, sont aussi susceptibles d'être recevables. Une approche particulièrement prudente est cependant nécessaire dans ce type de cas : outre le consultant, un psychiatre indépendant ou un consultant lui-même psychiatre 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. Lorsque le patient refuse une alternative raisonnable, le critère de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances n'est plus rempli. Le patient n'est cependant pas censé devoir subir tous les traitements possibles (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 44 à 45).

POINTS À CONSIDÉRER : signalement VO, dépressions et SSPT, euthanasie mise en œuvre par le généraliste, publié sur le site sous le numéro 2021-148

La patiente, septuagénaire, souffrait d'épisodes dépressifs graves et récurrents depuis vingt-cinq ans ainsi que d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et de problèmes de foie. Elle avait fait plusieurs tentatives de suicide et était mentalement et physiquement épuisée par sa dépression récidivante. Elle n'était plus capable de rien et n'avait plus de périodes de rémission. Un mois environ avant son décès, la patiente a fait une demande d'euthanasie auprès de son généraliste. Elle a ensuite été vue par un psychiatre indépendant et un consultant.

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

Lors de ses entretiens avec le médecin, la patiente s'est exprimé clairement et sans ambiguïté. Elle portait un regard lucide sur sa situation. Le psychiatre indépendant a trouvé que la patiente ne présentait pas d'altération de l'orientation spatiotemporelle ni de la reconnaissance des personnes. Elle était en mesure de réfléchir à son souhait de mettre fin à ses jours. Le consultant a lui aussi trouvé la patiente lucide, claire et pondérée. Le médecin, le psychiatre indépendant et le consultant ont tous jugé que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie.

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

Il ressort du rapport du médecin que la patiente s'était prêtée à toutes les thérapies et traitements proposés. Elle supportait toutefois mal les médicaments du fait de ses problèmes de foie. Elle avait suivi une thérapie d'atténuation des souvenirs traumatiques (EMDR) et une électroconvulsivothérapie (ECT), sans résultat probant ni durable. Ses réminiscences traumatiques n'avaient pas disparu et sa dépression était revenue. La patiente était physiquement et mentalement épuisée et n'était plus capable de rien. Il n'y avait plus aucune période de rémission. De ce fait, l'ensemble des médecins intervenant dans le cas présent ont estimé que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable.

Au vu de ce qui précède, la commission a jugé 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. Elle a aussi estimé que le médecin a pu parvenir, en concertation avec la patiente, à la conclusion qu'il n'existait dans son état aucune autre solution raisonnable. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

Les souffrances du patient doivent être dues à une maladie ou affection médicalement répertoriée, qui peut être d'ordre somatique ou psychiatrique. Elles ne doivent pas nécessairement être dues à une seule maladie grave, mais peuvent aussi découler d'une accumulation de problèmes de santé de gravité variable. Ajoutés l'un à l'autre, ces maux peuvent entraîner des souffrances insupportables pour le patient, compte tenu de la genèse de sa maladie, de la vie qu'il a menée, de sa personnalité, des valeurs auxquelles il est attaché et de sa résistance (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 24).

POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO, capacité limitée d'effectuer les actes de la vie quotidienne, publié sur le site sous le numéro 2021-54

La patiente, octogénaire, souffrait depuis longtemps d'une accumulation de pathologies gériatriques : maladie ophtalmique, troubles de l'équilibre et difficultés de déglutition. Elle souffrait en outre d'un prolapsus utérin, de problèmes urinaires et d'infections vaginales à répétition. Du fait de ses troubles de l'équilibre, elle faisait des chutes fréquentes ayant régulièrement des conséquences graves telles que fractures, blessures et infections subséquentes suite auxquelles elle avait dû subir plusieurs greffes cutanées. Elle souffrait en outre de déchirures des tendons et de différents problèmes articulaires. Il lui était de plus en plus difficile de s'alimenter et elle ne pouvait avaler que des aliments moulus. La patiente souffrait de ces troubles physiques. Les médicaments avaient de plus pour effet de réduire la maîtrise qu'elle avait de son corps.

Elle souffrait de sa perte croissante d'autonomie. Au fil des années, elle s'était adaptée pour faire en sorte de rester autonome, mais elle avait dû abandonner ses activités de loisirs et n'était même plus en mesure de lire ni de regarder la télévision. Tout ce qui importait pour elle disparaissait. Elle souffrait de la vacuité de sa situation et redoutait son déclin physique.

La patiente avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin. Un mois avant le décès, elle lui en a demandé la mise en œuvre effective. Le médecin était convaincu du caractère insupportable de ses souffrances, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Il n'y avait plus, pour la patiente, aucune possibilité d'alléger ses souffrances. La commission a jugé que le médecin avait agi conformément aux critères de rigueur.

DÉMENCE

Dans le cas d'un patient atteint de démence, il convient de vérifier avec la plus grande attention si les critères de rigueur sont remplis, en particulier ceux relatifs au caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande et au caractère insupportable des souffrances. Dans la phase initiale de la démence, la procédure habituelle de consultation est en général suffisante. En cas de doute, le médecin demandera l'avis spécifique d'un collègue (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 46 et 47).

Dans presque tous les cas signalés à la commission, le patient a encore une compréhension suffisante de sa pathologie et est apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Outre la régression qui affecte déjà ses facultés cognitives et son fonctionnement, les souffrances du patient proviennent souvent du fait qu'il redoute la poursuite de cette dégradation et ses conséquences négatives, notamment en termes d'autonomie et de dignité de la personne (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 46).

Si le patient a atteint un stade de démence tel qu'il n'est plus apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, celle-ci est possible sous réserve qu'il ait, antérieurement à cette inaptitude, rédigé un testament de vie dans lequel sa demande d'euthanasie est consignée. L'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL permet de substituer le testament de vie du patient à sa demande orale et d'appliquer par analogie les critères de rigueur définis au paragraphe 1 dudit article (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 38).

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

PATIENT ATTEINT DE DÉMENCE MAIS ENCORE APTE À EXPRIMER SA VOLONTÉ

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO, maladie d'Alzheimer, capacité à exprimer sa volonté, publié sur le site sous le numéro 2021-86

La patiente, septuagénaire, était atteinte de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée par un neurologue environ cinq ans avant le décès. L'évolution de la maladie semblait lente, mais l'aphasie (trouble de l'expression et du langage) s'est aggravée dans les derniers mois avant le décès.

