



COMMISSIONS REGIONALES DE CONTROLE DE L'EUTHANASIE (RTE)

RAPPORT ANNUEL 2024

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
RÉSUMÉ	4
INTRODUCTION	5
CHAPITRE 1 MÉTHODE DE TRAVAIL DES COMMISSIONS, ÉVOLUTIONS	7
1 RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE	7
2 AMÉLIORATION DE LA COMMUNICATION AVEC LES MÉDECINS	8
3 NOUVELLE POLITIQUE EN MATIÈRE DE PUBLICATION	10
CHAPITRE 2 CHIFFRES EN 2024	11
NOMBRE DE SIGNALEMENTS	11
PROPORTION HOMMES-FEMMES	11
PROPORTION INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE - AIDE AU SUICIDE	11
AFFECTIONS	11
ÂGE	16
LIEU OÙ EST PRATIQUÉE L'INTERRUPTION DE LA VIE	17
MÉDECINS AYANT RÉALISÉ L'EUTHANASIE	18
SIGNALEMENTS ÉMANANT DE MÉDECINS DU CENTRE D'EXPERTISE SUR L'EUTHANASIE (EE)	18
DON D'ORGANES ET DE TISSUS APRÈS UNE EUTHANASIE	20
DOUBLE EUTHANASIE	20
NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR	20
CLASSEMENT DES SIGNALEMENTS	20
DIFFÉRENTES FORMES DE JUGEMENT ÉCRIT	21
QUESTIONS ÉCRITES ET ORALES DES RTE	21
DÉLAIS	21
ESPACE DE DISCUSSION DES RTE	21
CHAPITRE 3 ÉTUDE DE CAS	22
1 INTRODUCTION	22
2 RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR	24
2.1 CINQ SIGNALEMENTS REPRÉSENTATIFS	24
2.2 CINQ CAS ILLUSTRANT CINQ DES CRITÈRES DE RIGUEUR	27
2.3. QUATRE SIGNALEMENTS CONCERNANT DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE PATHOLOGIE PARTICULIÈRE	31
3 NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR	36
ANNEXE I	42

AVANT-PROPOS

En 2024 comme au cours des années précédentes, le nombre de cas d'euthanasie a sensiblement augmenté : les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE) ont reçu 9 958 signalements, soit 10 % de plus qu'en 2023. Le pourcentage de signalements d'euthanasie par rapport au nombre total de décès est passé de 5,4 à 5,8 %. La ministre de la Santé, du Bien-être et des Sports s'est engagée à fournir à la Chambre des représentants une étude sur les causes de cette augmentation. Pour l'heure, la seule certitude est que rien n'indique que la croissance régulière constatée ces dernières années doive prochainement prendre fin.

Le nombre de signalements reçus en 2024 a excédé de 932 celui des signalements jugés. Ce retard s'explique par l'accroissement du nombre de signalements (quasiment 900 de plus que l'année précédente) conjugué au manque de secrétaires en raison d'un important turnover et de congés de maladie et de grossesse. Les capacités sont maintenant rétablies et les retards en grande partie rattrapés. Cela signifie que le délai moyen entre la réception d'un signalement et l'envoi au médecin du jugement de la commission est revenu à un niveau acceptable. Même si ce délai est resté en moyenne dans les limites légales, je regrette que les médecins aient dû attendre plus longtemps que de coutume pour connaître le jugement des commissions quant au respect des critères de rigueur. Pour beaucoup de médecins, cette période d'incertitude est difficile à vivre.

Je tiens à adresser mes vifs remerciements aux agents du secrétariat, qui ont fourni d'énormes efforts pour garantir la continuité et la qualité de la procédure de contrôle durant cette période tout en formant les nouvelles recrues. Une véritable gageure.

Cette année, six signalements ont été jugés non conformes aux critères de rigueur. Présentés dans leurs grandes lignes au chapitre 3, ces jugements représentent une part minime du total, ce qui permet de conclure encore une fois que la pratique de l'euthanasie aux Pays-Bas est extrêmement scrupuleuse.

Mon mandat en tant que président coordinateur s'est achevé au 1^{er} février 2025 et j'ai décidé, pour des raisons personnelles, de ne pas le prolonger. Depuis cette date et dans l'attente d'un successeur définitif, l'intérim est assuré par Mariëtte Moussault, présidente de la région 1. Durant les quatre années écoulées, j'ai contribué avec un immense plaisir aux importants travaux des RTE. Je me suis attaché, ce faisant, à prêter une oreille attentive aux voix critiques venant de l'extérieur. L'euthanasie ne doit en aucun cas être une évidence. Les RTE acceptent la critique et sont disposées à questionner et reconsidérer leur mode de travail. Et la société dans son ensemble doit aussi constamment se repositionner face aux nouveaux développements.

C'est pourquoi j'applaudis au débat social sur l'euthanasie des jeunes pour souffrances psychiques, malgré les difficultés à trouver la forme appropriée pour une telle discussion. Le débat permet de confirmer ou, au contraire, d'adapter les normes sociales. Il invite les parties à s'expliquer et à prendre position, évitant par là même toute banalisation de l'euthanasie. Le chapitre 2 présente les chiffres connus pour cette catégorie particulière et le chapitre 3 en expose un jugement sous le titre « Troubles psychiques ».

Le cadre légal de l'euthanasie et le contrôle exercé a posteriori par les RTE illustrent la capacité de notre État de droit démocratique à dépasser les antagonismes sur des questions sociétales majeures et à apporter une solution consensuelle à un dilemme fondamental. Une telle solution est par définition un compromis qu'il s'agit – et c'est là tout l'enjeu – de ne pas laisser se scléroser mais de faire évoluer avec le temps. Les normes ouvertes incluses dans la loi le permettent, dans le cadre des limites strictes fixées par cette même loi. Il revient aux RTE de veiller à l'équilibre, une mission qu'elles remplissent pleinement depuis leur création. Il y a tout lieu d'être optimiste quant à l'avenir.

JEROEN RECOURT

Président coordinateur

RÉSUMÉ

Le nombre de cas d'euthanasie aux Pays-Bas a notablement augmenté en 2024 : les RTE ont reçu 9 958 signalements, soit 10 % de plus qu'en 2023. Le pourcentage de signalements d'euthanasie par rapport au nombre total de décès est passé de 5,4 à 5,8 %.

Le nombre de signalements reçus en 2024 a excédé de 932 le nombre de ceux jugés. Ce hiatus s'explique par l'accroissement du nombre de signalements (890 de plus qu'en 2023) conjugué au manque de capacités du secrétariat des RTE.

La grande majorité des signalements (86,29 %) concernent des affections courantes comme le cancer, les pathologies du système nerveux ou encore les pathologies cardiovasculaires et pulmonaires. Sur les cas restants, 427 se rapportent à des patients atteints d'une forme de démence, et 219 à des patients dont les souffrances étaient principalement causées par un ou plusieurs troubles psychiques. Les RTE ont reçu 397 signalements concernant des personnes souffrant d'une accumulation de pathologies gériatriques. Enfin, la catégorie « autres pathologies » compte 232 signalements.

Les commissions ont jugé à six reprises qu'un médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur requis dans le cadre de l'euthanasie. Deux de ces jugements concernent l'absence de consultation dans les règles d'un médecin consultant. Un autre se rapporte à la rigueur accrue requise lorsque la demande d'euthanasie est essentiellement motivée par des souffrances dues à un trouble psychique. Les trois derniers portent sur le non-respect de la directive sur la pratique de l'euthanasie lors de complications durant la mise en œuvre.

En 2024, les RTE ont continué à étudier le risque que le coma ne soit pas suffisamment profond et que le patient ressente l'action du myorelaxant lors de l'administration d'une deuxième dose de cette substance sans injection préalable d'une deuxième dose de produit inducteur de coma. Les RTE prononceront un jugement de non-respect des critères de rigueur chaque fois qu'un intervalle de 30 minutes ou plus se sera écoulé entre l'administration du produit inducteur de coma et celle de la dernière dose de myorelaxant. Dans de tels cas, la vérification de la profondeur du coma n'est en effet plus suffisamment fiable.

INTRODUCTION

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

Le rapport annuel a également pour objectif de permettre aux médecins et aux personnes intéressées de comprendre la façon dont les RTE examinent les signalements d'euthanasie. C'est pourquoi il expose un certain nombre de signalements représentatifs ou particuliers ainsi que tous les cas ayant donné lieu au cours de l'année écoulée à un jugement de non-respect des critères de rigueur.

ORGANISATION

Les commissions régionales de contrôle sont au nombre de cinq. Chacune comprend en tout cas trois juristes (également présidents, dont un président de région), trois médecins et trois éthiciens. Au 1^{er} janvier 2024, les commissions comprenaient 53 membres au total.

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

NVO OU VO

Les commissions classent les signalements en deux catégories suivant qu'ils sont générateurs de questions (VO, environ 5 % des cas) ou non (NVO, environ 95 % des cas). Les signalements de cette dernière catégorie sont traités par voie numérique, au sein d'un système sécurisé permettant les échanges entre les membres des commissions. Les NVO ne sont pas abordés dans les réunions physiques des commissions. Si toutefois des questions surgissent lors du traitement numérique, le signalement passe après concertation dans la catégorie VO et est alors examiné lors d'une réunion de la commission. Le classement dans l'une ou l'autre catégorie dépend des questions que le signalement suscite, par exemple à cause de la complexité de la problématique concernée ou des carences du dossier sur certains points¹.

COMMISSIONS

Tous les signalements, quelle que soit leur catégorie, sont examinés par une commission composée d'un juriste, d'un médecin et d'un éthicien. 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 des RTE, ils n'ont pas compétence à donner des « consignes » sur le contenu des jugements.

Le président coordinateur des RTE dirige la concertation stratégique des présidents régionaux, à laquelle assiste également un représentant des médecins et des éthiciens. Les RTE bénéficient du soutien d'un secrétariat comptant une vingtaine d'agents dont un secrétaire général, des secrétaires (juristes de formation) et des agents de soutien (assistants administratifs). Les secrétaires ont voix consultative lors des réunions des commissions ; le secrétaire général coordonne leurs activités.

GRILLE DE LECTURE

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.

¹ Voir annexe I, schémas 1, 2 et 3 pour une vue d'ensemble du mode de contrôle.

L'emploi du masculin pour désigner les professionnels de santé et les patients a valeur de neutre et vise exclusivement à améliorer la lisibilité du texte.

Dans le présent texte, les RTE entendent par « médecin » celui qui a pratiqué l'euthanasie et effectué le signalement. Le terme « médecin du SCEN » se rapporte aux professionnels de santé qui interviennent en tant que consultants.

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

CHAPITRE 1

MÉTHODE DE TRAVAIL DES COMMISSIONS, ÉVOLUTIONS

1 RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE

En 2021, la KNMG et la KNMP ont actualisé leur directive Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide [*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*], sur laquelle se basent les RTE pour juger du respect des critères de rigueur (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 36 et suivantes). Si un médecin déroge à la directive, il doit apporter des arguments pertinents pour le justifier.

En 2024, les RTE ont étudié les possibles risques liés à l'état de conscience du patient lors de l'administration d'une deuxième dose de myorelaxant sans administration préalable d'une deuxième dose de produit inducteur de coma, et en cas de long intervalle entre l'administration du produit inducteur de coma et celle du myorelaxant. Elles ont également consulté à ce sujet les membres de la commission sur la directive Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide de la KNMG.

Les conclusions de cette étude indiquent un risque trop élevé que le patient ressente les effets du myorelaxant en cas d'intervalle de 30 minutes ou plus entre l'administration du produit inducteur de coma et celle de la dernière dose de myorelaxant. La vérification de la profondeur du coma n'est alors plus suffisamment fiable. C'est pourquoi les RTE prononceront un jugement de non-respect des critères de rigueur chaque fois qu'un intervalle de 30 minutes ou plus se sera écoulé entre l'administration du produit inducteur de coma et celle de la dernière dose de myorelaxant.

Ce changement entrera en vigueur au 1^{er} juillet 2025. Entre-temps, les RTE s'emploieront à en informer les médecins.

Les RTE tiennent à ce que les médecins appelés à pratiquer l'euthanasie et les médecins du SCEN agissent conformément à la dernière version de la directive. Si un patient ne réagit pas ou insuffisamment au produit euthanasiant administré, le médecin doit considérer, conformément à la directive, que celui-ci n'a pas été injecté dans la veine, ce qui ne se manifeste pas toujours sous forme d'un renflement sous-cutané visible. C'est pourquoi, lorsque le produit euthanasiant reste sans effet, le médecin doit reprendre toute la procédure : poser une deuxième perfusion, administrer un produit inducteur de coma et vérifier correctement l'état de conscience minimale, et enfin administrer le myorelaxant (voir la directive, p. 15 et 17).

2 AMÉLIORATION DE LA COMMUNICATION AVEC LES MÉDECINS

En 2024, les RTE ont amélioré leur communication avec les médecins signaleurs. Les changements introduits sont expliqués ci-dessous.

INFORMATION EN CAS DE RETARD

Les commissions doivent examiner les signalements d'euthanasie et émettre leur jugement dans un délai légal de six semaines, renouvelable une fois.

Le précédent rapport faisait état d'une plainte déposée par un médecin à la suite du retard de traitement de son signalement. Le médecin concerné déplorait par ailleurs le manque de communication à ce sujet. Les RTE ont donc modifié leur méthode de travail en conséquence : depuis le mois de juin 2024, dès qu'un signalement est jugé générateur de questions, le médecin signaleur est informé du retard de traitement automatiquement occasionné. En effet, le signalement devant être examiné lors d'une réunion de la commission, le délai de six semaines ne peut être respecté.

Les médecins seront informés du retard de traitement par le message suivant :

Examen de votre signalement d'euthanasie

Votre signalement sera examiné lors de la réunion de la commission du [date]. Le jugement ne pouvant dès lors pas être prononcé dans le délai imparti de six semaines, la commission prolonge ce délai de six semaines supplémentaires. Vous recevrez ainsi en principe le jugement de la commission dans les douze semaines suivant la réception de votre signalement.

Depuis l'été 2024, les RTE sont confrontées à un manque de capacités au sein du secrétariat², entraînant des retards de traitement et rendant impossible l'examen des signalements dans le délai de six semaines. C'est pourquoi les RTE ont décidé d'informer temporairement tous les médecins signaleurs comme suit :

Votre signalement sera en principe examiné dans le délai légal de six semaines, renouvelable une fois au besoin. En raison d'effectifs limités au sein du secrétariat des commissions de contrôle, il est à prévoir que l'examen de votre signalement prenne plus de six semaines. Pour toute question, veuillez vous adresser au soussigné en mentionnant votre numéro de référence.

Les commissions ont parfois besoin d'informations complémentaires de la part d'un médecin, qui doivent être fournies sous forme d'éclaircissements oraux ou écrits. Dans de tels cas, il n'est pas toujours possible pour la commission de respecter le délai de traitement de douze semaines. Le médecin en est alors informé par l'ajout du texte suivant dans la lettre de demande d'éclaircissements :

Examen de votre signalement d'euthanasie

La commission vous a précédemment informé(e) de la prolongation de six semaines supplémentaires du délai légal de traitement. Il vous est maintenant demandé de fournir des éclaircissements [écrits/oraux] afin que votre signalement puisse être examiné lors d'une prochaine réunion de la commission. Le délai légal de douze semaines ne pourra par conséquent pas être respecté.

Nous comprenons que cela implique une plus longue période d'incertitude et vous présentons nos excuses pour le retard occasionné.