Ayant de plus en plus de mal à s'exprimer, la patiente ne pouvait plus communiquer correctement. Se faire comprendre lui coûtait énormément d'énergie. Cette situation l'épuisait complètement. Dans sa vie professionnelle et privée, la communication avait occupé une place très importante et en être privée l'affligeait profondément. Elle savait en outre que cette régression allait se poursuivre, ce qu'elle voulait prévenir. Elle ressentait ses souffrances comme insupportables.

La patiente avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin et, cinq semaines avant le décès, elle lui en a demandé la mise en œuvre effective. Le médecin a considéré que cette demande était volontaire et mûrement réfléchie. Selon lui, la patiente avait bien pu communiquer sa requête, malgré l'aphasie, grâce à des mots et des gestes clairs. Il n'avait aucun doute quant à sa capacité à exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie.

Le médecin était convaincu que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration, les possibilités acceptables de les alléger étaient épuisées. Il l'avait de plus suffisamment informée sur sa situation et ses perspectives.

Le médecin a consulté un praticien indépendant du SCEN qui a vu la patiente deux semaines avant le décès et est parvenu à la conclusion que les critères de rigueur étaient remplis. Malgré sa difficulté à communiquer, la patiente avait su clairement lui montrer qu'elle était consciente de la pathologie dont elle souffrait et de ses implications, ainsi que de la portée de sa demande.

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

DÉMENCE AVANCÉE

Suite à l'arrêt de la Cour suprême de 2020 (ECLI:NL:HR2020:712), l'évaluation des cas d'euthanasie pratiquée sur la base de la demande formulée par le patient dans son testament de vie a été quelque peu modifiée, ce qui a été formalisé dans la version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018. Les extraits ci-après du Code de déontologie s'appliquent tout particulièrement au signalement suivant, qui concerne l'euthanasie d'une patiente atteinte de démence avancée.

L'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL stipule qu'en cas de testament écrit, les critères de rigueur énumérés au paragraphe 1 s'appliquent par analogie, ce qui signifie, suivant la genèse de la loi, « pour autant que réellement applicables dans la situation donnée » (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 38-39).

Concrètement, cela signifie que le médecin doit avoir acquis la conviction que lorsque le patient a rédigé son testament de vie il l'a fait de façon volontaire et mûrement réfléchie. Faute de pouvoir vérifier verbalement les volontés du patient, il devra s'appuyer sur sa propre évaluation du dossier médical et de la situation concrète du patient, la concertation avec les autres intervenants entretenant ou ayant entretenu une relation thérapeutique avec le patient et la concertation avec la famille et les proches. Le médecin doit aussi s'assurer que la situation actuelle du patient entre dans le cadre de la situation décrite dans le testament de vie (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 39).

Le médecin doit par ailleurs être attentif à tout indice contredisant la demande d'euthanasie qui se manifesterait dans l'expression verbale et le comportement du patient. Le médecin devra juger si d'éventuels éléments contradictoires font obstacle à la mise en œuvre de l'euthanasie (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 40).

Au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie, la situation du patient doit être telle qu'il soit plausible qu'il éprouve des souffrances insupportables. Celles-ci doivent être actuelles et peuvent être provoquées par des causes physiques mais aussi par la situation même dans laquelle il se trouve et que son testament de vie décrit comme source de souffrances insupportables. [...] Le médecin peut pour cela s'appuyer sur sa propre évaluation du dossier médical et de la situation concrète du patient, la concertation avec les autres intervenants entretenant ou ayant entretenu une relation thérapeutique avec le patient et la concertation avec la famille et les proches. S'il n'acquiert pas la conviction que les souffrances insupportables ont un caractère actuel, l'euthanasie ne peut pas être pratiquée (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 40).

Ce critère [consultation d'au moins un autre médecin indépendant, qui a vu le patient et a donné par écrit son jugement concernant les critères de rigueur] reste applicable lorsque l'euthanasie concerne un patient ayant perdu sa capacité à exprimer sa volonté. La loi prescrit que le consultant voie le patient, dans ce cas aussi. La communication avec le patient sera pratiquement ou totalement impossible, si bien que pour parvenir à un jugement et rédiger son compte rendu le consultant devra s'appuyer sur son observation personnelle et sur des informations complémentaires provenant d'autres sources [...]. Le fait que le patient ne puisse plus exprimer sa volonté conduira généralement à consulter un second médecin indépendant exerçant une spécialité pertinente dans le cas concerné. Ce spécialiste doit formuler un jugement concernant l'aptitude du patient à exprimer sa volonté, le caractère insupportable et dénué de perspective d'amélioration des souffrances et les éventuelles autres solutions raisonnables (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 41- 42).

L'euthanasie doit se dérouler de la façon la plus confortable possible pour le patient. Si certains signes laissent penser qu'un patient inapte à exprimer sa volonté pourrait se montrer agité, nerveux ou agressif lors de la mise en œuvre, le souci des bonnes pratiques médicales peut amener le médecin à conclure qu'une prémédication est indiquée. Si la situation du patient rend toute véritable communication impossible, le médecin n'est pas tenu de décider en concertation avec lui du moment ni des modalités de la mise en œuvre de l'euthanasie (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 42).

PATIENT INCAPABLE D'EXPRIMER SA VOLONTÉ CONCERNANT LA DEMANDE D'EUTHANASIE

POINTS À CONSIDÉRER : signalement NVO, maladie d'Alzheimer, testament de vie, Centre d'expertise sur l'euthanasie, publié sur le site sous le numéro 2021-90

La patiente, sexagénaire, souffrait de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée quatre ans environ avant le décès à partir de troubles persistants. Elle était membre depuis de nombreuses années de l'Association néerlandaise pour une fin de vie volontaire (NVVE). Quatre ans et demi avant son décès, la patiente avait signé un testament de vie, qu'elle a par la suite plusieurs fois reconfirmé en y apposant à nouveau sa signature. La dernière fois, deux ans avant son décès, elle y a en outre joint une clause personnelle sur la démence.

Le gériatre traitant ne pratiquant pas d'euthanasie pour des raisons de principe, la patiente a pris contact avec le Centre d'expertise sur l'euthanasie (EE). Lors du second entretien avec le médecin de l'EE, deux ans et dix mois avant le décès, elle a précisé les conditions dans lesquelles sa demande deviendrait concrète. À ce moment-là, il n'existait pas le moindre doute quant à la capacité de la patiente à exprimer sa volonté concernant la demande d'euthanasie.

Deux ans et demi environ avant son décès, la patiente a accepté d'être placée dans l'unité de psychogériatrie d'un établissement de long séjour. Son état s'y est de plus en plus dégradé. Au final, elle ne savait plus qui elle était ni où elle était, et ne reconnaissait plus ses enfants. Incapable de communiquer, elle se repliait sur elle-même. Elle était agitée et extrêmement triste sans pouvoir expliquer pourquoi.

Neuf mois avant le décès, les enfants de la patiente ont demandé au médecin de donner suite à son testament de vie. Lors de ce troisième entretien, celui-ci a clairement constaté que la patiente ne manifestait aucun signe de reconnaissance. Repliée sur elle-même, elle était incapable de s'exprimer concernant sa demande. Le médecin a par la suite vu la patiente encore trois fois en présence de ses enfants.

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

La commission a constaté que la patiente avait rédigé un testament de vie clair, indiquant concrètement ce qu'elle entendait par souffrir de démence et qui impliquait notamment le fait de ne plus savoir qui et où elle était et de ne plus reconnaître ses proches. Elle en avait parlé au médecin de l'EE mais aussi auparavant à son généraliste et au

neurologue. Elle refusait de perdre le contrôle et de finir « comme un légume ». Elle avait aussi discuté de son souhait d'euthanasie avec ses enfants. Selon le médecin, elle était encore en état d'exprimer clairement sa volonté durant tous ces entretiens.

Il ressort par ailleurs du dossier que la patiente était devenue agitée et irascible après son admission en établissement de long séjour. Plus d'un an avant le décès, elle avait blessé un autre patient dans un accès d'agressivité. Si les médicaments permettaient de calmer l'agitation, ils la faisaient baver et l'abrutissaient. Depuis l'arrêt des traitements, soit environ cinq mois avant le décès, elle était dans un état de tristesse continue. Elle pleurait et gémissait. Les visites du médecin ont confirmé à ses yeux que la patiente avait maintenant atteint le stade décrit dans son testament de vie, un avis partagé par ses enfants et les autres médecins impliqués dans son traitement. Sur la base de ces données, la commission est parvenue à la conclusion que la patiente se trouvait dans une situation de souffrances insupportables, telle qu'elle l'envisageait au moment de la rédaction de son testament de vie.

La commission a également conclu que le testament de vie satisfaisait aux deux éléments essentiels mentionnés par la Cour suprême : il indiquait que la patiente souhaitait que l'euthanasie soit mise en œuvre lorsque la maladie la rendrait incapable d'exprimer sa volonté, et que les souffrances liées à la démence fondaient cette demande.

La commission a constaté que le médecin avait fait plusieurs tentatives pour établir le contact avec la patiente et vérifier si cette dernière pouvait indiquer, verbalement ou d'une autre façon, ne plus souhaiter l'euthanasie. Il ressort clairement du dossier que la patiente n'a émis aucun signal en ce sens. Elle a au contraire dit des choses pouvant laisser penser qu'elle souhaitait toujours l'euthanasie, comme « je ne veux pas ça » ou « je veux partir ». Bien qu'il soit impossible de cerner la signification précise de ces paroles, la commission estime que le médecin a pu en déduire qu'il n'y avait pas d'opposition de la patiente à l'euthanasie.

À la lumière de ce qui précède, la commission juge que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande d'euthanasie de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, le testament de vie remplaçant ici la demande orale comme prévu à l'article 2, paragraphe 2 de la loi WTL.

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

Souffrances insupportables

La commission tient compte du fait que le médecin s'est enquis de façon approfondie de l'état de la patiente, comme cela ressort du dossier et de l'entretien. Il lui a rendu visite à six reprises et s'est concerté avec toutes les personnes intéressées. Il a aussi pris connaissance des conclusions de l'expert indépendant et du médecin consultant. Enfin, il a soumis le cas de la patiente à la concertation multidisciplinaire de l'EE.

Sur la base de ses entretiens avec la patiente et ses enfants, ainsi que des rapports écrits, le médecin a constaté l'existence de souffrances insupportables. Lorsqu'ils ont fait connaissance, c'était une femme indépendante, enjouée et d'apparence soignée. Très attachée à son autonomie, elle se représentait clairement le moment où les souffrances dues à la maladie lui deviendraient insupportables et l'avait en conséquence consigné de façon concrète.

Ses capacités cognitives ne cessaient de se détériorer. Elle devenait incapable d'établir le contact avec autrui ou d'indiquer ce qu'elle voulait. Son état physique s'était également dégradé. Elle marchait avec difficulté, ce qui augmentait le risque de chute. Au final, elle n'était plus capable de quitter son lit de façon autonome. Elle souffrait en outre d'incontinence totale.

Le médecin a conclu que la patiente n'était pas heureuse dans cette situation et qu'elle souffrait de sa démence. Il était convaincu que les souffrances envisagées dans le testament de vie de la patiente étaient désormais devenues réalité.

Le médecin a consulté un gériatre indépendant qui l'a renforcé dans sa conviction. La patiente n'avait plus aucun contrôle sur ce qui l'entourait. Le gériatre en a conclu qu'elle était dans un état de démence avancée et que cela lui causait des souffrances insupportables. La tristesse la tourmentait et aucune consolation ne pouvait l'atteindre. Toutes les composantes de souffrances insupportables mentionnées par la patiente dans son testament de vie étaient devenues réalité.

Le médecin a également consulté un praticien indépendant du SCEN. Selon ce dernier, la patiente subissait des souffrances insupportables dues aux effets de la démence. De plus, son état physique s'était dégradé. Le médecin consultant a vu dans la tristesse, les larmes et des expressions comme « j'en ai assez » des signes de souffrances réelles.