PRISE DE RENDEZ-VOUS TÉLÉPHONIQUE

Afin d'assurer la qualité de la pratique de l'euthanasie, une commission peut décider de donner un retour à un médecin sous forme de concertation entre pairs. Le médecin membre de la commission téléphone dans ce cas au médecin concerné. Les RTE ont été informées du fait que certains médecins se sont sentis démunis face à l'appel passé à l'improviste par un membre de la commission. Certains médecins étaient parfois en déplacement ou n'avaient pas à disposition les documents requis lors de l'appel, ce qui les a mis dans l'embarras.

C'est pourquoi les membres de la commission envoient désormais systématiquement au médecin un e-mail pour convenir de la date et de l'heure du rendez-vous téléphonique.

² Le secrétariat a maintenant retrouvé ses capacités. L'important travail fourni pour rattraper le retard a en grande partie porté ses fruits au moment de la publication du présent rapport annuel.

Il arrive par ailleurs que le secrétariat doive prendre contact avec un médecin pour obtenir des informations factuelles manquantes nécessaires à l'examen du signalement. Ces demandes d'informations se feront autant que possible par e-mail, de sorte que le médecin puisse y répondre à sa meilleure convenance. Les contacts téléphoniques restent dans certains cas nécessaires, par exemple lorsqu'une réunion imminente de la commission impose des contraintes de temps.

RÉVISION DU TEXTE DU JUGEMENT SUCCINCT

Lorsque le signalement ne suscite aucune question, une lettre succincte notifiant le jugement (ODB) est adressée au médecin. Elle indique que la commission a conclu au respect de tous les critères de rigueur. Le texte, auparavant truffé de termes juridiques, a été révisé en 2024 comme suit :

[Madame, Monsieur] [nom du médecin],

Le [date], la commission régionale de contrôle de l'euthanasie (ci-après la commission) a reçu votre signalement d'euthanasie concernant [madame, monsieur] [nom du/de la patient(e)]. La commission a évalué votre signalement le [date de l'évaluation].

Respect des critères de rigueur

La commission juge que vous avez respecté tous les critères de rigueur au sens de 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. Cela signifie que :

- vous avez pu acquérir la conviction que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie ;
- vous avez pu acquérir la conviction que les souffrances du patient étaient sans perspective d'amélioration et insupportables ;
- vous avez informé le patient de sa situation et de ses perspectives ;
- vous avez pu parvenir, en concertation avec le patient, à la conclusion qu'il n'existait dans sa situation aucune autre solution raisonnable ;
- vous avez consulté au moins un confrère indépendant, qui a examiné le patient et a consigné par écrit son avis quant au respect des critères de rigueur ;
- vous avez pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise.

En outre, les RTE émettent un jugement succinct pour certains signalements dans lesquels la demande d'euthanasie du patient était motivée, au moins en partie, par des souffrances dues à un trouble psychique. Dans de tels cas, le paragraphe suivant est ajouté au texte ci-dessus :

Explication

Il ressort du dossier que la demande d'euthanasie du patient était motivée, au moins en partie, par des souffrances dues à un trouble psychique. Le médecin doit alors aborder la demande avec la plus grande prudence. Cette prudence a principalement trait à la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, à l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et à l'absence d'autre solution raisonnable.

Les RTE considèrent que dans le cas de ces patients, le médecin doit toujours faire appel à un psychiatre. Vous avez respecté ce critère.

La commission constate que vous-même et le(s) psychiatre(s) consulté(s) avez jugé que le patient était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, que ses souffrances étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable.

3 NOUVELLE POLITIQUE EN MATIÈRE DE PUBLICATION

Auparavant, les RTE ne publiaient qu'une sélection de jugements succincts ou détaillés. Depuis juin 2024, tous les jugements détaillés sont publiés sur le site internet. En outre, les RTE continuent à publier chaque mois une sélection de jugements succincts. Il s'agit alors de signalements tant représentatifs que particuliers. Cette méthode de travail répond à la volonté des RTE de faire preuve de la plus grande transparence.

Cependant, en raison du manque d'effectifs au sein du secrétariat, les RTE ont accumulé un certain retard en matière de publication. Ce retard devrait se résorber en 2025.

CHAPITRE 2

CHIFFRES EN 2024

NOMBRE DE SIGNALEMENTS

En 2024, les commissions régionales ont enregistré 9 958 signalements d'euthanasie³. Cette année-là, 172 049 personnes sont décédées aux Pays-Bas⁴, ce qui signifie que 5,8 % des décès font suite à une euthanasie. En 2023, le nombre de cas d'euthanasie était de 9 068, soit 5,4 % du total des décès.

N'étant pas en mesure d'examiner tous les signalements l'année même de leur réception, les RTE ne contrôlent généralement ceux reçus en fin d'année qu'au début de l'année suivante. Toutefois, le manque de capacités au sein du secrétariat des RTE a engendré en 2024 un retard plus important que de coutume : 932 signalements doivent encore être examinés en 2025. Le rapport contient donc certaines lacunes dans les chiffres, qui font l'objet d'une explication séparée.

Les signalements se répartissent comme suit entre les cinq différentes commissions régionales.

Région 1 : Groningue, Frise, Drenthe et Pays-Bas caraïbes – 1 013 signalements.

Région 2 : Overijssel/Gueldre/Utrecht/Flevoland – 2 637 signalements.

Région 3 : Hollande-Septentrionale – 1 992 signalements.

Région 4 : Hollande-Méridionale et Zélande – 1 919 signalements.

Région 5 : Brabant-Septentrional et Limbourg – 2 397 signalements.

PROPORTION HOMMES-FEMMES

Comme les années précédentes, le rapport hommes-femmes dans les signalements est resté à peu près égal : 50,2 % contre 49,8 % (soit 4 996 hommes et 4 962 femmes).

PROPORTION INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE - AIDE AU SUICIDE

9 753 signalements (97,94 %) concernent des cas d'interruption de la vie sur demande, 187 (1,88 %) des cas d'aide au suicide et 18 (0,18 %) 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 le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 36 et suivantes.

AFFECTIONS

AFFECTIONS LES PLUS COURANTES

Dans 86,29 % des cas (soit 8 593), les patients étaient atteints de :

- cancer (5 346) ;
- pathologies du système nerveux (681) – comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou la maladie de Charcot ;
- maladies cardiovasculaires (429) ;
- pathologies pulmonaires (346) ;
- polyopathologies somatiques (1 791).

³ Comme dans tous les rapports annuels des RTE, certains de ces signalements portent sur des euthanasies pratiquées l'année précédente, dans le cas présent en 2023, et d'autres ne seront jugés qu'en 2025. Les chiffres annuels incluent également les signalements reçus fin 2023 qui n'ont pas pu être pris en compte dans le précédent rapport.

⁴ Source : Office central de la Statistique (CBS).

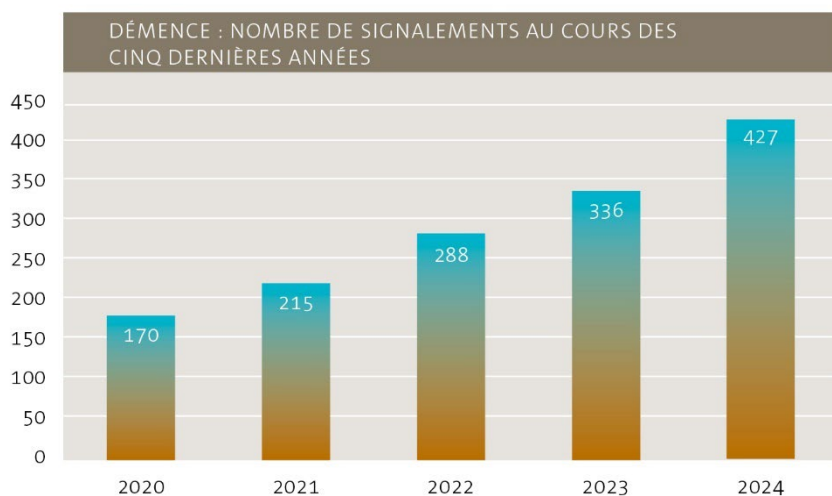
DÉMENCE

Parmi les 427 signalements qui se rapportent à des patients atteints d'une forme de démence, 346 ont été examinés en 2024. Dans 340 de ces cas, les patients étaient encore aptes à exprimer leur volonté concernant l'euthanasie. Ils avaient donc encore une bonne compréhension de leur pathologie et de ses symptômes, tels que l'altération de la personnalité et de l'orientation spatio-temporelle.

Six des signalements concernent des patients à un stade avancé de la maladie, qui n'étaient plus en mesure d'exprimer leur volonté concernant l'euthanasie ni de véritablement communiquer à ce sujet. Leur demande écrite d'euthanasie, rédigée à un stade antérieur, a tenu lieu de demande orale. Ces six jugements sont tous publiés sur le site internet des RTE.

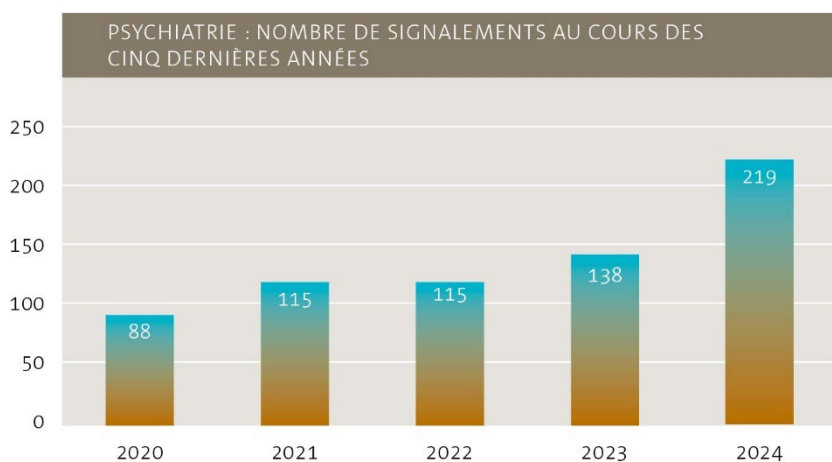
Les commissions doivent encore examiner 81 signalements reçus en 2024 concernant des patients atteints d'une forme de démence. Le nombre d'entre eux en mesure d'exprimer leur volonté n'est pas connu. En conséquence, les chiffres relatifs au nombre de patients en état ou non d'exprimer leur volonté sont incomplets. Le chapitre 3 contient un exemple de jugement pour ces deux catégories de patients.

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

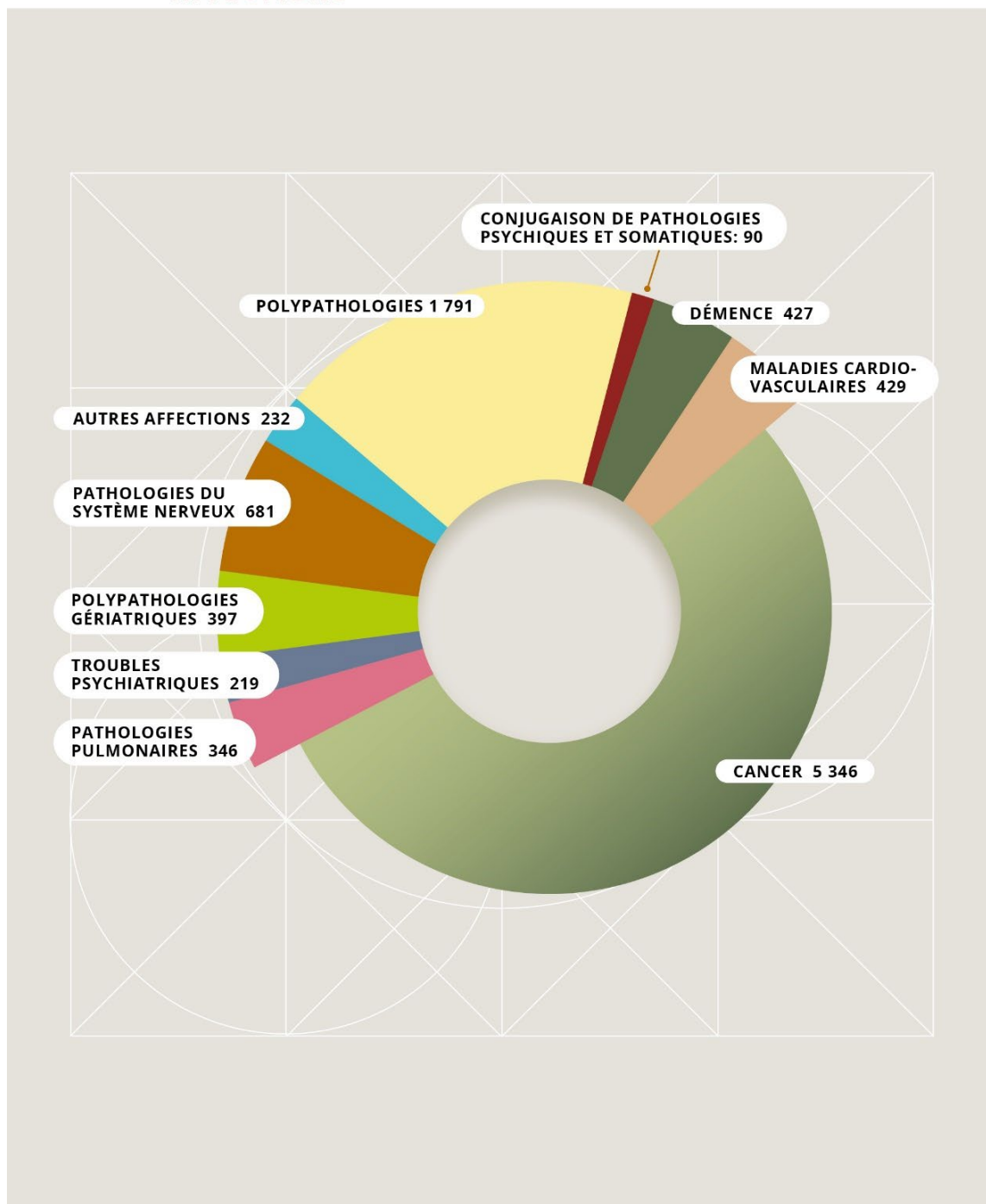


TROUBLES PSYCHIQUES

Dans 219 des signalements d'euthanasie de 2024, les souffrances du patient sont principalement causées par un ou plusieurs troubles psychiques. Dans 60 de ces signalements le médecin est un psychiatre, dans 55 cas un médecin généraliste et dans 26 cas un spécialiste (y compris gériatre). Dans les 78 cas restants, le médecin ayant pratiqué l'euthanasie est un autre type de médecin⁵. Dans 126 cas, l'euthanasie a été pratiquée par un médecin travaillant au sein du Centre d'expertise sur l'euthanasie (EE).



AFFECTIONS



Par ailleurs, 90 des signalements reçus concernent la combinaison d'un ou plusieurs troubles psychiques et d'au moins une affection somatique. C'est la première fois qu'une telle conjugaison de pathologies psychiques et somatiques est abordée de façon spécifique dans le rapport annuel.