Souffrances dépourvues de toute perspective d'amélioration et absence d'autre solution raisonnable

Le médecin était convaincu qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable susceptible de soulager les insupportables souffrances de la patiente. Il n'était en effet plus possible d'avoir la moindre influence sur son humeur. La reprise de la médication et les programmes comportementaux n'avaient pas eu l'effet souhaité. Le gériatre indépendant partageait cette conviction. La progression de la démence replierait encore plus la patiente sur elle-même. Ses possibilités de communiquer allaient encore se réduire, risquant de provoquer de nouveaux troubles comportementaux. Aucune option palliative n'était envisageable. Les souffrances allaient empirer et rien ne pourrait les soulager. Le médecin consultant est lui aussi parvenu à la conclusion qu'aucune autre solution raisonnable n'était envisageable.

Compte tenu de ce qui précède, la commission juge que le médecin a pu acquérir la conviction que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration, et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable susceptible d'alléger ses souffrances.

Patient informé de sa situation et de ses perspectives

Il ressort du dossier que le neurologue, le généraliste et le médecin ont informé la patiente de façon approfondie concernant sa maladie, l'évolution de celle-ci et ses perspectives. La patiente a rédigé et signé son testament de vie sur la base de ces informations. Durant les deux premiers entretiens avec le médecin, elle a précisé les conditions dans lesquelles elle souhaitait l'euthanasie. La commission a pu en conclure que la patiente était consciente de sa maladie et de son évolution.

Consultation

La commission constate que le médecin a fait appel à un consultant qui a vu la patiente et s'est efforcé de communiquer avec elle. Il a remarqué que la patiente était incapable d'exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Il a aussi étudié le dossier de la patiente, lu son testament de vie et s'est entretenu avec tous les intéressés. Il a conclu au respect des critères de rigueur.

La commission a constaté que le médecin a consulté un gériatre indépendant en tant qu'expert. Celui-ci a examiné le dossier et s'est entretenu avec les divers intéressés. Il a rendu visite à la patiente et a tenté d'avoir une conversation avec elle. Il a conclu que la patiente était incapable d'exprimer sa volonté durant cet entretien. Comme le médecin, il a jugé que les souffrances de la patiente, bien actuelles, étaient insupportables et sans perspective d'amélioration, et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable susceptible de les alléger.

Rigueur médicale

La commission a constaté que le médecin, en préparation à la mise en œuvre, s'est concerté avec le gériatre traitant et l'infirmier. En effet, la patiente avait parfois des réactions brusques à la douleur et il n'était pas possible de la préparer par la parole à la pose de la perfusion. Suite à cette concertation, le médecin a décidé de lui administrer une prémédication dans son café et de poser un patch anesthésiant sur son bras. Il avait aussi de quoi faire une injection si cela n'était pas suffisant.

La patiente étant déjà somnolente, la prémédication n'a finalement pas été nécessaire. La piqûre de l'aiguille n'a soulevé aucune réaction de sa part. Le médecin a pratiqué l'euthanasie conformément à la directive de la KNMG/KNMP Pratique de l'euthanasie et l'aide au suicide d'août 2012.

Compte tenu de ce qui précède, la commission juge que le médecin a pratiqué l'interruption de la vie sur demande avec la rigueur médicale requise. En résumé, la Commission conclut que le médecin a agi conformément aux critères de rigueur prévus à l'article 2, paragraphes 1 et 2, de la loi WTL.

3 NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

En 2021, les commissions ont jugé à sept reprises qu'un médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur requis dans le cadre de l'euthanasie. Dans deux dossiers, il s'agit de l'exigence d'une consultation indépendante ; dans deux autres, de la rigueur médicale de l'acte ; dans trois cas, de la prudence accrue requise lorsque les souffrances du patient sont dues à un trouble psychiatrique.

CONSULTATION INDÉPENDANTE

La loi WTL exige du médecin qu'il consulte au moins un confrère indépendant, qui examine le patient et consigne par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur énoncés aux points a à d. Le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 indique notamment à ce propos :

La loi utilise le terme de « médecin indépendant » pour le consultant, ce qui, dans ce contexte, signifie qu'il doit être en situation d'émettre son propre jugement, sans se laisser influencer par le patient ni le médecin. Tout soupçon d'atteinte à cette indépendance doit être écarté. L'exigence d'indépendance du consultant par rapport au médecin implique l'absence de toute relation personnelle, organisationnelle, hiérarchique ou financière. Ne peut ainsi pas intervenir à ce titre un collègue du même cabinet médical, un associé, un membre de la famille ou un médecin ayant une quelconque relation de dépendance avec le médecin demandeur (comme un spécialiste en formation auprès de celui-ci). Est également exclu tout praticien dont le médecin demandeur est lui-même patient (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 29).

Dans les deux cas suivants, la commission a conclu que le principe d'indépendance pouvait sembler compromis, car le consultant faisait partie des patients inscrits dans le cabinet du praticien ayant pratiqué l'euthanasie.

JUGEMENT 2021-71

Le consultant chargé de répondre à la demande du médecin a été désigné par le biais du système habituel. Concernant le principe d'indépendance, le rapport du médecin décrit ainsi ses liens avec le consultant : « *Nous ne travaillons pas au sein du même cabinet ni du même groupe de médecins se remplaçant mutuellement, nous nous connaissons de façon superficielle dans la mesure où nous exerçons dans la même ville.* »

Le consultant indique quant à lui : « *Vous êtes mon généraliste et nous nous sommes déjà rencontrés dans le cadre de consultations en tant que praticiens du SCEN... Vous n'avez pas d'objections à ce que j'effectue la consultation, que j'estime pouvoir réaliser en toute liberté et indépendance.* »

Il ressort des explications orales données devant la commission que le consultant a téléphoné au médecin immédiatement après la demande de consultation. Ils ont alors discuté du fait que le consultant était inscrit comme patient dans le cabinet du médecin. Tous deux ont estimé que cela ne nuisait pas à l'indépendance du consultant. Il est aussi apparu que le consultant était patient du médecin depuis une vingtaine d'années et que durant toute cette période il l'avait consulté à ce titre quatre ou cinq fois.