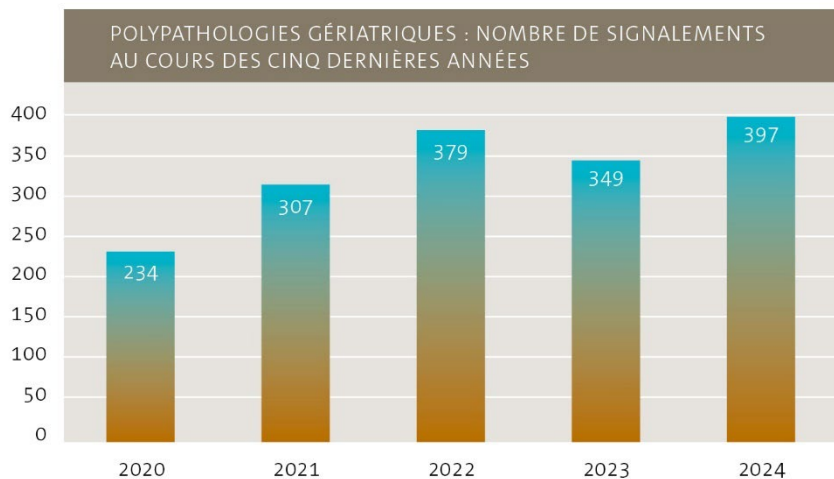
Lorsque la demande d'euthanasie est motivée par des souffrances dues à un trouble psychique, le médecin doit agir avec la plus grande prudence. Cela signifie qu'il doit faire appel à l'expertise d'un psychiatre. Un de ces cas est présenté au chapitre 3.

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

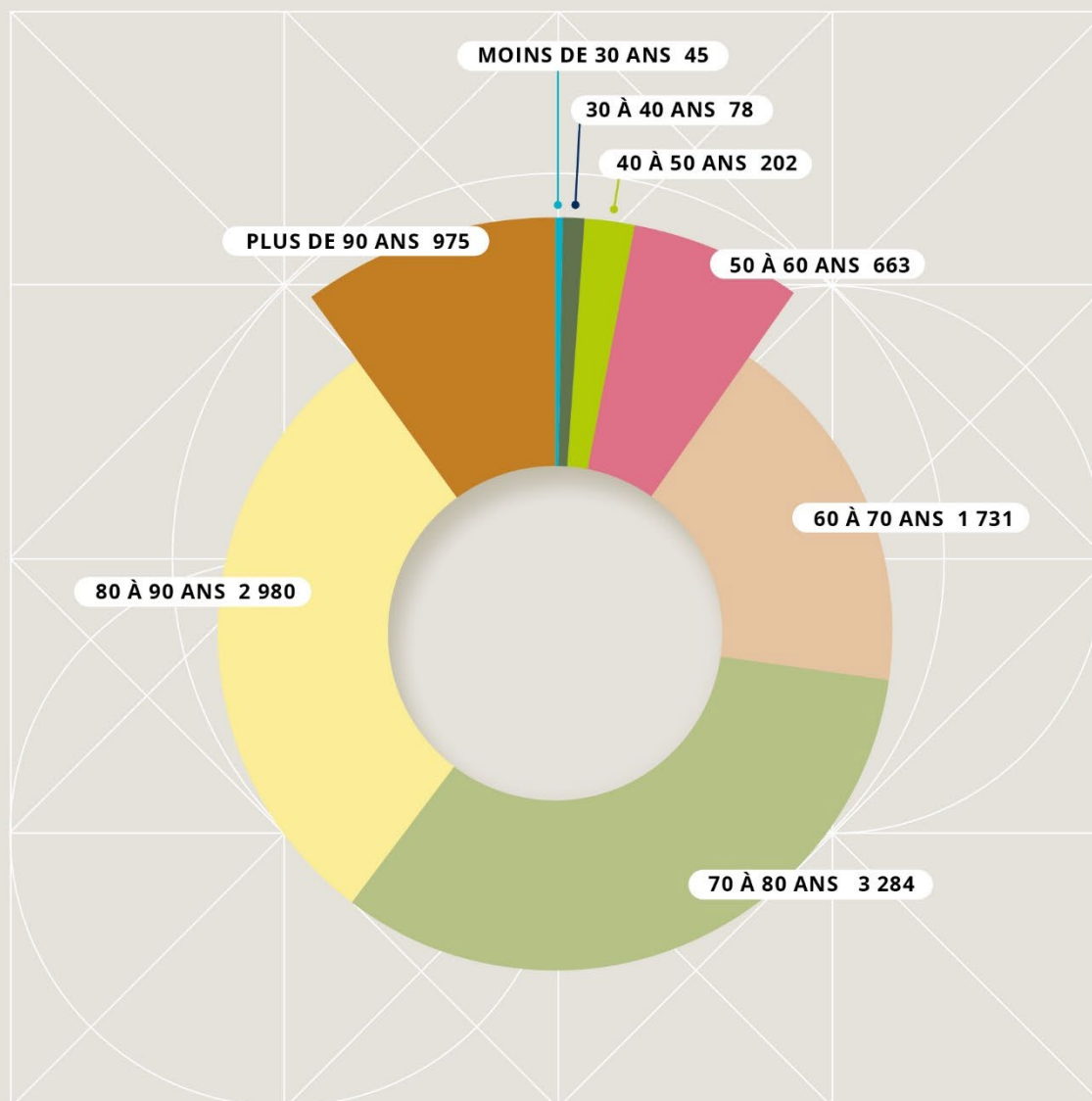
POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

L'accumulation de pathologies gériatriques – troubles de la vision, de l'audition, ostéoporose et ses conséquences, arthrose, troubles de l'équilibre, altération des capacités cognitives (perte des facultés mentales) – peut aussi être la cause de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration. Ces affections sont généralement liées à la vieillesse et l'association des troubles qu'elles provoquent peut être la source de souffrances que le patient, selon son histoire médicale, la vie qu'il a menée, sa personnalité, les valeurs auxquelles il est attaché et sa résistance, peut ressentir comme insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration. En 2024, les RTE ont reçu 397 signalements de cette catégorie. Un de ces cas est présenté au chapitre 3.

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



ÂGE



AUTRES AFFECTIONS

Enfin, les RTE utilisent la catégorie « autres affections » pour enregistrer les signalements concernant des pathologies n'entrant pas dans les catégories définies, par exemple un syndrome de douleur chronique, une maladie génétique rare, l'insuffisance rénale, la cécité, les fractures graves ou le Covid long. En 2024, cette catégorie comptait 232 cas.

ÂGE

La majorité des signalements, soit 3 284, concernent des patients septuagénaires. Suivent les octogénaires, avec 2 980 signalements, et les sexagénaires (1 731). Le reste se répartit comme suit : 975 signalements concernent des patients de plus de 90 ans, 663 la tranche d'âge des 50-60 ans, 202 celle des 40-50 ans et 78 celle des 30-40 ans. La catégorie des moins de 30 ans est celle qui compte le moins de signalements, à savoir 45.

En 2024, les commissions ont examiné trois signalements concernant un mineur (tranche d'âge des 12-18 ans), dont deux reçus en 2023. Dans ces deux derniers cas, les patients ont demandé l'euthanasie du fait des souffrances dues à des troubles psychiques. Le signalement reçu en 2024 porte sur une demande motivée par les souffrances découlant d'une pathologie somatique.

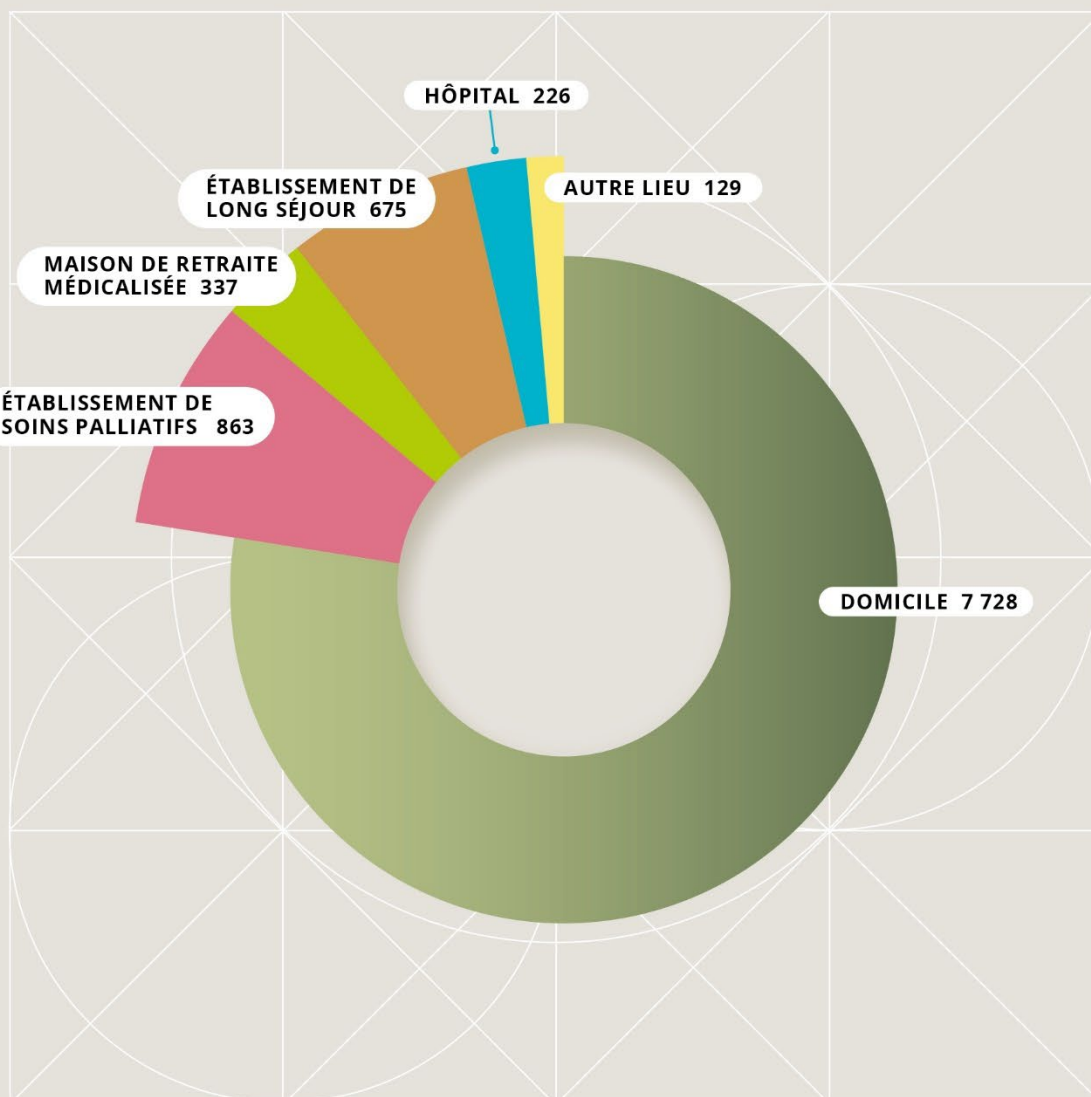
Dans la catégorie « démence » (427 signalements), la majorité des signalements concernent des patients octogénaires (194 cas) et septuagénaires (149 cas). Cela représente une légère différence par rapport à 2023, où les septuagénaires constituaient le groupe le plus important.

Parmi les 219 signalements de la catégorie « troubles psychiques », 111 concernent en 2024 des personnes âgées entre 30 et 60 ans, 78 des patients de plus de 60 ans, et 30 des personnes de la tranche d'âge 18-30 ans.

Dans la catégorie « polypathologies gériatriques », la majorité des patients (244 sur 397) avait plus de 90 ans.

Concernant les points à considérer dans les cas de patients mineurs, voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 46.

LIEU OÙ EST PRATIQUEE L'INTERRUPTION DE LA VIE



LIEU OÙ EST PRATIQUEE L'INTERRUPTION DE LA VIE

Comme les années précédentes, l'interruption de la vie a eu lieu dans la grande majorité des cas (7 728) au domicile du patient. Dans 1 012 cas, elle s'est déroulée dans un établissement de long séjour ou une maison de retraite médicalisée ; dans 863 cas, dans un établissement de soins palliatifs ; dans 226 cas, dans un hôpital ; dans 129 cas, dans un autre lieu (par exemple domicile d'un membre de la famille ou hôtel médicalisé).

MÉDECINS AYANT RÉALISÉ L'EUTHANASIE

Pour la plupart des signalements (7 913), le médecin ayant réalisé l'euthanasie est un généraliste. Dans les autres cas, on relève 424 gériatres, 72 psychiatres, 282 autres médecins spécialistes, 157 médecins en formation et 1 110 médecins possédant une autre qualification⁵.

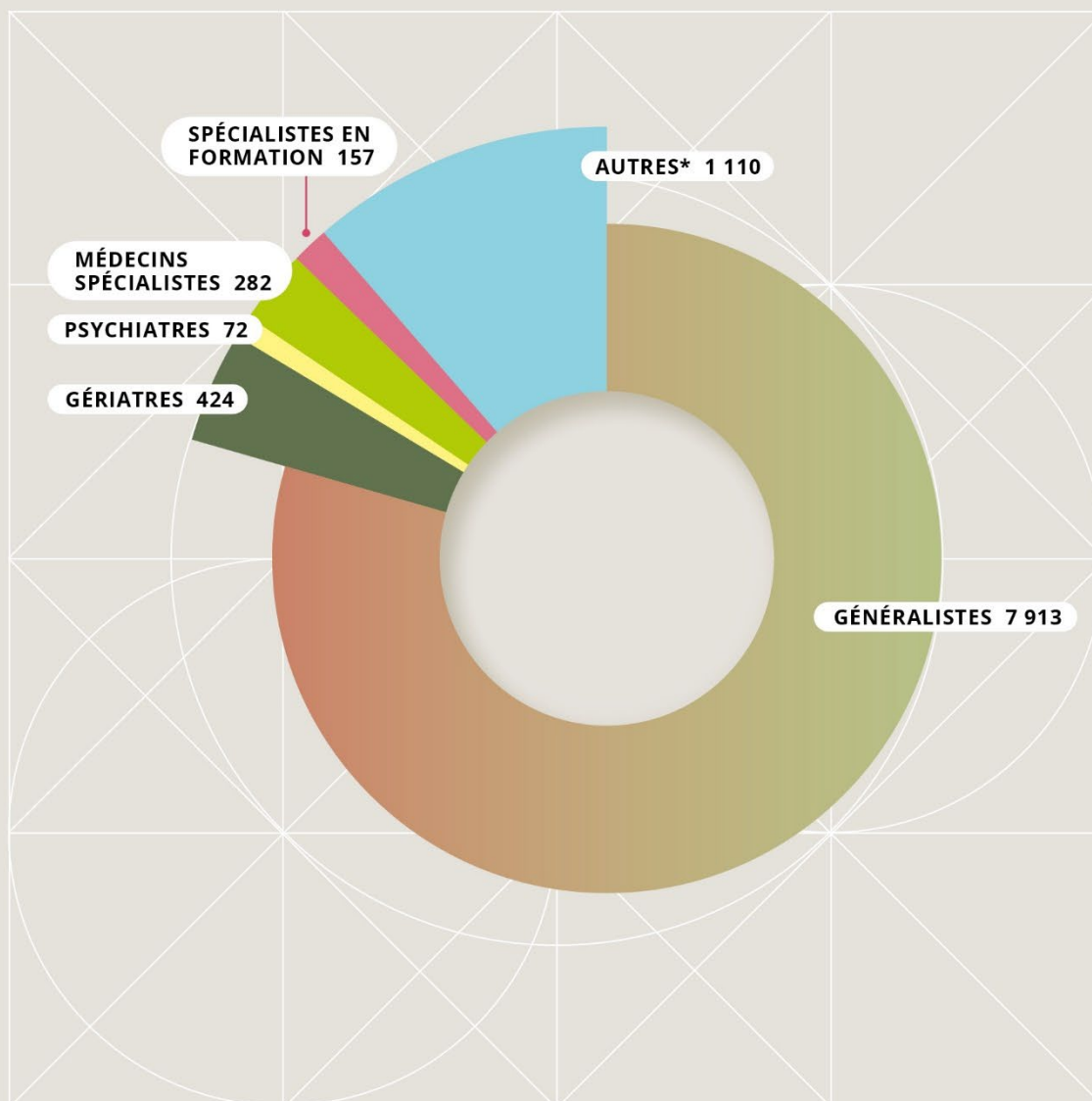
SIGNALEMENTS ÉMANANT DE MÉDECINS DU CENTRE D'EXPERTISE SUR L'EUTHANASIE (EE)

On dénombre 1 417 signalements émanant de médecins de l'EE, soit 140 de plus qu'en 2023 (1 277), ce qui représente une hausse de 11 %. 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 sa famille peuvent aussi faire appel à l'EE.

Plus de la moitié des signalements faisant état d'un trouble psychique (126 sur 219, soit 57,5 %) ont été effectués par un médecin de l'EE, des chiffres en augmentation relative par rapport à 2023 (70 des 138 signalements, soit 50,7 %). Parmi ceux mentionnant une forme de démence comme cause des souffrances, 149 sur 427 (soit plus de 34,9 %) émanent d'un médecin de l'EE, de même que 140 (soit 35,3 %) des 397 signalements concernant des polyopathologies gériatriques. En 2023, ce pourcentage était encore de 43,3 %.

⁵ Par exemple médecin assurant un suivi ambulatoire, cadre de santé, médecin n'exerçant pas la médecine, ou ayant une formation en médecine de base.

MÉDECINS SIGNALEURS



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

DON D'ORGANES ET DE TISSUS APRÈS UNE EUTHANASIE

L'euthanasie n'empêche en principe pas le don d'organes et de tissus. L'Association néerlandaise pour la transplantation détaille la procédure⁶ à suivre en pareil cas dans sa directive sur le don d'organes après l'euthanasie [*Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie*]. Lorsque le patient souhaite faire don de ses organes après sa mort, l'euthanasie doit se dérouler à l'hôpital. Cette exigence ne s'applique pas pour le don de tissus.

En 2024, les RTE ont reçu 28 signalements dans lesquels il est question de don d'organes et de tissus après l'euthanasie, contre 24 en 2023. Il peut du reste arriver qu'un tel don ait eu lieu sans que cela soit mentionné dans le dossier.

DOUBLE EUTHANASIE

Quand la demande de deux patients à bénéficier en même temps de l'euthanasie est honorée, il s'agit pour les RTE d'une double euthanasie. Jusqu'en 2023, seuls des couples étaient concernés. Cette année, pour la première fois, les commissions ont reçu des signalements portant sur des membres proches d'une même famille. En 2024, 54 cas de double euthanasie ont été examinés, alors que seulement 107 signalements individuels portant sur une personne ayant demandé une double euthanasie ont été réceptionnés. C'est qu'un signalement avait déjà été reçu en 2023 et comptabilisé dans les chiffres de cette année. Il est évident que le médecin doit veiller de façon distincte au respect des critères de rigueur requis par la loi WTL dans chacun des signalements individuels. En outre, chacun des deux patients doit être vu par un médecin du SCEN différent de sorte à garantir l'évaluation distincte et indépendante des deux demandes.

Pour en savoir plus, voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 33.

NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

Dans six des signalements, les RTE ont jugé que le médecin ayant pratiqué l'euthanasie n'avait pas respecté tous les critères de rigueur prévus par la loi WTL. Ces jugements sont présentés au chapitre 3. Dans trois des cas, la mise en œuvre ne respecte pas la rigueur médicale requise, et deux cas ne satisfont pas au critère relatif à la consultation. Le dernier concerne la rigueur accrue requise lorsque la demande d'euthanasie est essentiellement motivée par des souffrances dues à un trouble psychique.

CLASSEMENT DES SIGNALEMENTS

Depuis 2012, les RTE classent les signalements dès leur réception selon qu'ils sont ou non générateurs de questions (VO ou NVO), comme résumé dans les schémas en annexe.

C'est un secrétaire de la commission concernée qui effectue le premier classement. Il s'agit d'une décision temporaire. La commission examine ensuite le signalement. S'il est classé comme VO, il est directement mis à l'ordre du jour d'une réunion physique de la commission. S'il relève en revanche de la catégorie NVO, il est examiné lors d'une réunion en ligne. Tous les membres lisent alors le dossier et indiquent indépendamment les uns des autres s'ils estiment que le médecin a agi avec la rigueur requise. Dans le cas où cette lecture soulève des questions, la commission juge de la nécessité de poser des questions écrites ou d'organiser une réunion physique. La plupart du temps, un tel signalement est en définitive examiné lors d'une réunion physique.

En 2024, 94,46 % des signalements ont été d'emblée classés comme NVO, et 42 d'entre eux ont finalement été examinés lors d'une réunion physique (voir schéma 3, annexe 1).

Sur l'ensemble des signalements, 5,54 % ont été d'emblée classés comme VO (voir schéma 2, annexe 1). Cela est systématique en cas de demande d'euthanasie liée, au moins en partie, à un trouble psychique ou lorsque le patient souffre de démence avancée ou est mineur. Mais un signalement peut aussi soulever des questions concernant le respect de l'un des critères de rigueur ou parce que le dossier fourni par le médecin l'ayant pratiquée ne fournit pas assez d'informations pour permettre un jugement.

⁶ La directive et d'autres documents relatifs à son contexte et son fondement peuvent être consultés sur le site internet *Directive sur le don d'organes après l'euthanasie / Association néerlandaise pour la transplantation (Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie | Nederlandse Transplantatie Stichting)*.

DIFFÉRENTES FORMES DE JUGEMENT ÉCRIT

Lorsque le signalement ne suscite aucune question (NVO), la commission émet un jugement succinct dans lequel elle indique avoir conclu, sur la base du dossier, au respect de tous les critères de rigueur. Le chapitre 3 contient les résumés de signalements ayant donné lieu à un tel jugement.

Pour les signalements VO, examinés lors d'une réunion physique, la commission décidera généralement d'émettre non pas un jugement succinct mais un jugement écrit détaillé. Cela signifie qu'elle décrit explicitement les éléments du signalement ayant soulevé des questions et qu'elle expose les considérations l'ayant amenée à conclure au respect ou au non-respect des critères de rigueur.

QUESTIONS ÉCRITES ET ORALES DES RTE

Dans certains cas, les rapports et leurs annexes fournis dans le cadre du signalement ne sont pas suffisamment clairs pour permettre aux commissions de forger leur jugement. Celles-ci peuvent alors décider de demander des explications complémentaires au médecin ou au consultant du SCEN.

En 2024, les RTE ont demandé dans 29 cas au médecin de s'expliquer plus en détail par écrit.

Dans 16 cas, parfois après ces premières explications écrites, les commissions ont invité le médecin signaleur (et dans un cas celui du SCEN) à se présenter lors d'une réunion pour répondre à leurs questions. Ces cas incluent les six signalements susmentionnés dans lesquels les commissions ont jugé que les critères de rigueur n'étaient pas remplis. Les questions simples et factuelles sont généralement posées par téléphone ou par e-mail.

DÉLAIS

Le délai entre la réception d'un signalement et l'envoi du jugement au médecin était de 40 jours en moyenne en 2024, ce qui reste inférieur au maximum de deux fois six semaines prévu par l'article 9, paragraphe 1, de la loi WTL.

Cette moyenne fournit cependant une image incomplète, les délais étant restés maîtrisés une grande partie de l'année pour atteindre ensuite 60 à 70 jours à partir de l'automne du fait des problèmes de capacité du secrétariat et de l'accroissement du nombre de signalements.

ESPACE DE DISCUSSION DES RTE

Les commissions se concertent intensivement lorsqu'un signalement est assez complexe pour requérir l'avis de tous les membres et des secrétaires. Cette concertation a lieu dans l'espace de discussion en ligne. Lorsqu'une commission envisage de conclure au non-respect des critères de rigueur, elle soumet le projet de jugement accompagné du dossier afférent à tous les membres et secrétaires dans l'espace de discussion. Les signalements concernant l'euthanasie effectuée sur la base d'un testament de vie d'un patient inapte à exprimer sa volonté sont par définition traités selon le même processus. Après examen des réactions, la commission formule son jugement définitif.

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

En 2024, 20 dossiers ont ainsi été placés dans l'espace de discussion, y compris ceux jugés non conformes aux critères de rigueur. Certains jugements sont ensuite aussi discutés dans le cadre de la concertation des juristes, médecins et éthiciens.

CHAPITRE 3

ÉTUDE DE CAS

1 INTRODUCTION

Les RTE ont pour mission d'examiner les signalements des médecins relatifs aux euthanasies effectuées. Le présent chapitre expose une sélection des jugements des commissions. La première partie (paragraphe 2) est consacrée aux cas dans lesquels la commission a conclu au respect des critères de rigueur, avec une sélection de signalements représentatifs ou particuliers. Le paragraphe 3 présente ensuite tous les cas ayant donné lieu au cours de l'année écoulée à un jugement de non-respect, la commission concernée ayant considéré que le médecin ne s'était pas conformé à un ou plusieurs des critères de rigueur.

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 afférents à la RTE concernée. Les principales pièces du dossier sont le rapport du médecin ayant pratiqué l'euthanasie, 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 ayant pratiqué l'euthanasie a respecté les six critères de rigueur visés à l'article 2, paragraphe 1, de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (loi WTL).

Selon les critères de rigueur, le médecin doit :

- a. acquérir la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie ;
- b. acquérir la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration ;
- c. informer le patient de sa situation et de ses perspectives ;
- d. parvenir, en concertation avec le patient, à la conviction qu'il n'existe aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouve ;
- e. consulter au moins un confrère indépendant, qui examine le patient et consigne par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur énoncés aux points a à d ; et
- f. pratiquer l'interruption de la vie ou l'aide au suicide avec toute la rigueur médicale requise.

Les commissions contrôlent si le médecin a agi conformément à la loi, à sa genèse et à la jurisprudence, ainsi qu'au Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, élaboré sur la base des décisions antérieures des RTE. Elles tiennent également compte des directives de certaines organisations professionnelles incluses au Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, ainsi que des décisions du ministère public et de l'Inspection de la santé et de la jeunesse.

Les commissions examinent s'il est établi que les critères en matière de : (c) information, (e) consultation et (f) rigueur médicale de l'acte 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 (a) d'une demande volontaire et mûrement réfléchie et (b) de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, et (d) qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable. La formulation choisie laisse au médecin une certaine marge d'appréciation. Lors de leur évaluation des actes du médecin, les commissions examinent donc la manière dont ce dernier a cherché à connaître les faits et les éléments qui ont motivé sa décision et lui ont permis de raisonnablement parvenir à la conclusion que ces trois critères de rigueur étaient remplis. Le compte rendu du consultant vient souvent conforter cet argumentaire.

Le paragraphe 2 se décompose en trois sous-paragrapes. Le premier (2.1) présente cinq jugements (tous classés comme non générateurs de questions – NVO) représentatifs de la grande majorité des signalements reçus par les RTE : des cas dans lesquels la guérison est exclue et qui concernent des cancers, des pathologies du système nerveux, des maladies 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, c'est-à-dire une lettre indiquant brièvement que les critères de rigueur ont été respectés.

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

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

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

Le paragraphe 3 présente les signalements dans lesquels les RTE ont jugé que le médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur, soit six cas.

2 RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

2.1 CINQ SIGNALEMENTS REPRÉSENTATIFS

Comme indiqué au chapitre 2, l'euthanasie concerne en grande partie des patients atteints de cancer, de pathologies du système nerveux, de maladies cardiovasculaires et pulmonaires, ou d'une combinaison de pathologies, ce qu'illustrent les cinq signalements ci-dessous (tous classés comme non générateurs de questions – NVO, et par conséquent évalués de façon numérique par les commissions). Ensemble, ces cinq cas donnent une image fidèle de la nature des signalements que les RTE ont le plus souvent à traiter.

CANCER

Cancer du sein avec métastases osseuses, risque de paraplégie

La patiente, sexagénaire, était atteinte d'un cancer du sein avec métastases osseuses et hépatiques, diagnostiqué cinq ans avant le décès. Toute guérison était déjà exclue au moment du diagnostic. En vue de freiner l'avancée de la maladie, la patiente avait subi trois différents traitements systémiques palliatifs (traitement hormonal et chimiothérapie). Quand, à l'issue du troisième traitement, il était apparu que les métastases avaient continué de se propager dans les os, elle avait renoncé à un quatrième traitement et décidé de traiter uniquement les symptômes. Elle ne pouvait plus marcher et les métastases dans les os risquaient d'entraîner une paraplégie.

Elle souffrait de douleurs croissantes et de sa dépendance totale puisqu'elle devait rester alitée. Elle n'avait plus aucune énergie et ne parvenait plus à s'intéresser à rien, elle qui avait toujours été une femme indépendante et active, en tant que bénévole ou pour s'occuper de ses petits-enfants par exemple. Il lui était insupportable de ne plus être en état de rien faire et de devoir constamment demander de l'aide, sachant que sa situation ne pouvait que s'aggraver.

À un stade antérieur de sa maladie, la patiente avait déjà abordé avec son médecin généraliste la question de l'euthanasie. Plus de deux semaines avant le décès, elle lui a demandé de l'effectuer.

Le médecin a considéré que sa demande était volontaire et mûrement réfléchie. Il était également convaincu du caractère insupportable des souffrances de la patiente, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Les possibilités acceptables d'alléger ses souffrances étaient épuisées. Il ressort également du dossier que le médecin a informé la patiente de sa situation et de ce que cela signifiait pour l'avenir.

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.

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

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

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX

Maladie de Huntington, consultation d'un médecin de l'EE

Le patient, quadragénaire, était atteint de la maladie de Huntington, une affection héréditaire et incurable. S'il savait depuis 2010 qu'il en était porteur, c'est en 2019 que la maladie avait été diagnostiquée. L'homme était conscient de l'effet que celle-ci aurait sur sa vie, car il avait été témoin de sa progression chez son père et son frère. À partir de 2019, il s'était régulièrement entretenu avec son médecin généraliste au sujet de sa maladie, de ses souffrances, des limites du supportable en la matière et de son souhait d'opter à terme pour l'euthanasie.

Il souffrait de plus en plus de chorée (mouvements involontaires, imprévisibles et brusques), qui se traduisait par des chutes fréquentes et, au fur et à mesure, par l'incapacité à se nourrir et à prendre soin de lui-même de façon autonome. Cette perte d'indépendance,

conjuguée à la conscience de l'évolution future de la maladie, rendait sa souffrance insupportable. Il a demandé l'euthanasie au médecin.

Celui-ci a sollicité, en soutien, une consultation auprès du Centre d'expertise sur l'euthanasie (EE).

Le médecin comprenait à quel point il était difficile pour le patient de savoir depuis si longtemps déjà qu'il était porteur, puis de subir des symptômes toujours plus lourds et nombreux, au point de ne plus pouvoir fonctionner de façon autonome.

Il était convaincu que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait pas d'autre solution raisonnable pour les alléger. La demande d'euthanasie du patient était volontaire et mûrement réfléchie. Le médecin du SCEN consulté partageait cet avis.

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

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

PATHOLOGIE PULMONAIRE

Infections des voies respiratoires, Covid-19

Le patient, sexagénaire, avait contracté environ deux ans avant son décès plusieurs infections des voies respiratoires dont le Covid-19, pour lequel il avait été hospitalisé. À la suite d'une pneumonie, son état s'était ensuite rapidement dégradé. Il avait énormément de difficultés à se débarrasser des mucosités qui l'encombraient. Si les différents traitements – cures d'antibiotiques, inhalations, prednisolone et flumécil – avaient apporté quelque soulagement au départ, les symptômes revenaient toujours. La capacité pulmonaire et la condition physique générale du patient étaient gravement atteintes.