Le médecin a expliqué devant la commission qu'il savait que le principe de l'indépendance entre médecin et consultant doit être garanti, mais qu'il ignorait qu'une relation médecin-patient avec le consultant compromet cette indépendance aux yeux des RTE. Le médecin ne connaissait pas le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018. Le consultant connaissait le Code mais ignorait ce critère. Après avoir été invité à s'expliquer oralement devant la commission, il a observé qu'il avait été renforcé dans la nouvelle version du code.

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

La commission regrette que le médecin n'ait pas été au courant de ce critère. Mais elle juge qu'on peut attendre de celui qui pratique une euthanasie qu'il se tienne au courant des dernières normes fixées par les

RTE. Il en va de même pour le consultant. La commission ne peut que conclure que dans le cas concerné il n'y a pas eu de consultation indépendante.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

JUGEMENT 2021-142

Dans ce signalement, le médecin note à propos du consultant : « Nous nous connaissons en tant que collègues, Monsieur [...] est un des patients de mon cabinet. Notre relation est strictement professionnelle. » Le consultant du SCEN note : « [...] le médecin qui demande la consultation est mon généraliste. J'estime cependant que je peux effectuer en toute indépendance une consultation auprès de ce patient. »

La commission a invité le médecin et le consultant à venir s'expliquer sur leurs liens. Lors de cet entretien, il est apparu qu'aucun des deux praticiens ne connaissait les préconisations du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 relatives aux liens médecin-consultant. Le consultant ne s'était jamais trouvé dans une telle situation qui n'avait non plus jamais été abordée dans les réunions d'analyse des pratiques professionnelles. Aucun des deux n'a pensé à un possible conflit d'intérêt. Le médecin a souligné que l'atteinte supputée à l'indépendance n'avait pas empêché une évaluation critique. Le consultant a aussi affirmé que si son opinion concernant les critères de rigueur avait différé de celle du médecin, il l'aurait indiqué.

La commission constate que le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 est clair sur ce point : si un praticien est patient du médecin qui pratique l'euthanasie, il ne peut pas effectuer la consultation indépendante. Dans le cas concerné, des liens de ce type existent et la commission juge donc que le médecin n'a pas respecté le critère de rigueur exigeant la consultation d'au moins un médecin indépendant. Il n'a exposé aucune circonstance justifiant une entorse au Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018. Elle juge donc que ce critère n'a pas été respecté.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

RIGUEUR MÉDICALE

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 [*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*] qui stipule : « Durant l'euthanasie ou l'aide au suicide, le médecin doit rester présent. » (p.13). Elle précise aussi que le médecin doit disposer d'un deuxième jeu de produits euthanasiants intraveineux et de l'équipement nécessaire à la préparation et la mise en œuvre de l'acte. Enfin, la directive souligne que le médecin ne doit pas laisser les produits euthanasiants sans surveillance auprès du patient. Ces trois exigences, mentionnées par le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, ne sont pas respectées dans le cas suivant.

JUGEMENT 2021-81

La mise en œuvre de l'euthanasie a été compliquée par le fait que l'injection du produit inducteur de coma n'a pas eu l'effet voulu. Le patient est cependant entré dans le coma après l'injection d'une deuxième dose. Le médecin a alors administré le myorelaxant. Mais le patient n'est pas décédé dans le laps de temps indiqué dans la directive. Le médecin a alors pensé que l'aiguille de perfusion n'était pas bien posée. Il a décidé d'y remédier, ce qui impliquait d'utiliser une nouvelle aiguille. N'en disposant pas, il a dû se rendre dans une autre pièce du bâtiment.

Il a expliqué devant la commission qu'il avait demandé au service médical d'urgence de poser l'aiguille de perfusion. Le pharmacien lui avait fourni les produits euthanasiants mais pas d'aiguilles. Il n'avait pas pensé à passer dans le local où sont entreposées les aiguilles, persuadé que le service médical d'urgence effectuerait correctement la pose. Lorsque le médecin est parvenu à la conclusion qu'il lui fallait une nouvelle aiguille, il a envisagé de demander à une infirmière ou un soignant d'aller la chercher. Mais il s'est dit que cela prendrait trop de temps et qu'en outre il devrait expliquer quel type d'aiguille il voulait et où le trouver. Il n'avait pas son portable et dans la pièce où se déroulait l'euthanasie il n'y avait pas de téléphone fixe. Il ne connaissait pas non plus le numéro. Il était venu sans personne pour l'assister afin de préserver, aussi pour la famille, une certaine intimité durant la mise en œuvre de l'euthanasie.

Les aiguilles se trouvaient dans un local situé un étage plus bas. Le médecin s'y est rendu rapidement, s'absentant 10 minutes au maximum. En quittant la pièce, il n'a pas pensé à emporter la dose restante de myorelaxant mais seulement à revenir le plus vite possible. À son retour, le patient était toujours plongé dans un coma profond. Il n'avait subi aucun inconfort et la famille était calme.

Après coup, le médecin a réalisé que des négligences avait été commises. Mais dans les circonstances données, il s'est efforcé d'agir au mieux et dans l'intérêt du patient. Il a parlé du déroulement de l'euthanasie avec la famille et avec des collègues. Il a l'intention de revoir le protocole interne et de prendre contact avec le pharmacien.

La commission juge que les normes établies doivent être respectées et prises au pied de la lettre. L'interruption de la vie sur demande comporte en effet des risques susceptibles d'exiger une action immédiate. Ces risques font que le médecin doit rester au chevet du patient jusqu'à la survenue du décès.

Si la commission ne doute pas des intentions du médecin, elle note que celui-ci s'est placé dans une position vulnérable en négligeant de prendre son portable, de demander la présence d'un assistant et d'organiser un filet de secours. Il ne disposait donc d'aucun moyen simple de demander de l'aide lorsque la mise en œuvre de l'euthanasie s'est compliquée. La commission ne peut donc que constater que le médecin n'a pas respecté les trois exigences précédemment mentionnées : il n'avait pas d'aiguilles de secours, il a abandonné le patient et il a laissé le myorelaxant sans surveillance auprès du patient et de sa famille. Elle juge que le médecin n'a pas respecté le critère de la rigueur médicale.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

Les documents parlementaires, le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, la directive de la KNMG et de la KNMP Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide et le document de la KNMP précisant son point de vue en matière d'euthanasie mentionnent tous que le médecin doit lui-même pratiquer l'acte et ne pas le laisser effectuer par quelqu'un d'autre.