Le traitement s'était alors concentré sur les techniques d'assistance à la toux, mais avec une efficacité décroissante. Après un séjour d'environ une semaine dans un centre de rééducation, les progrès à espérer s'étaient révélés insuffisants. Le patient souffrait des toux à répétition, de l'encombrement dû aux mucosités et de la sensation d'étouffement. Son état se dégradait, il était fatigué et dépendant de l'aide de ses proches (partenaire et aidants). Quelques semaines avant son décès, il est devenu complètement grabataire.

Le patient a demandé l'euthanasie à son médecin généraliste. Celui-ci était convaincu que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration, puisqu'il s'était révélé impossible de les alléger.

Le médecin a consulté un praticien indépendant du SCEN, qui s'est entretenu avec le patient. L'entretien a été éprouvant car le patient était très encombré et n'arrivait pas à se débarrasser des mucosités ; sa partenaire a dû l'aider à plusieurs reprises en exerçant une poussée abdominale au moment de l'exhalation. Le consultant a conclu au respect des critères de rigueur.

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

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

PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE

Insuffisance cardiaque terminale, traitement de confort

La patiente, octogénaire, souffrait d'insuffisance cardiaque terminale. Un dernier séjour à l'hôpital ayant échoué à stabiliser sa situation, la patiente avait été renvoyée chez elle et toute nouvelle hospitalisation était exclue. Le médecin avait convenu avec elle d'un traitement de confort.

La patiente souffrait constamment d'une fatigue extrême. Elle ne pouvait rien faire sans aide. Même faire deux pas lui était impossible. Cela rendait ses souffrances insupportables. Elle a demandé l'euthanasie à son médecin généraliste. Celui-ci comprenait la souffrance de sa patiente, qu'il avait toujours considérée comme une femme dynamique.

Le médecin a considéré que sa demande était volontaire et mûrement réfléchie. La patiente l'avait formulée à diverses reprises. Elle avait aussi rédigé un testament de vie, en 2020 puis de nouveau récemment. Elle était en mesure d'exposer clairement les avantages et inconvénients de sa demande, ainsi que les effets de sa maladie. Le médecin l'a jugée apte à exprimer sa volonté.

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

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

POLYPATHOLOGIE

Cancer du sein, cancer du poumon et BPCO

La patiente, octogénaire, souffrait depuis quinze ans de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et, les quatre dernières années, d'un cancer du sein. Les deux années précédant son décès, elle était en outre affligée d'un tassement vertébral dû à l'ostéoporose ainsi que de lésions cérébrales consécutives à plusieurs chutes. Six mois avant son décès, un cancer du poumon avait également été diagnostiqué mais non traité du fait de son mauvais état de santé.

Dans l'établissement de long séjour où elle vivait, la patiente ne pouvait plus faire que quelques pas à l'aide d'un déambulateur. Elle avait mal au dos, était extrêmement fatiguée et tout effort l'essoufflait. La souffrance l'empêchait de faire quoi que soit par elle-même et renforçait toujours plus sa dépendance à l'égard du personnel soignant. Elle ne quittait son lit que pour de courts instants, ce qui la privait en grande partie du plaisir de recevoir de la visite. Ses autres sources habituelles de distraction s'étaient tariées, comme faire des mots croisés, sortir toute seule fumer une cigarette et profiter des sorties avec sa famille.

Un mois et demi avant son décès, la patiente a demandé l'euthanasie à un interne en gériatrie, qui a abordé la question avec son superviseur et a eu, aussi bien avec que sans ce dernier, plusieurs entretiens à ce sujet avec la patiente.

Le médecin a considéré que la demande était volontaire et mûrement réfléchie. Il était également convaincu du caractère insupportable des souffrances de la patiente, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Les possibilités acceptables d'alléger ses souffrances étaient épuisées. Il ressort également du dossier que le médecin a informé la patiente de sa situation et de ce que cela signifiait pour l'avenir.

Le médecin a consulté un praticien indépendant du SCEN qui a vu la patiente trois semaines avant le décès et est parvenu à la conclusion que les critères de rigueur étaient remplis.

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

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

2.2 CINQ CAS ILLUSTRANT CINQ DES CRITÈRES DE RIGUEUR

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

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

La loi WTL stipule que le médecin doit avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie. La demande doit avoir été formulée par le patient lui-même.

Certaines situations peuvent soulever des questions concernant ce critère de rigueur.

Un médecin ne peut prendre en compte une demande d'euthanasie effectuée au nom d'un patient par un tiers. Dans tous les cas, il ne doit faire aucun doute que la demande est émise par le patient lui-même (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 21).

Dans le cas de patients atteints de démence, il convient de vérifier avec la plus grande attention si les critères de rigueur sont remplis, notamment celui concernant le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande. Au fur et à mesure que la maladie progresse, l'aptitude du patient à exprimer sa volonté diminue (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 49).

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

Patient atteint de démence, apte à exprimer sa volonté, consultation d'un spécialiste indépendant

Le patient, septuagénaire, était atteint de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée quatre ans avant le décès. Un an avant le décès, on lui avait également diagnostiqué la maladie de Parkinson.

Le patient souffrait de pertes de mémoire et n'était plus capable de prendre aucune initiative depuis plusieurs années. Il avait de plus en plus besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne. Ses capacités cognitives et de traitement de l'information se détérioraient et les conversations devenaient de plus en plus difficiles. Il lui arrivait souvent de ne plus trouver ses mots. Il souffrait également de problèmes de vue et de mobilité. Il avait peur de perdre le contrôle, de voir sa déchéance se poursuivre et de devenir incontinent. Le patient souhaitait avoir recours à l'euthanasie et l'avait consigné par écrit, craignant de ne plus être apte à exprimer sa volonté le moment venu.

Huit mois avant le décès, le patient a discuté de son souhait d'euthanasie avec son généraliste qui était initialement prêt à accéder à sa demande. Le généraliste a consulté un gériatre pour juger de la capacité du patient à exprimer sa volonté. Après s'être entretenu à deux reprises avec le patient, le gériatre a conclu qu'il n'était pas apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Selon lui, le patient n'était pas suffisamment capable d'argumenter sa demande. Le généraliste n'a alors pas osé poursuivre la procédure d'euthanasie avec le patient et l'a orienté vers le Centre d'expertise sur l'euthanasie (EE). Le premier entretien avec le médecin a eu lieu environ trois mois avant le décès. Le patient a exprimé sa demande d'euthanasie au cours de cet entretien et l'a réitérée au cours des trois entretiens suivants.

Un praticien du SCEN a vu le patient un mois environ avant son décès. Dans son rapport, le praticien indique que le patient n'est pas capable de formuler clairement sa demande en raison de sa démence et de la maladie de Parkinson, mais qu'il a bien explicitement exprimé son souhait en utilisant des phrases courtes. Le praticien n'avait aucun doute quant à la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie.

Le médecin a également consulté un gériatre indépendant pour qu'il juge de l'aptitude du patient à exprimer sa volonté, lequel a vu le patient un mois et demi environ avant son décès. Le patient arrivait à décrire correctement ses symptômes et à formuler les raisons de sa demande d'euthanasie. Il connaissait les perspectives liées à son état de santé, comprenait ce qu'implique l'euthanasie et quelles en sont les conséquences.

Les entretiens avec le médecin se sont déroulés au cours de promenades, le patient communiquant plus facilement dans cette situation. Le patient a communiqué de plusieurs manières et en différents termes au médecin sa volonté de mourir par interruption de

la vie sur demande. Il comprenait que la mise en œuvre de sa demande d'euthanasie entraînerait son décès. Le patient pouvait expliquer en quoi consistaient ses souffrances et pourquoi il voulait mourir : selon ses propres dires, il n'était plus capable de rien faire et savait que son état ne ferait qu'empirer.

Il avait également du mal à accepter qu'il n'était plus l'homme qu'il avait été, ce qui lui faisait ressentir beaucoup d'impuissance et de frustration.

La commission estime que le médecin a fait preuve de prudence accrue dans la détermination de l'aptitude du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Il a examiné et établi cette aptitude à divers moments et de plusieurs façons. De plus, la conclusion du médecin est étayée par les observations du praticien du SCEN et du gériatre indépendant. La commission juge que le médecin a suffisamment argumenté en quoi la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie. La commission juge que les autres critères de rigueur ont également été respectés.

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

Le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022 indique, au sujet de ces critères de rigueur : « 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 » (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 26-27).

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

SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION

Polypathologies, avis d'un consultant

La patiente, octogénaire, était atteinte depuis quinze ans de polyarthrose (arthrose dans plusieurs articulations) qui s'était aggravée au cours des dernières années. Elle souffrait de douleurs aiguës dans les mains, les épaules, le dos et les jambes. De plus, la patiente souffrait du syndrome de l'intestin irritable provoquant de nombreux symptômes comme des nausées, de vives douleurs abdominales, et une alternance de constipation et d'incontinence fécale. Les analgésiques aggravant les nausées, la patiente ne s'alimentait presque plus. Elle était physiquement affaiblie et très fatiguée, avait de plus en plus de mal à marcher et présentait un risque élevé de chute. Elle perdait son autonomie et était de plus en plus dépendante des soins. En fin de compte, elle passait presque tout son temps allongée car cette position allégeait quelque peu les douleurs et les nausées.

La patiente avait déjà parlé d'euthanasie avec son généraliste comme d'une possibilité future. Trois semaines avant le décès, elle lui a demandé de l'effectuer. Pour mieux appréhender le caractère insupportable des souffrances de la patiente, le médecin a demandé l'avis d'un consultant du Centre d'expertise sur l'euthanasie qui s'est rendu avec lui chez la patiente.

Après cet entretien, le médecin était convaincu que les souffrances de la patiente étaient insupportables. Au cours des quinze dernières années, la patiente avait perdu beaucoup de ses capacités, parvenant de moins en moins à accomplir les actes de la vie quotidienne. Au début, elle avait essayé d'en tirer le meilleur parti. Maintenant qu'elle ne pouvait plus rien faire et était complètement dépendante des autres, il était devenu clair pour le médecin que ses souffrances étaient insupportables. En outre, le médecin était convaincu de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances de la patiente, du fait de l'épuisement des possibilités de traitement.

Le médecin a consulté un praticien indépendant du SCEN qui a vu la patiente cinq jours avant le décès et est parvenu à la conclusion que les critères de rigueur étaient remplis.

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

ABSENCE D'AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

Polypathologies gériatriques, implant cochléaire envisagé

Le patient, octogénaire, souffrait de déchéance physique se manifestant par de la surdité, des acouphènes, des tremblements et des vertiges. Le patient était également très essoufflé au moindre effort, de sorte qu'il ne pouvait presque plus rien faire. Participer à une simple conversation lui était déjà trop difficile. Il avait de moins en moins de contacts, sa dépendance augmentait et il ne pouvait plus être présent pour ses proches.

Ses prothèses auditives ne compensaient que partiellement sa surdité. Selon son ORL, la seule option restante était la mise en place d'un implant cochléaire. Le patient ne souhaitait pas y avoir recours compte tenu de son âge et des complications possibles. Le gériatre consulté a estimé que toute amélioration était désormais exclue.

Le patient endurait des souffrances insupportables et a parlé d'euthanasie à son généraliste à plusieurs reprises. Compte tenu de la personnalité du patient, le généraliste pouvait appréhender ses souffrances et ne voyait plus d'autre solution pour les alléger. Les conclusions du praticien du SCEN ont également conforté le jugement du médecin.

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

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.

La loi WTL utilise le terme de « médecin indépendant » pour le consultant, ce qui, dans ce contexte, signifie qu'il doit être en situation d'émettre son propre jugement, sans se laisser influencer par le patient ni le médecin. Aussi est-il important que le consultant et le médecin explicitent leur relation mutuelle dans leurs rapports respectifs et que le consultant précise en outre quelle est sa relation avec le 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 (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 32-33).

CONSULTATION D'UN CONFRÈRE

Critères de rigueur non remplis lors du premier entretien

La patiente, sexagénaire, était atteinte d'un cancer des poumons. Elle souffrait d'une grande fatigue, de difficultés à respirer (toux, essoufflements) et de diverses douleurs. L'administration de fentanyl permettait de soulager les douleurs, mais les autres symptômes étaient quasiment incurables.

La patiente a demandé l'euthanasie à son généraliste. Selon le médecin, les souffrances de la patiente étaient sans perspective d'amélioration et son état ne ferait qu'empirer. Il a consulté un praticien du SCEN qui s'est entretenu avec la patiente. Pendant l'entretien, la patiente semblait encore être en relativement bonne forme grâce à la dose élevée de prednisolone administrée. Elle a indiqué qu'elle voulait pour l'instant continuer à vivre mais qu'elle envisageait de demander l'euthanasie dans le futur. Avant de recevoir la dose élevée de prednisolone, elle avait déjà ressenti une forte baisse d'énergie.

Dans ses conclusions, le praticien du SCEN a indiqué que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, qu'il n'existait pas d'autre solution raisonnable et que la patiente avait été informée de sa situation et de ce que cela signifiait pour l'avenir. Le praticien a également conclu que les souffrances de la patiente ne revêtaient pas encore un caractère insupportable et sans perspective d'amélioration.

Quelque trois semaines plus tard, l'état de santé de la patiente s'est fortement dégradé. Le médecin a de nouveau consulté le praticien du SCEN par téléphone.

La patiente a indiqué sentir ses forces s'épuiser et souhaiter mettre en œuvre l'euthanasie dans les plus brefs délais. Le praticien du SCEN en a conclu que tous les critères de rigueur étaient à présent remplis.

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

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

RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE

Perfusion défectueuse, reprise de toute la procédure

Le patient, septuagénaire, avait demandé l'euthanasie à son généraliste en raison de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration causées par une maladie pulmonaire. Des complications sont survenues pendant la mise en œuvre de l'euthanasie.

Après avoir posé la perfusion, le médecin a administré le produit inducteur de coma, à savoir 2000 mg de thiopental. Le patient n'est cependant pas tombé dans le coma car la perfusion était défectueuse, comme constaté par le médecin. Ce dernier a donc procédé à la pose d'une nouvelle perfusion suivie de l'administration d'une nouvelle dose de 2000 mg de thiopental. Il a vérifié la profondeur du coma, ce qui lui a permis de déterminer de manière adéquate l'état de conscience minimale atteint par le patient. Il est important que cet état de conscience minimale soit atteint pour que le patient ne ressente pas les effets négatifs du myorelaxant.

Le médecin a ensuite administré le myorelaxant, à savoir 150 mg de rocuronium, après quoi le patient est décédé.

La directive de la KNMG et de la KNMP Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*) indique qu'un médecin doit considérer que la perfusion est défectueuse si un patient ne tombe pas dans le coma après l'administration du produit inducteur de coma. Le médecin doit alors reprendre la procédure depuis le début, ce qui inclut la pose d'une nouvelle perfusion. En agissant de la sorte dans le cas présent, le médecin a respecté la directive.

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

2.3. QUATRE SIGNALEMENTS CONCERNANT DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE PATHOLOGIE PARTICULIÈRE

Les quatre signalements qui suivent illustrent le cas de patients atteints d'une pathologie particulière. Le premier concerne un patient présentant un trouble psychique. Le deuxième se rapporte à une patiente souffrant de polyopathologies gériatriques. Les troisième et quatrième concernent des patients atteints de démence.