JUGEMENT 2021-92

Selon ce signalement, le jour de l'euthanasie le médecin a demandé à un service médical d'urgence spécialisé de poser l'aiguille de perfusion. Lorsqu'il est arrivé auprès de la patiente, le médecin a constaté que l'aiguille était posée au niveau de la cheville. Il a estimé que cela avait été correctement fait. Il a commencé par injecter une solution physiologique et un antalgique, sans rencontrer de problème. Mais lorsqu'il a voulu administrer le produit inducteur de coma, il a remarqué une forte résistance empêchant l'injection. Ayant actionné en vain le robinet de la perfusion et pensant que l'aiguille était mal posée, le médecin a appelé le service médical d'urgence.

L'infirmier a contrôlé l'aiguille. Selon lui, elle était correctement posée et il a dit quelque chose comme « Donnez-moi ça, je vais le faire ». Le médecin lui ayant remis les seringues contenant le produit inducteur de coma, il a pratiqué l'injection sans problème. Le médecin a vérifié la profondeur du coma puis l'infirmier a rincé l'aiguille de perfusion avec une solution. Le médecin a ensuite remis la seringue de myorelaxant à l'infirmier qui a administré le produit à la patiente.

En réfléchissant après coup à son action, le médecin a pensé que le caractère visqueux du produit inducteur de coma pouvait expliquer la résistance rencontrée. Il n'avait jamais utilisé ce produit auparavant. La pharmacie le lui avait délivré et il n'y avait pas d'autre choix. Bien que mentalement préparé au fait de devoir forcer pour injecter le liquide, le médecin avait craint qu'en exerçant plus de pression il ne passe pas dans la veine mais se diffuse sous la peau. Vu la difficulté rencontrée, il avait douté de la bonne pose de l'aiguille.

Le médecin a qualifié l'infirmier, avec lequel il s'est bien entendu, de cordial et pragmatique. Le fait de lui remettre les seringues de produit inducteur de coma et de le laisser pratiquer l'injection est en grande partie allé de soi, sans que l'infirmier dirige les choses ou agisse de son propre chef. Le médecin ne s'est pas non plus senti surpris ou mis de côté. Lui et l'infirmier savaient ce qui devait être fait. Le médecin n'a pas donné

d'indications claires mais il a déterminé l'administration des produits en les remettant au fur et à mesure. Il a aussi contrôlé la profondeur du coma. L'infirmier s'étant chargé de l'injection, le médecin n'a pas pensé à administrer lui-même le myorelaxant. Il n'a pas non plus jugé nécessaire de reporter l'euthanasie, l'aiguille de perfusion s'étant avérée correctement placée. Cela n'aurait pas non plus été souhaitable sachant que la patiente et sa famille s'étaient mentalement préparées à la mise en œuvre de l'euthanasie.

Il ressort des explications orales du médecin devant la commission que, contrairement à ce qu'indiquait son rapport, il n'a pas lui-même administré les produits euthanasiants. Compte tenu de cet aspect, la commission a d'office examiné la question de savoir si elle était compétente pour juger ce signalement. Elle a estimé qu'elle l'était.

La commission établit tout d'abord que la mise en œuvre de l'euthanasie s'est déroulée de façon conforme à la méthode décrite dans la directive – mis à part le fait que le médecin n'a pas administré lui-même les produits euthanasiants. Elle constate ensuite que la patiente n'a subi aucun inconfort. C'est également le médecin qui a constamment décidé quoi faire et à quel moment. En ce sens, le médecin a donc contrôlé le processus de mise en œuvre et l'euthanasie a été correctement pratiquée du point de vue médical. La commission ne peut pourtant omettre que le médecin n'a pas administré lui-même les produits euthanasiants, comme le prescrit la loi et comme l'indique explicitement le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, mais a laissé quelqu'un d'autre le faire.

Il ressort des explications du médecin que les choses se sont faites d'elles-mêmes. Cependant, face à cette situation la commission ne peut que juger que le médecin n'a pas agi avec toute la rigueur médicale requise.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

PRUDENCE ACCRUE

En cas de demande d'euthanasie principalement motivée par des souffrances dues à un trouble psychiatrique, il convient d'exiger du médecin la plus grande prudence. Cette prudence a principalement trait à trois critères de rigueur : le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable. Dans un tel cas, le médecin doit faire appel non seulement à un médecin consultant, mais aussi à un psychiatre indépendant ou à un consultant lui-même psychiatre, qui devra évaluer ces trois aspects (version révisée du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, p. 44-45). Dans les trois signalements suivants, les commissions ont constaté que les médecins n'ont pas suffisamment justifié les convictions sur la base desquelles ils ont décidé de pratiquer l'euthanasie.

JUGEMENT 2021-76

Le signalement porte sur un cas d'euthanasie dans lequel la patiente souffrait d'un trouble de la personnalité borderline (caractérisé par de fortes variations de l'humeur, des pensées et du comportement) s'accompagnant de traits antisociaux (incapacité à tenir compte des sentiments et souhaits d'autrui). Elle souffrait régulièrement d'épisodes psychotiques (perte de prise sur la réalité). Au fil des ans la patiente avait subi plusieurs traitements psychiatriques, notamment hospitaliers, sans effet positif durable. Elle était aussi en mauvaise condition physique par suite de ses tentatives de suicide et de son diabète. Trois ans avant le décès, il était devenu clair pour elle que ses souffrances ne diminueraient pas et depuis elle avait régulièrement parlé de sa volonté de mourir avec le médecin.

Celui-ci était disposé à considérer la demande d'euthanasie de la patiente et avait examiné de façon approfondie le déroulement des traitements psychiatriques qu'elle avait suivis. À la demande du médecin et en concertation avec le consultant, un psychiatre indépendant a évalué la capacité de la patiente à exprimer sa volonté.

Le médecin a expliqué devant la commission qu'il ne savait pas exactement ce que dit le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 concernant la consultation d'un psychiatre indépendant dans le cas de la demande d'euthanasie de ce type de patient. Il a demandé au consultant à quoi il devait être attentif. Le consultant lui a signalé la nécessité de faire examiner la capacité de la patiente à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie ; il n'a pas dit qu'un psychiatre indépendant devait évaluer l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable. Le médecin a déclaré devant la commission qu'il avait fait confiance durant la procédure d'euthanasie aux conseils et à l'expertise du consultant. Il était parti du principe que le consultant était au courant de la législation et de la réglementation applicables. Il avait donc pensé que, comme le disait le consultant, il suffisait qu'un psychiatre indépendant évalue la capacité de la patiente à exprimer sa volonté.

La commission note que la responsabilité de la procédure d'euthanasie incombe au médecin qui aurait dû s'informer lui-même de la législation et la réglementation applicables. Le médecin a déclaré devant la commission en avoir pris conscience et être déterminé à le faire lors d'une éventuelle prochaine euthanasie.

La commission est consciente que le médecin a été confronté à une question et un cas complexes, et que s'il a accepté d'examiner la demande d'euthanasie c'est justement parce qu'il est dévoué à ses patients et ne veut pas les abandonner à leur sort. Le médecin s'est efforcé d'agir avec rigueur et avec une grande prudence, comme le montrent notamment les questions préalablement adressées au consultant concernant les éléments à prendre en compte.

Néanmoins, la commission juge que le médecin n'a pas agi avec toute la rigueur requise. En effet, lors de la consultation il s'est contenté de questionner la capacité de la patiente à exprimer sa volonté concernant la demande d'euthanasie. Il était convaincu que ses souffrances étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable. Il a exposé ses arguments dans ce sens de façon détaillée devant la commission. Toutefois, en omettant de consulter un expert indépendant sur ces points, le médecin n'a pas pu mener de réflexion critique sur ses propres convictions. Cela constitue un défaut d'autant plus grave qu'il ne dispose pas lui-même de compétences suffisantes pour juger de l'affection psychiatrique de la patiente, non plus que le consultant. De ce fait, le médecin n'a pas pu apporter une argumentation suffisante prouvant qu'il avait pu acquérir la conviction que les souffrances de la patiente étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

Un expert a également été consulté dans le cadre du second signalement, mais cette fois non pour juger de la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant la demande d'euthanasie.

JUGEMENT 2021-97

Ce signalement concerne une patiente atteinte d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Les souffrances éprouvées étaient de nature psychique mais s'exprimaient également de manière physique sous forme d'accès de tétanie dont la fréquence et la gravité s'accroissaient. Malgré sa motivation à suivre différents traitements psychothérapeutiques, la patiente ne ressentait aucune amélioration. L'effet des traitements médicamenteux n'avait été que de courte durée. La prise en charge kinésithérapeutique et l'assistance sociale n'avaient pas été plus fructueuses. Seule l'injection de diazepam (produit calmant) permettait encore de diminuer les symptômes de la patiente, mais devait être réalisée par un tiers.

Outre le consultant usuel, le médecin, qui en tant que généraliste spécialiste de la prise en charge mentale dispose de vastes connaissances en la matière, a aussi consulté un psychologue clinicien par l'intermédiaire du Centre de consultation et d'expertise (CCE). Le médecin a choisi ce centre pour le large groupe d'experts qu'il emploie et leurs connaissances en matière de prise en charge des cas complexes. Au dire du médecin, le cas de la patiente a été étudié au sein du CCE par un comité multidisciplinaire comprenant au moins un psychiatre, qui a conclu que le psychologue indépendant était la personne indiquée pour examiner la patiente du fait de son expertise psychopathologique (la science définissant les possibilités de traitement des maladies mentales).

Durant son entretien avec la commission, le médecin a souligné qu'il regrettait d'avoir omis le fait que le Code de déontologie en matière d'euthanasie requérait la consultation d'un psychiatre indépendant. Il pensait avoir satisfait aux critères de rigueur en faisant appel au consultant et au psychologue clinicien. Le consultant l'a renforcé dans cette conviction en précisant dans son compte rendu estimer que les critères de rigueur avaient été respectés.

La commission considère en premier lieu que la non-consultation d'un psychiatre indépendant contrevient aux dispositions du Code de déontologie en matière d'euthanasie. Cependant, le médecin indique dans ses explications avoir sciemment et délibérément choisi de prendre l'avis du CCE en raison de l'expertise spécialisée dont le centre dispose.

L'équipe du CCE était en outre convaincue que le psychologue clinicien était la personne la mieux à même, professionnellement parlant, d'évaluer l'absence de perspective d'amélioration des souffrances ainsi que l'absence d'autre solution raisonnable.

La commission juge que la démarche du médecin peut se justifier. Elle tient compte en cela du fait que l'Association néerlandaise de psychiatrie (NVvP, cf. p. 27 de la directive relative à l'interruption de la vie sur demande des patients atteints de troubles psychiques) permet dans des cas exceptionnels de solliciter un second avis auprès d'un professionnel exerçant une spécialité autre que la psychiatrie. Cela est possible si le professionnel s'avère être l'expert le plus indiqué sur la base de ses connaissances spécifiques dans le domaine dont relève le patient. Compte tenu de ce qui précède, la commission estime que le psychologue clinicien indépendant consulté peut dans le cas présent être considéré comme un expert dans le domaine pertinent, et prend son avis en compte dans l'élaboration de son jugement.

Concernant les trois critères dont le respect doit être évalué par l'expert indépendant, la commission établit que le psychologue clinicien n'a pas eu à déterminer la capacité de la patiente à exprimer sa volonté. Il n'a pas non plus mentionné cet aspect dans son compte rendu. Le médecin a indiqué ignorer cette exigence. Par ailleurs, le médecin a argué qu'il n'y avait aucune raison de douter de la capacité de la patiente à exprimer sa volonté, qui n'était pas remise en cause par sa maladie. Le médecin s'est référé à cet égard à la directive susmentionnée qui stipule que « le patient est présumé apte à exprimer sa volonté jusqu'à preuve du contraire ». C'est sur ce principe que s'est basé le médecin dans le cas présent. Sur la base des quatre questions habituellement posées pour cerner la capacité à exprimer sa volonté, aucun élément ne permettait selon le médecin de supposer l'existence de circonstances affectant l'aptitude de la patiente à effectuer des choix de manière avertie.