TROUBLES PSYCHIQUES

En cas de demande d'euthanasie principalement motivée par des souffrances dues à un trouble psychique, il convient d'exiger du médecin la plus grande prudence. Les RTE appliquent le principe susmentionné en contrôlant le recours à un psychiatre indépendant dont les conclusions doivent avoir confirmé, d'une part, la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie et, d'autre part, l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et d'autre solution raisonnable. Le psychiatre indépendant peut le cas échéant donner des conseils thérapeutiques (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 46-47).

TROUBLES PSYCHIQUES

Signalement VO, patient mineur souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme

Le patient, âgé d'entre seize et dix-huit ans, souffrait d'un trouble du spectre de l'autisme (ci-après : TSA) diagnostiqué quatre ans et demi environ avant le décès, ainsi que d'anxiété et de troubles de l'humeur. Il éprouvait des sentiments dépressifs et exprimait une volonté de mourir depuis l'enfance. Il avait constamment des idées noires depuis quatre ans environ avant le décès et avait fait une grave tentative de suicide deux ans avant le décès.

Le patient décrivait sa vie comme « dénuée de bonheur ». Il se sentait très seul, était profondément malheureux et n'éprouvait de plaisir à rien. Il se sentait en décalage par rapport aux jeunes de son âge et mal intégré dans la société, et se sentait incompris. Il était très difficile pour lui de voir ses camarades de classe évoluer alors que lui-même n'arrivait pas à utiliser ses capacités et se trouvait dans une impasse. Il voyait chaque nouvelle journée comme une épreuve. Hypersensible aux stimuli et incapable de réguler ses émotions, il se sentait très limité. Il pouvait difficilement sortir de chez lui car, sans la présence apaisante de sa mère, il se trouvait rapidement dans un état de surexcitation et souffrait d'accès de panique et de colère. Pour lui, la vie était une lutte constante sans aucune perspective. Il a passé les dernières semaines avant son décès allongé dans son lit.

Un an environ avant le décès, le patient avait fait appel au Centre d'expertise sur l'euthanasie (EE) mais en raison des longs délais d'attente, ses parents et lui avaient finalement contacté un pédopsychiatre pour discuter de la demande d'euthanasie. Le médecin a décidé d'examiner la demande du patient et s'est entretenu pour la première fois avec lui cinq mois avant le décès. Le patient a exprimé sa demande d'euthanasie lors de ce premier entretien et l'a réitérée à chaque entretien suivant. Le médecin a consulté un psychiatre indépendant ayant des connaissances spécifiques dans le domaine de la pédopsychiatrie, ainsi qu'un praticien indépendant du SCEN. Il a également pris conseil auprès des parents du patient, des thérapeutes qui s'occupaient ou s'étaient occupés de lui, d'autres pédopsychiatres, d'associations de médecins, de professeurs d'université dotés d'une expertise spécifique dans ce domaine et d'experts multidisciplinaires. Il a mené une concertation éthique avec trois thérapeutes, deux experts, les parents du patient et un autre membre de sa famille dans le but de déterminer si le souhait d'euthanasie du patient devait être honoré. Il a en outre fait des recherches supplémentaires en consultant des sources scientifiques sur la possibilité que les souffrances du patient diminuent à mesure que son cerveau se développerait.

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

Malgré le jeune âge du patient, le médecin n'avait aucun doute quant à sa capacité à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Le patient portait un regard lucide sur sa situation et comprenait les conséquences de sa demande d'euthanasie pour lui-même et pour ses proches. Il était capable de décrire ses souffrances et d'expliquer sa réflexion, et avait également argumenté sa demande d'euthanasie par écrit. Son souhait d'euthanasie existait depuis longtemps et était cohérent. Le médecin était également convaincu que le patient ne subissait aucune forme de pression de la part de son entourage. Au contraire, ses proches et les professionnels qui le soignaient avaient pendant longtemps tenté de le faire changer d'avis, sans succès. De plus, le médecin était convaincu que le souhait d'euthanasie du patient n'était pas une conséquence directe de son trouble du spectre de l'autisme, mais découlait plutôt de longues années de souffrances causées par ce trouble. Le médecin en a conclu que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie. Le psychiatre indépendant, le praticien du SCEN et les participants à la concertation éthique l'ont conforté dans son jugement.

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

Il ressort du dossier que le patient avait suivi un parcours très complet de prise en charge au cours des dix années précédant son décès. Dès son enfance, il avait suivi à l'école une thérapie par le jeu. Il avait vu plusieurs psychologues et psychiatres auprès de qui il avait reçu un soutien psycho-éducatif et suivi diverses thérapies : cognitivo-comportementale, centrée sur la régulation émotionnelle et familiale systémique. Pendant les trois dernières années avant le décès, il avait eu des entretiens thérapeutiques individuels hebdomadaires. L'EMDR avait par ailleurs été appliquée pour aider le patient à traiter des expériences traumatisantes. Le patient était également accompagné par rapport à son haut potentiel intellectuel et différentes mesures avaient été mises en place pour favoriser sa guérison : un enseignement spécialisé, un programme scolaire adapté et l'organisation d'activités. Il était en outre sous traitement médicamenteux comprenant notamment des antidépresseurs et un antipsychotique atypique. Les traitements, bien que consciencieusement suivis par le patient, n'avaient pas eu l'effet escompté et n'avaient pas réduit ses souffrances.

Le psychiatre du patient a discuté de sa situation à plusieurs reprises lors de concertations avec ses pairs et a pris contact avec des institutions pour savoir si une thérapie différente ou plus intensive était possible. Aucun traitement approprié n'existait, que ce soit dans la région ou en dehors. Il a suggéré en dernier recours une prise en charge intensive, soit en hospitalisant le patient, soit en le redirigeant vers un centre d'expertise en matière d'autisme.

En raison de son historique de traitement, le médecin était convaincu de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances du patient. Il ne s'attendait pas à ce que les traitements en cours ou à venir améliorent sa qualité de vie. Il était peu probable que la volonté de mourir du patient disparaisse, et le risque d'une nouvelle tentative de suicide était élevé en cas de refus de sa demande d'euthanasie.

Le psychiatre indépendant consulté a constaté qu'un certain type d'antidépresseur (tricyclique) n'avait pas encore été testé contre les troubles de l'humeur du patient. Il restait encore également la possibilité d'autres traitements prescrits en matière de dépression, tels que l'électroconvulsivothérapie et un traitement à la kétamine. Étant donné que cela aurait eu un effet nul ou négligeable sur le TSA du patient, qui était la cause de ses souffrances et la raison pour laquelle il souhaitait l'euthanasie, le médecin n'a pas considéré que ces traitements pourraient l'aider. De plus, ces traitements auraient dû être suivis dans le cadre d'une hospitalisation, obligeant le patient à quitter son environnement familial, ce qui l'aurait perturbé davantage.

La commission juge que le médecin a pu acquiescer la conviction que les souffrances du patient étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait pas d'autre solution raisonnable dans sa situation. Les thérapeutes du patient et le psychiatre indépendant consulté l'ont conforté dans son jugement.

La commission juge que le médecin a agi avec toute la rigueur requise et qu'il a respecté les critères de rigueur susmentionnés et tous les autres critères de rigueur.

Publié sur le site internet sous le numéro 2024-037.

POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

Pour qu'une demande d'euthanasie soit honorée, les souffrances du patient doivent avoir un fondement médical. Il n'est cependant pas nécessaire que la maladie engage le pronostic vital. L'accumulation de pathologies gériatriques – troubles de la vision, de l'ouïe, ostéoporose, arthrose, troubles de l'équilibre, altération des capacités cognitives – peut aussi être la cause de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration. Ces affections pour la plupart dégénératives sont généralement liées à la vieillesse. Leur association et les troubles afférents peuvent être la cause de souffrances revêtant un caractère insupportable en fonction de la vie, de la personnalité et de la résistance du patient (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 25).

POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

Signalement NVO, patiente centenaire malvoyante, malentendante, souffrant de douleurs dans les articulations

La patiente, centenaire, souffrait de problèmes de vue et d'audition et de douleurs causées par l'usure de ses articulations dans le dos, les mains, les genoux et les épaules. Elle avait souvent parlé de son souhait d'euthanasie avec le gériatre de l'établissement de long séjour où elle vivait.

Au cours des dernières années avant le décès, le médecin avait essayé d'alléger les souffrances de la patiente de plusieurs façons : admission dans l'établissement de long séjour, adaptation de son lit et de son fauteuil, médicaments et kinésithérapie. En fin de

compte, la fatigue et les douleurs de la patiente étaient telles qu'elle passait presque tout son temps allongée. Son souhait d'euthanasie est donc devenu pertinent.

Le médecin pouvait appréhender le caractère insupportable des souffrances de la patiente et ne voyait pas d'autre solution raisonnable pour les alléger. Il a consulté un praticien du SCEN qui était du même avis.

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

DÉMENCE

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

Dans presque tous les signalements portant sur l'euthanasie de patients atteints de démence, le patient a encore une compréhension suffisante de sa situation et est apte à exprimer sa volonté. Outre la régression de leur capacité à réfléchir et à fonctionner, les souffrances de ces patients sont également causées par la crainte que cette dégradation se poursuive et de ses conséquences négatives, notamment en termes d'autonomie et de dignité de la personne (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 49).

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

La demande écrite d'euthanasie doit en tout cas indiquer que le patient souhaite une euthanasie dans la situation où il ne serait plus capable d'exprimer sa volonté. Pour que la demande puisse être honorée même en l'absence de souffrances physiques insupportables, il doit en outre ressortir du testament de vie écrit que le patient considère comme insupportables les probables souffrances dues à ladite situation et que cela motive sa demande (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 42).

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

PATIENTE ATTEINTE DE DÉMENCE MAIS ENCORE APTE À EXPRIMER SA VOLONTÉ

Signalement NVO, démence

La patiente, sexagénaire, avait commencé à avoir du mal à se souvenir du nom des gens deux ans environ avant son décès. Un an avant son décès, ses troubles de la mémoire avaient été examinés à l'hôpital où de légers problèmes cognitifs avaient été détectés. Six mois avant son décès, la patiente avait constaté la dégradation de son état. Le diagnostic de démence a été posé avec des symptômes qui s'aggravaient rapidement.

Déjà au moment des examens à l'hôpital, la patiente avait expliqué à son généraliste avoir vécu de mauvaises expériences avec des membres de sa famille atteints de démence. Elle ne voulait pas finir comme eux et souhaitait avoir recours à l'euthanasie en cas de diagnostic similaire, ce qu'elle a répété à plusieurs reprises. Selon le généraliste, la patiente était déterminée. Elle ne voulait en aucun cas être placée dans un établissement de long séjour.

La patiente remarquait que son état se détériorait. On lui donnait des calmants pour ses crises d'angoisse et ses accès de colère. Elle souhaitait éviter de voir son état se dégrader plus avant et a demandé au généraliste d'effectuer l'euthanasie.

Ce dernier a consulté un gériatre indépendant pour juger de l'aptitude de la patiente à exprimer sa volonté. Selon le gériatre, la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie.

Le généraliste était convaincu que les souffrances de la patiente étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Il a également consulté un praticien indépendant du SCEN à qui la patiente a expliqué ressentir beaucoup de stress lorsqu'on lui parlait de choses dont elle ne se souvenait pas. Elle a également indiqué que sa tête ne la suivait plus et a exprimé à plusieurs reprises sa volonté de mourir. Le praticien du SCEN en a conclu que la patiente était lucide quant à son état et au pronostic de sa maladie. Il a jugé la patiente apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie.

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

PATIENT ATTEINT DE DÉMENCE ET INAPTE À EXPRIMER SA VOLONTÉ

Signalement VO, démence mixte, testament de vie, contre-indication

Le patient, octogénaire, était atteint de démence mixte combinant la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire, diagnostiquée sept ans avant le décès. Six ans et demi avant le décès, le patient avait rédigé un testament de vie contenant notamment une demande d'euthanasie détaillée. Il avait à plusieurs reprises parlé de sa demande écrite d'euthanasie avec ses médecins et sa famille. Au cours de ces discussions, le patient était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Dans les années qui ont suivi, le patient a confirmé plusieurs fois sa demande écrite d'euthanasie, la dernière fois plus d'un an et demi avant le décès.

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

Lorsqu'il a voulu mettre en œuvre sa demande d'euthanasie, le patient s'est tourné vers son généraliste qui comprenait sa demande et la soutenait mais n'était pas prêt à l'effectuer lui-même. La famille du patient a alors fait appel au Centre d'expertise sur l'euthanasie (EE) qui a pris en charge la procédure.

Le premier médecin de l'EE s'est retiré après avoir conclu que le patient était devenu inapte à exprimer sa volonté. Un deuxième médecin de l'EE a vu le patient pour la première fois sept mois environ avant le décès, puis encore à huit reprises. À chaque fois, le médecin a tenté d'avoir une conversation avec le patient, sans succès. Pour le médecin, il était clair que toute véritable communication avec le patient était devenue impossible et qu'il n'était plus apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Le médecin s'est également entretenu à plusieurs reprises avec le gériatre, le personnel soignant et la famille du patient, après quoi il a décidé de mettre en œuvre l'euthanasie sur la base de la demande écrite du patient.

La commission juge que le médecin a pu acquérir la conviction que le patient était apte à exprimer sa volonté au moment de la rédaction de son testament de vie. Elle juge également que le médecin a pu acquérir la conviction que le patient n'était plus apte à exprimer sa volonté au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie. Étant donné que les circonstances décrites par le patient dans son testament de vie étaient devenues réalité, la commission juge que la demande écrite d'euthanasie du patient pouvait se substituer à une demande orale.

La commission estime par ailleurs que le médecin a été attentif à toute contre-indication éventuelle à la mise en œuvre de l'euthanasie. Ainsi, lorsque le patient a indiqué, lors d'une visite du médecin un mois environ avant le décès, qu'il « n'accepterait aucune piqûre » conduisant à sa mort, le médecin a temporairement suspendu la procédure pour examiner si cela devait être considéré comme une contre-indication. Le médecin en a discuté avec le gériatre, le personnel soignant, l'expert indépendant, le médecin consultant et la famille du patient. Une concertation multidisciplinaire a également été organisée au sein de l'EE. Après des consultations et une réflexion approfondies, le médecin est arrivé à la conclusion que ce que le patient avait exprimé était épisodique et non un sentiment ou un comportement clair et cohérent. La commission juge qu'il ne s'agissait pas d'une contre-indication du patient.

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

Un an avant le décès, le patient n'était plus capable de rester seul chez lui. Contrairement à ce qu'il avait indiqué précédemment, il a alors pris la décision de déménager dans une maison de repos. Il avait beaucoup de mal à accepter sa dépendance aux soins et ressentait énormément d'inquiétude et de frustration. Par ailleurs, en raison de sa démence, il n'avait plus la capacité de faire face à ces émotions. Il faisait preuve d'agressivité verbale et physique envers les autres résidents et le personnel soignant, et on le voyait régulièrement errer dans la maison de repos. Souffrant d'incontinence urinaire et fécale et refusant souvent d'être changé, il était régulièrement souillé. Il mangeait moins bien, avait perdu du poids et était affaibli. Le patient devenait de plus en plus dépendant des soins, mais il refusait souvent qu'on l'aide et s'occupe de lui. On observait de plus en plus régulièrement chez lui de l'angoisse, de la tristesse, de la colère, de l'affolement, du désespoir, de l'incompréhension, de la honte et de la frustration. En fin de compte, il n'y avait presque plus aucun moment où le patient semblait calme ou heureux.