Le consultant a lui aussi jugé la patiente apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Le compte rendu du psychologue clinicien ne mentionne en tout cas aucune circonstance permettant de douter de l'aptitude de la patiente à exprimer sa volonté.

La commission établit que le médecin a fait preuve d'un engagement fort au service de la patiente en s'occupant lui-même de sa demande d'euthanasie. Il a en outre cherché à cerner au mieux la situation de la patiente en l'analysant de façon approfondie. La commission estime de plus vraisemblable que la patiente ait été apte à exprimer sa volonté concernant la demande d'euthanasie ; rien dans son histoire médicale ne laissait présumer le contraire et non seulement le médecin, mais aussi le

consultant ont estimé la patiente capable d'exprimer sa volonté relativement à sa demande d'euthanasie.

Néanmoins, la commission juge que le médecin n'a pas agi avec toute la rigueur requise. En effet, les dispositions en vigueur requièrent également sur ce point l'évaluation d'un psychiatre ou d'un autre expert compétent, pour permettre au médecin de reconsidérer ses propres conclusions en la matière. Il était dans le cas présent d'autant plus important de consulter un expert indépendant que ni le médecin ni le consultant n'étaient psychiatre.

Durant l'entretien avec le médecin, il a été rappelé que le médecin est seul responsable de la procédure d'euthanasie et qu'il doit s'assurer du respect de toutes les dispositions légales pertinentes, nonobstant le jugement ou l'avis du consultant. Le médecin l'a reconnu, comme il l'avait déjà fait dans ses réponses aux questions écrites de la commission, et a réitéré son regret d'avoir omis les prescriptions du Code de déontologie en matière d'euthanasie sur ce point.

Considérant cet état de fait, la commission se voit dans l'obligation de juger que le médecin n'a pas pu apporter une argumentation suffisante prouvant qu'il a pu acquérir la conviction que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie et que sa demande était volontaire et mûrement réfléchie.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

Le troisième signalement concerne un cas pour lequel aucun expert indépendant n'a été consulté.

JUGEMENT 2021-143

Le signalement porte sur l'euthanasie d'un patient souffrant de maux de ventre depuis 25 ans. Malgré de nombreux examens, aucune origine physique n'avait pu être trouvée. Environ sept ans avant le décès, les douleurs abdominales du patient avaient été attribuées à un trouble à symptomatologie somatique. Quatre ans avant le décès, un cancer de la vessie s'est déclaré chez le patient, qui a été traité en conséquence. Selon le carcinologue l'ayant pris en charge, le traitement avait permis la guérison du patient, mais celui-ci restait persuadé que le cancer s'était métastasé. Il souffrait de douleurs généralisées et de fatigue croissante. De ce fait, il n'entreprenait plus rien et passait ses journées sur son canapé. Sa qualité de vie était selon lui nulle. Il ne parvenait pas à admettre le caractère inexplicable de ses souffrances physiques. Durant les mois précédant son décès, le patient n'avait plus aucune activité et se négligeait considérablement. Il ne tenait plus sur ses jambes.

Entre le diagnostic de son cancer et son décès, le patient avait fait plusieurs tentatives de suicide ayant abouti à son hospitalisation en soins intensifs puis en service fermé dans un établissement psychiatrique. Il avait ensuite bénéficié d'un accompagnement à domicile en raison d'une dépression. Il avait refusé le traitement recommandé pour son trouble à symptomatologie somatique.

Il ressort du dossier que le médecin généraliste n'a pas consulté de psychiatre indépendant mais qu'il a eu un contact téléphonique avec le psychiatre traitant du patient. Celui-ci a alors indiqué que le patient souffrait d'un trouble dépressif susceptible d'altérer sa capacité à exprimer sa volonté et a proposé de voir le patient chez lui si cela était requis par le consultant.

Le médecin a été entendu par la commission, en présence du consultant indépendant comme il le souhaitait.

La commission constate que le consultant sollicité par le médecin est parvenu à la conclusion que la demande d'euthanasie était volontaire et répétée. Il n'a noté aucune pression de la part de tiers. Il a établi que le psychiatre traitant et l'infirmier sociopsychiatrique considéraient le patient comme apte à exprimer sa volonté et qu'il n'était pas atteint d'une véritable dépression.

Interrogé sur ce point, le médecin a indiqué que ni le psychiatre traitant ni le consultant n'avaient évoqué la nécessité de consulter un psychiatre indépendant dans le cadre d'une procédure d'euthanasie. Alors que le médecin s'exprimait, le consultant a affirmé que « l'évaluation par un psychiatre indépendant était dépassée ». Le médecin a par ailleurs indiqué ne pas connaître les dispositions du Code de déontologie en matière d'euthanasie des RTE. Il ignorait qu'il aurait dû consulter un psychiatre indépendant.

La commission juge que le médecin a fait preuve d'un engagement fort au service du patient en s'occupant de sa demande d'euthanasie. Il a en outre cherché à cerner au mieux la situation du patient. Néanmoins, la commission juge que le médecin n'a pas agi avec toute la rigueur requise. L'existence d'un trouble à symptomatologie somatique exigeait de faire évaluer par un psychiatre indépendant la capacité du patient à exprimer sa volonté. Bien que le consultant ait négligé d'apporter un conseil correct au médecin, c'est ce dernier qui est responsable du déroulement de la procédure d'euthanasie. La commission juge par conséquent que le médecin aurait dû s'informer des dispositions légales en vigueur.

Cette conclusion s'applique également au respect des critères concernant l'absence de perspective d'amélioration et d'autre solution raisonnable.

Considérant ce qui précède, la commission juge que le médecin n'a pas pu acquérir la conviction que le patient était apte à exprimer sa volonté, que ses souffrances étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

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

Maquette
Inge Croes-Kwee
(Manifesta idee en ontwerp)

avril 2022