Après s'être concerté maintes fois avec divers praticiens, le personnel soignant et sa famille, le médecin a estimé que les souffrances du patient ne pouvaient pas être allégées. Selon lui, toutes les possibilités de soins palliatifs avaient été épuisées, sans qu'aucune ne fonctionne. Ainsi, un spécialiste du comportement avait essayé d'apaiser au mieux les troubles du patient. Il était accompagné de manière individuelle lors d'activités et prenait tous ses repas seul dans sa chambre. Le traitement médicamenteux prescrit n'a pas conduit à une diminution de ses troubles. Au contraire, le patient souffrait d'effets secondaires et attendait seul dans sa chambre de manière apathique qu'on vienne le chercher.

La commission constate que l'expert indépendant et le consultant ont eux aussi conclu à l'absence d'autre solution raisonnable dans la situation du patient.

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

3 NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

En 2024, les commissions ont jugé à six reprises qu'un médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur requis dans le cadre de l'euthanasie. Deux cas concernent la consultation. Un autre est relatif à la rigueur accrue requise lorsque la demande d'euthanasie est essentiellement motivée par des souffrances dues à un trouble psychique. Et les trois derniers portent sur la rigueur médicale de la mise en œuvre. Ces jugements sont présentés ci-après et peuvent être consultés plus en détail sur le site internet.

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 a à d. Le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022 indique que, selon la loi, le consultant doit être « indépendant » tant à l'égard du patient que du médecin. Cela signifie, dans ce contexte, qu'il doit être en situation d'émettre son propre jugement. Il ne doit avoir aucune relation personnelle, organisationnelle, hiérarchique ou financière à l'égard du médecin.

Si l'aide apportée par le consultant dépasse le cadre général de l'information et du conseil, cela risque de remettre en cause son indépendance. Dans le signalement suivant, le médecin et le consultant se sont entretenus ensemble avec le patient, ce qui est contraire au principe d'une consultation indépendante.

Il arrive qu'un couple fasse une demande d'euthanasie simultanée. On parle alors de double euthanasie. Dans un tel cas, le médecin doit faire appel à des consultants différents (du SCEN ou non) pour chacun des patients. Ceci permet de garantir l'examen individuel de chaque demande d'euthanasie et, ce faisant, un jugement indépendant. Si le consultant voyait les deux patients l'un après l'autre, il ne pourrait plus être considéré comme indépendant lors de la seconde visite. Il pourrait en effet ressentir la pression d'avoir à conclure au respect des critères de rigueur également pour l'autre partenaire. En outre, les deux consultants doivent s'assurer qu'aucun des partenaires ne fait pression sur l'autre dans le cadre de la demande d'euthanasie (Voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 32-33).

ABSENCE DE CONSULTATION INDÉPENDANTE

Maladie de Parkinson, consultant du SCEN impliqué antérieurement dans un rôle de conseil

La patiente, septuagénaire, souffrait de la maladie de Parkinson. Elle avait à plusieurs reprises parlé d'euthanasie avec le médecin, un gériatre. Deux semaines avant le décès environ, elle lui a demandé la mise en œuvre effective de l'euthanasie. Le médecin a consulté un praticien du SCEN, qui a vu la patiente avec le médecin. Une semaine avant le décès, le consultant s'est de nouveau rendu auprès de la patiente, sans le médecin cette fois.

Lors d'un entretien téléphonique, le médecin avait dit au consultant que la patiente hésitait entre l'euthanasie et l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation.

Le médecin pensait qu'il serait plus agréable pour la patiente de s'entretenir en même temps avec lui et le consultant. Il lui était en effet plus difficile de parler de son souhait de mourir avec un inconnu. Dans le souvenir du médecin, c'est le consultant qui a pris l'initiative d'être présent lors de son entretien avec la patiente, probablement pour qu'il y ait une présence familière et pour qu'une partie de la consultation soit déjà faite. Le médecin partait du principe que, si cette procédure n'était pas correcte, le consultant le lui signalerait.

Lors de l'entretien avec le médecin et la patiente, le consultant n'a pas réellement donné de conseil. Il a demandé des précisions sur une possible opération et les raisons pour la patiente de la refuser.

Selon la commission, le médecin aurait dû réaliser que l'exigence légale de consultation indépendante implique automatiquement que le patient est confronté à un médecin inconnu et non familial. C'est parce que le consultant voit un patient et s'entretient avec lui pour la première fois qu'il est en mesure de formuler un jugement indépendant et sans parti pris.

La commission estime que le médecin et le consultant ont de fait agi en équipe. Aux yeux de la patiente, ils formaient un interlocuteur unique. Le premier entretien a pu influencer le jugement du consultant, l'empêchant d'être totalement libre et impartial lors du second

entretien, même s'il était alors seul avec la patiente. Cette dernière, de son côté, a pu ne plus se sentir libre de revenir sur son choix en faveur de l'euthanasie du fait de la présence du consultant dès le premier entretien.

La commission juge que le médecin n'a donc pas satisfait au critère relatif à la consultation d'au moins un autre médecin indépendant, qui doit avoir vu le patient et donné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur.

La commission juge par ailleurs que le médecin a bien respecté les autres critères de rigueur.

Publié sur le site internet sous le numéro 2024-001.

UN SEUL CONSULTANT POUR UNE DOUBLE EUTHANASIE

Double euthanasie, accumulation de pathologies gériatriques, défaut de consultation de deux médecins du SCEN

La patiente, nonagénaire, souffrait d'ostéoporose, de polyarthrose (arthrose dans plusieurs articulations), d'un tassement des vertèbres, d'insuffisance rénale et d'une allodynie allant en s'aggravant (affection dans laquelle tout contact provoque une grande douleur).

La patiente souffrait intensément. L'ostéoporose, notamment, se traduisait par une douleur au niveau des côtes et des lombes, irradiant dans les jambes. Les traitements contre la douleur étaient soit inefficaces, soit rendus impossibles par l'insuffisance rénale. Elle ne supportait plus cette souffrance et craignait qu'elle continue de s'aggraver. En outre, la perte d'autonomie et l'absence de perspectives d'amélioration la tourmentaient. Elle refusait de continuer à décliner et de devenir dépendante. Elle a demandé l'euthanasie à son médecin généraliste.

La patiente souhaitait mourir en même temps que son époux, qui était lui aussi gravement malade et avait demandé l'euthanasie au même médecin généraliste. Le couple était ensemble depuis plus de soixante-dix ans. Ces dernières années, malgré la douleur, la patiente avait pris soin de son mari, qui était de plus en plus dépendant. Elle tenait le coup car elle ne voulait pas qu'il se retrouve seul. Maintenant qu'il déclinait rapidement et souhaitait l'euthanasie, elle n'avait plus de raison de continuer à lutter contre la douleur.

La patiente avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin. Onze ans avant son décès, elle avait rédigé un testament de vie. Six mois avant le décès, la patiente a parlé avec un collègue du médecin de son souhait d'euthanasie, devenu concret. Le médecin lui a ensuite rendu visite et s'est entretenu avec elle à ce sujet. Dans les mois qui ont suivi, la patiente n'a cessé de réitérer son souhait d'euthanasie. Ses souffrances étaient en train d'atteindre un niveau insupportable. Un mois et demi avant le décès, la patiente a demandé au médecin la mise en œuvre effective de l'interruption de la vie.

Le médecin a consulté un praticien du SCEN, qui a vu la patiente à deux reprises. Lors de sa première visite, trois semaines avant le décès, le consultant s'est entretenu avec l'époux de la patiente, elle-même étant présente mais en retrait. Le consultant ne pouvait pas se prononcer sur sa demande d'euthanasie car il ne disposait pas encore de son dossier médical. Après réception du dossier, il a de nouveau rendu visite à la patiente deux semaines avant le décès pour discuter de sa situation et de sa demande d'euthanasie, en présence de son époux.

Constatant que, dans le cadre de cette double euthanasie, le médecin avait fait appel au même consultant pour les deux époux, la commission a décidé d'inviter les deux praticiens à venir s'expliquer devant elle.

Il est alors apparu qu'autant le médecin que le consultant ignoraient que les cas de double euthanasie requièrent de faire appel à deux consultants différents. Le consultant a reconnu qu'il n'avait plus l'indépendance requise pour se prononcer sur la demande d'euthanasie de la patiente. Il avait en effet déjà conclu que la demande de son époux satisfaisait aux critères de rigueur prévus par la loi. Or, cette demande était liée au souhait d'euthanasie de la patiente. De ce fait, il n'était plus en mesure de prononcer un jugement indépendant ni d'examiner librement et impartialement si la demande d'euthanasie de la patiente satisfaisait elle aussi aux critères de rigueur fixés par la loi.

La commission juge que le médecin n'a pas respecté le critère de rigueur relatif à la consultation d'au moins un autre collègue indépendant par patient. Les autres critères de rigueur ont été respectés.

Publié sur le site internet sous le numéro 2024-006.

PRUDENCE ACCRUE EN PRÉSENCE DE TROUBLES PSYCHIQUES

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

Dans le cas suivant, en négligeant de consulter un psychiatre indépendant, le médecin concerné n'a pas respecté la prudence accrue qui était requise.

DÉFAUT DE CONSULTATION D'UN PSYCHIATRE INDÉPENDANT

Trouble compulsif et fracture vertébrale, défaut d'expertise psychiatrique

La patiente, septuagénaire, souffrait de trouble obsessionnel compulsif depuis plus de cinquante ans. En dépit d'hospitalisations répétées et de plusieurs traitements ambulatoires, ses obsessions, loin de disparaître, avaient même augmenté. Son trouble se traduisait par l'obsession de la saleté et la compulsion du nettoyage. Plus d'un an avant le décès, la patiente avait été victime d'une fracture vertébrale occasionnant d'intenses douleurs. De ce fait, elle ne pouvait plus céder à sa compulsion du nettoyage, ce qui était une source de stress insupportable.

Environ huit ans auparavant, la patiente avait fait part à son médecin généraliste de son souhait d'euthanasie, un souhait répété à plusieurs reprises par la suite. Un mois environ avant le décès, elle lui en a demandé la mise en œuvre effective.

Le médecin a consulté un praticien du SCEN, qui n'était pas psychiatre. Il n'a pas fait appel à un psychiatre indépendant pour juger de la capacité de la patiente à exprimer sa volonté, du caractère désespéré de ses souffrances ni de l'absence d'autre possibilité raisonnable de traitement.

La commission a constaté que la demande d'euthanasie de la patiente était principalement motivée par des souffrances dues à un trouble psychique, en l'occurrence un trouble obsessionnel compulsif, auxquelles s'ajoutait la douleur physique due à une fracture vertébrale.

Le médecin a indiqué que la patiente souffrait depuis des décennies de trouble obsessionnel compulsif mais que la fracture vertébrale lui ôtait sa capacité à le gérer. Le médecin était convaincu que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie. Il la connaissait depuis trente ans déjà. D'après lui, elle était apte à appréhender les conséquences de sa demande. C'est pourquoi il n'a pas envisagé de consulter un psychiatre. Il a toutefois demandé l'avis du consultant quant à la nécessité d'un diagnostic complémentaire. Celui-ci a répondu par la négative et conclu au respect des critères de rigueur. Le médecin s'est entièrement reposé sur les conclusions du consultant.

La commission explique dans son jugement qu'elle attend du médecin la plus grande prudence lorsque la demande d'euthanasie est principalement motivée par des souffrances dues à un trouble psychique. Cela étant le cas pour la patiente, le médecin aurait dû consulter un psychiatre. Le médecin et le consultant ne disposaient en effet d'aucune expertise en matière de troubles psychiques. Le fait de ne pas avoir consulté de psychiatre indépendant est contraire au principe de prudence accrue.

La commission relève encore qu'il aurait été logique que le consultant signale au médecin la nécessité de consulter un psychiatre indépendant. C'est toutefois le médecin qui est responsable de la procédure d'euthanasie et qui doit à ce titre se tenir au courant de la législation et des directives en vigueur.

La commission juge que le médecin n'a pas respecté les critères de rigueur en ce qui concerne l'acquisition raisonnable de la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

Publié sur le site internet sous le numéro 2024-015.

RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE

Pour apprécier le respect du critère de rigueur médicale dans la mise en œuvre, les commissions se basent sur la directive de 2021 de la KNMG et de la KNMP Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*). Ce document donne aux médecins et aux pharmaciens des conseils pour une pratique appropriée et efficace de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Il indique les produits à privilégier ainsi que ceux dont l'usage est déconseillé (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p.36).

La directive prévoit ce qui suit à la page 17 : « Si un patient ne réagit pas ou insuffisamment à la dose de thiopental ou de propofol administrée, il faut considérer que le produit n'a pas été injecté dans la veine, ce qui ne se manifeste pas toujours sous forme d'un renflement visible. Il faudra de nouveau placer une perfusion et recommencer la procédure. À titre de contrôle : si la perfusion est bien placée, l'aspiration provoque un reflux de sang au niveau de l'aiguille. »

La directive précise aussi à la page 20 : « Le myorelaxant ne doit être administré que si le patient est dans l'état adéquat de conscience minimale. Au moindre doute, il faut d'abord administrer par voie intraveineuse une nouvelle dose de produit inducteur de coma. Une fois l'état adéquat de conscience minimale établi, il faut injecter immédiatement le myorelaxant. Attendre trop longtemps comporte en effet le risque que le coma soit moins profond au moment de l'administration du myorelaxant et que le patient en ressente les effets. La dose de myorelaxant préconisée par la présente directive provoque quelques minutes après son administration par voie intraveineuse une paralysie totale de l'ensemble des muscles striés sauf ceux du cœur. Cela entraîne l'arrêt respiratoire puis le décès par anoxie. »

Les RTE estiment que le médecin a correctement vérifié l'état de conscience minimale du patient (c'est-à-dire contrôlé la profondeur du coma) s'il a établi l'absence de réflexes protecteurs (tels que le réflexe ciliaire ou cornéen) ou de réaction à un stimulus douloureux (forte pression sur la matrice unguéale ou pincement du trapèze) (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p.37).

MISE EN OEUVRE NON CONFORME À LA DIRECTIVE

Cancer, défaut de contrôle adéquat de la profondeur du coma lors de complications dans la mise en œuvre

Chez le patient, octogénaire, des métastases du foie étendues avaient été diagnostiquées environ deux mois avant le décès, sans que la tumeur primaire soit identifiée. Des complications sont survenues pendant la mise en œuvre de l'euthanasie.

Le médecin a indiqué dans son compte rendu, puis lors d'explications écrites et orales, avoir rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de l'interruption de la vie. Le médecin a dans un premier temps administré la dose habituelle de produit inducteur de coma. Le patient ne tombant pas dans le coma, le médecin lui a administré par la même perfusion une nouvelle dose de produit inducteur de coma, puis, ayant cette fois constaté un coma profond, une dose de myorelaxant. Celle-ci n'a toutefois pas conduit au décès du patient.

Le médecin a alors appelé le service médical d'urgence pour faire poser une nouvelle perfusion. Il a ensuite administré une seconde dose de myorelaxant sans vérifier à nouveau la profondeur du coma selon la méthode préconisée par le Code de déontologie en matière d'euthanasie. Le patient est décédé immédiatement. Au total, la mise en œuvre a duré environ 60 minutes.

La commission constate que le médecin n'a pas respecté la directive lors de la mise en œuvre de l'euthanasie. En effet, il n'a pas immédiatement placé (ou fait placer) une nouvelle perfusion avant d'administrer une seconde dose de produit inducteur de coma une fois qu'il avait constaté que le patient ne réagissait pas suffisamment à la première. Le médecin a expliqué qu'il ne doutait pas, à ce moment-là, de la qualité de la perfusion.

Après l'administration de la seconde dose de produit inducteur de coma et avant celle de la première dose de myorelaxant, le médecin a correctement vérifié l'état de conscience minimale du patient. Selon la commission, le risque que le patient ait ressenti l'action du myorelaxant est quasiment inexistant. Reste que le fait d'administrer une seconde dose de produit inducteur de coma sans avoir placé

de nouvelle perfusion est contraire à la directive. La commission insiste sur l'importance de respecter la directive. Elle estime néanmoins que le médecin n'a pas manqué de rigueur médicale.

Il en est autrement en ce qui concerne la phase suivant le placement de la nouvelle perfusion. Quand le décès n'est pas intervenu à l'administration de la première dose de myorelaxant et que le médecin a commencé à douter de la qualité de la perfusion, il aurait dû, conformément à la directive, reprendre entièrement la procédure. S'il a bien fait placer une nouvelle perfusion, le médecin n'a pas réitéré l'injection du produit inducteur de coma avant d'administrer la deuxième dose de myorelaxant et n'a pas non plus effectué de contrôle adéquat de la profondeur du coma comme décrit dans le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022. Du fait du long intervalle (environ trente minutes) entre le dernier contrôle de la profondeur du coma et l'administration de la seconde dose de myorelaxant, il est impossible de garantir que le coma était encore suffisamment profond.

Le médecin a déclaré avoir continuellement surveillé et évalué l'état du patient. Il était convaincu que le patient ne s'était rendu compte de rien, à l'exception de l'intervalle entre les deux doses de produit inducteur de coma. La commission estime cependant que cela ne réduit pas suffisamment le risque que le patient ait ressenti les effets de la seconde dose de myorelaxant. Il s'agit là d'un risque que le médecin doit s'employer à prévenir en toutes circonstances.

Étant donné qu'il n'est pas possible d'exclure avec suffisamment de certitude que le patient a ressenti les effets de la seconde dose de myorelaxant, la commission se voit obligée de conclure que le médecin n'a pas pratiqué l'interruption de la vie sur demande avec toute la rigueur médicale requise.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

Publié sur le site internet sous le numéro 2024-005.

DÉFAUT DE RIGUEUR MÉDICALE DANS LA MISE EN OEUVRE

Cancer, deuxième jeu de produits incomplet, patiente laissée seule

La patiente, sexagénaire, était atteinte d'un cancer métastasé. Toute guérison était exclue. Elle souffrait de nausées, de douleurs physiques, de sa dépendance croissante et de la conscience que son état ne ferait qu'empirer. Elle a demandé l'euthanasie à son médecin généraliste. Des complications sont survenues pendant la mise en œuvre.

Le jour de l'euthanasie, le médecin a mis lui-même en place un microperfuseur à ailettes et vérifié si le débit était correct. Le moment venu, il a de nouveau contrôlé si le dispositif permettait une bonne injection. Il a remarqué que la patiente ne s'endormait pas très rapidement suite à l'administration du produit inducteur de coma. Il a vérifié la profondeur du coma puis injecté sans difficulté le myorelaxant. La patiente était dans un coma profond mais le décès n'intervenait pas.

Le deuxième jeu de produits contenait de l'inducteur de coma mais pas de myorelaxant, conservé dans le réfrigérateur du cabinet médical. Le cabinet étant fermé ce jour-là, personne n'était disponible pour apporter le produit et le médecin a dû aller le chercher lui-même, laissant seules la patiente et sa famille pendant environ cinq minutes. Il avait laissé son numéro de téléphone à la famille pour qu'elle puisse le contacter directement. À son retour, il a mis un nouveau microperfuseur en place et directement injecté le myorelaxant, sans administrer de nouvelle dose de produit inducteur de coma. La patiente est décédée au bout de trois minutes. Le médecin a considéré que la pose de la perfusion tenait lieu de stimulus douloureux. Il s'était écoulé largement une heure entre l'administration du premier jeu de produits euthanasiant et celle de la seconde dose de myorelaxant.

Quand il a constaté que le décès se faisait attendre, le médecin a certes mis en place une nouvelle perfusion mais n'a pas injecté de dose supplémentaire de produit inducteur de coma avant d'administrer le myorelaxant. Or, vu le temps écoulé, le risque existe que la patiente ait ressenti les effets du myorelaxant. C'est pourquoi il aurait également fallu vérifier la profondeur du coma. Le médecin a en outre laissé seules la patiente et sa famille, et n'était donc pas à même de réagir en cas d'imprévu.

La commission juge donc que le médecin n'a pas pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

Publié sur le site internet sous le numéro 2024-004.

MISE EN OEUVRE NON CONFORME À LA DIRECTIVE, DÉFAUT DE CONTRÔLE DE LA PROFONDEUR DU COMA

La patiente, octogénaire, était atteinte d'un cancer métastaté. Son état se dégradait rapidement et ses souffrances, insupportables, étaient causées par la douleur physique, les nausées, les difficultés respiratoires et la perte d'indépendance. Elle a demandé l'euthanasie à son médecin généraliste. Des complications sont survenues pendant la mise en œuvre.

Après avoir contrôlé le reflux sanguin, signe de la bonne mise en place de la perfusion, le médecin a injecté sans difficulté le produit inducteur de coma. La patiente s'est endormie mais son réflexe ciliaire restait entier et elle réagissait aux stimulus douloureux. Il n'y avait aucun renflement visible au niveau de la perfusion. Au bout d'un certain temps, le médecin lui a administré un sédatif en vue de la calmer et de permettre ainsi l'apparition du coma. L'effet désiré ne s'est toutefois pas produit. La patiente continuait à réagir aux stimulus douloureux répétés.

Au bout de quarante minutes, le médecin a demandé au spécialiste en formation qui l'accompagnait d'aller chercher le second jeu de produits conservé dans le réfrigérateur de son cabinet. Ils ont préparé ensemble les injections. La patiente était alors dans un coma profond et ne manifestait plus aucun réflexe ciliaire ni réaction aux stimulus douloureux. Environ quatre-vingt minutes s'étaient écoulées depuis l'administration du produit inducteur de coma. Après contrôle, le médecin a constaté que la perfusion ne permettait plus un écoulement correct. Il a alors appelé le service médical d'urgence, qui a posé une nouvelle perfusion vingt minutes plus tard. La patiente n'a pas réagi.

Le médecin a immédiatement administré le myorelaxant, mais pas de nouvelle dose de produit inducteur de coma car il était convaincu que le coma était profond. Du fait des imprévus dans la procédure et de sa vigilance constante à contrôler la profondeur du coma, le médecin n'est pas sûr d'avoir répété ce contrôle juste avant d'administrer le myorelaxant. Il a aussi considéré que la pose de la perfusion tenait lieu de stimulus douloureux. La patiente est décédée quatre minutes après l'injection du myorelaxant.

Vu le long intervalle entre l'administration de l'inducteur de coma et celle du myorelaxant, et l'incertitude concernant le contrôle de la profondeur du coma juste avant l'injection de ce dernier produit, il n'est pas possible d'exclure que la patiente en a ressenti les effets.

La commission juge donc que le médecin n'a pas pratiqué l'euthanasie avec toute la rigueur médicale requise. Les autres critères de rigueur ont été respectés.

Publié sur le site internet sous le numéro 2024-049.

SCHÉMAS TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS VO/NVO. SCHÉMAS 1, 2 ET 3.

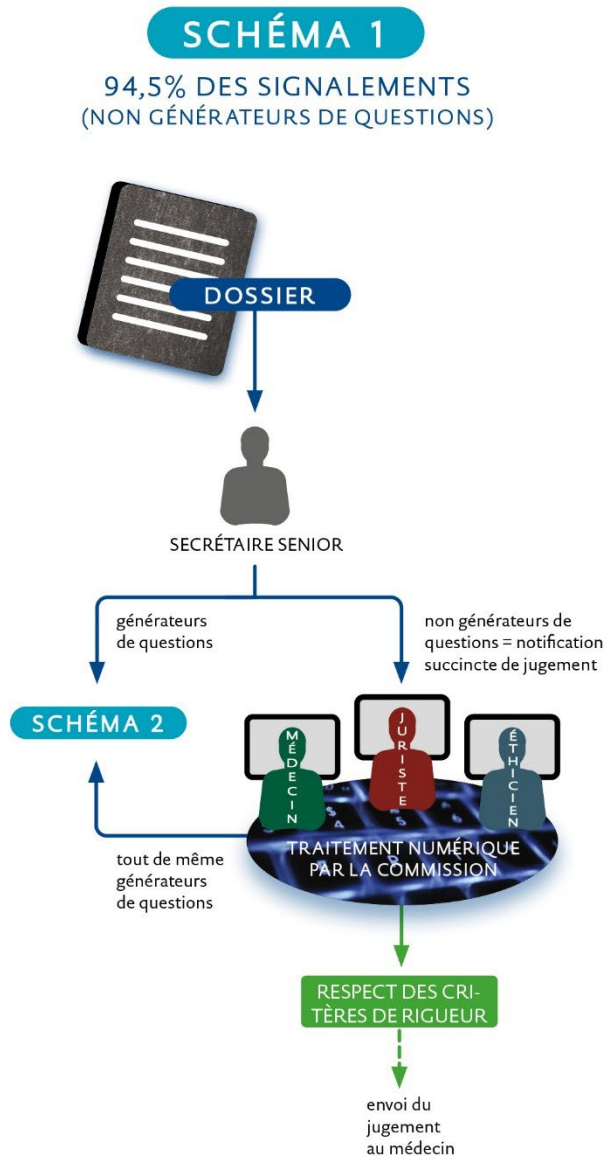


SCHÉMA 2

5,5% DES SIGNALEMENTS
(GÉNÉRATEURS DE QUESTIONS)

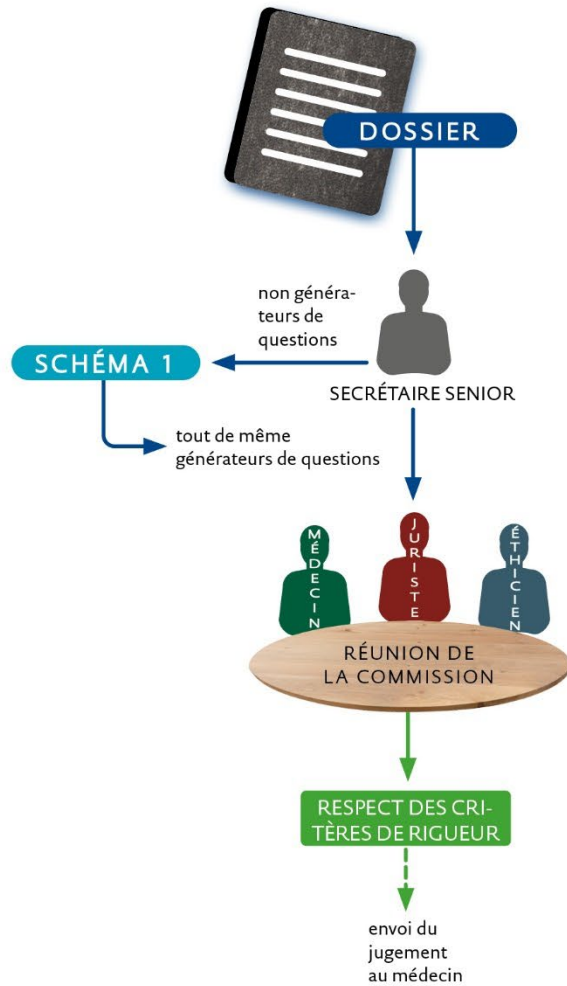
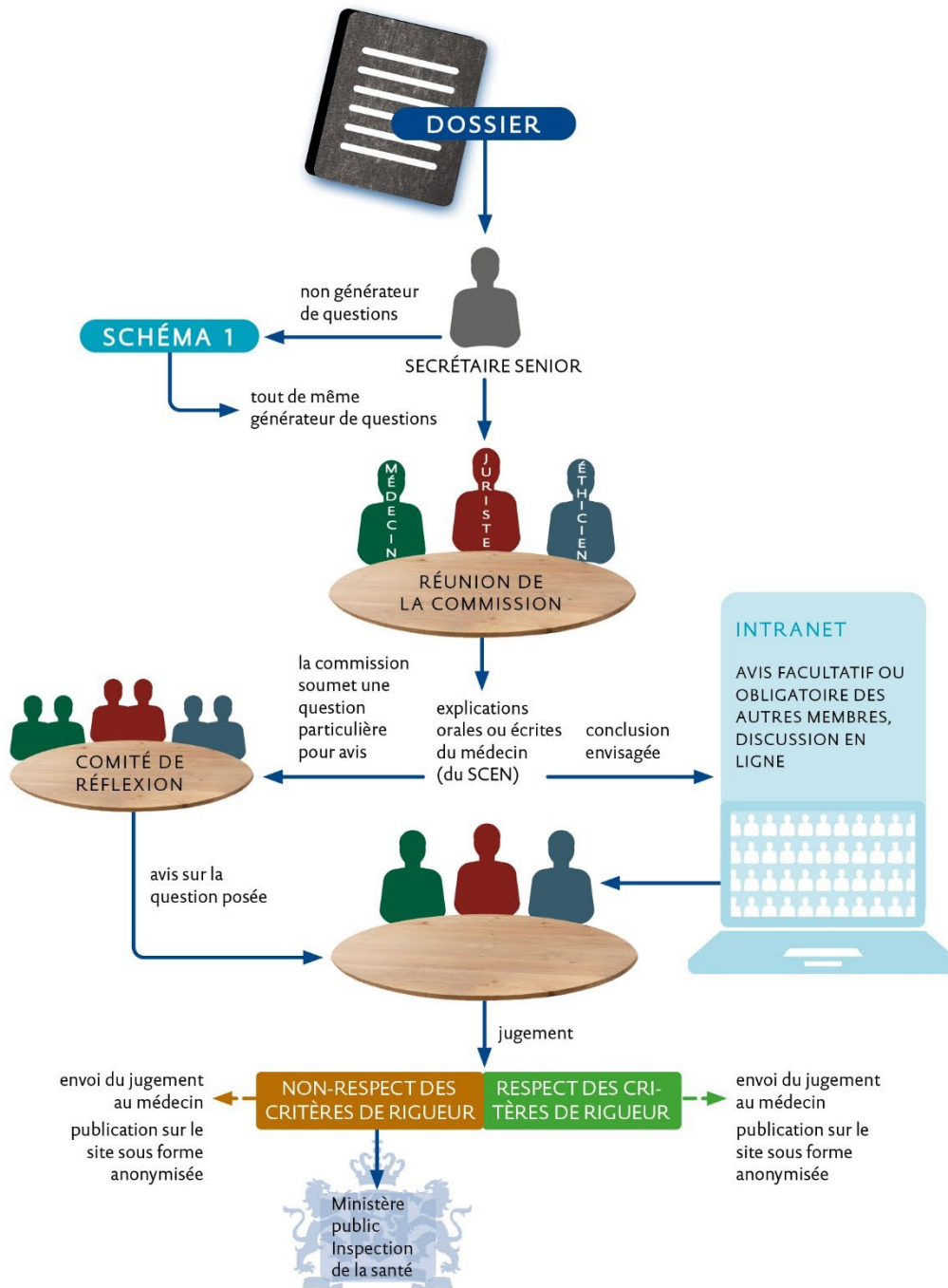


SCHÉMA 3

< 1 % DES SIGNALEMENTS
(PASSAGE DE NON GÉNÉRATEUR DE QUESTIONS À TOUT DE MÊME GÉNÉRATEUR DE QUESTIONS)



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

Maquette : Inge Croes-Kwee
(Manifesta idee en ontwerp)

Traduction : Service de traduction du ministère des Affaires étrangères

Mars 2025

Seule la version néerlandaise du présent rapport annuel fait foi.