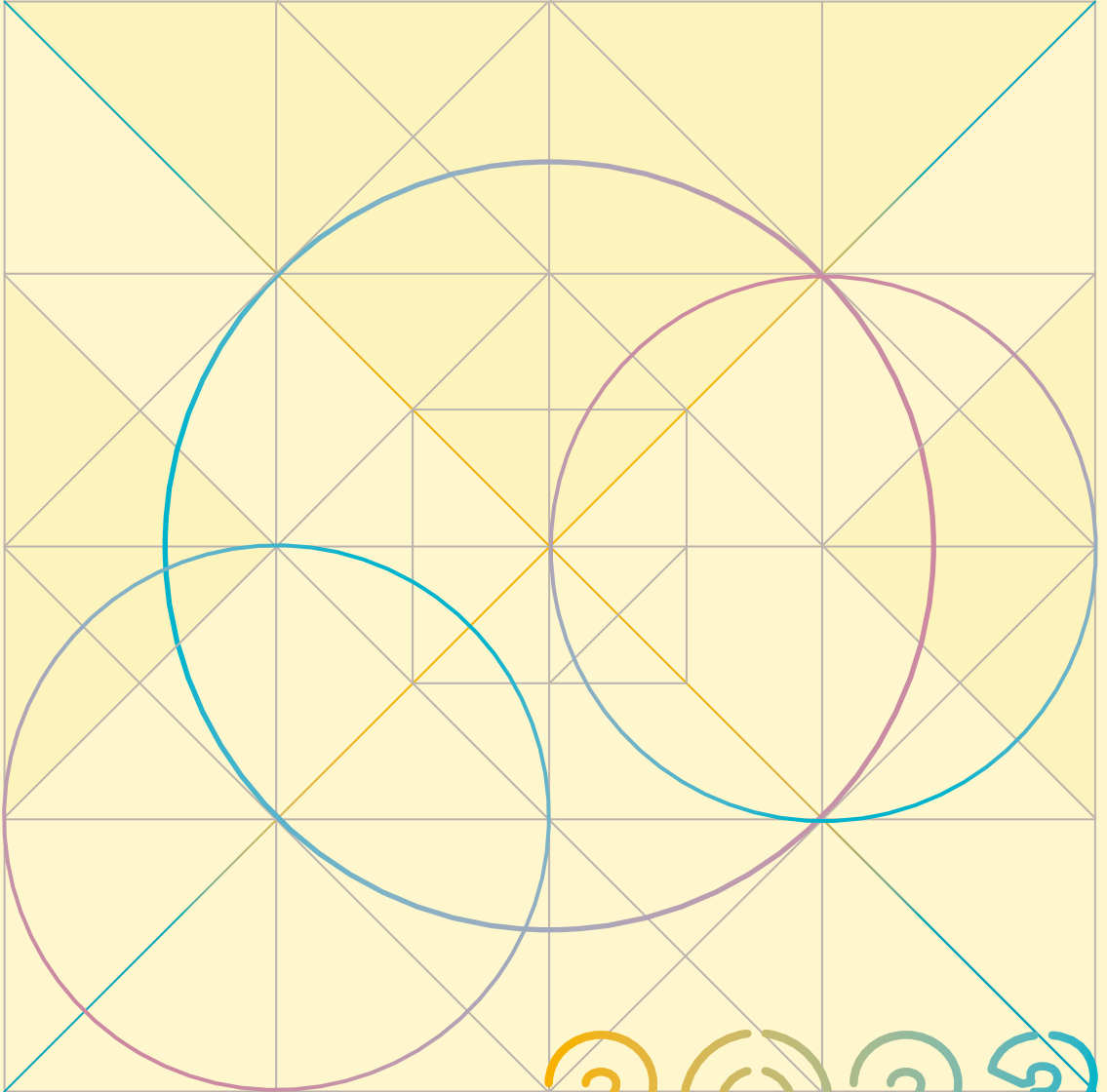


COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE



RAPPORT ANNUEL 2023

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	4
--------------	---

INTRODUCTION	6
--------------	---

CHAPITRE 1 MÉTHODE DE TRAVAIL DES COMMISSIONS, ÉVOLUTIONS

1 Cas relatifs à des patients atteints de troubles psychiques : jugements succincts	7
2 Cas relatifs à une euthanasie sur la base d'une demande écrite : fin des explications orales systématiques	10
3 Critère relatif à la rigueur médicale de l'acte : méthode de travail particulière	11

CHAPITRE 2 CHIFFRES EN 2023

Nombre de signalements	12
Proportion hommes-femmes	12
Proportion interruption de la vie sur demande—aide au suicide	12
Affections	13
Affections les plus courantes	13
Démence	13
Troubles psychiques	15
Polypathologies gériatriques	15
Autres affections	17
Âge	17
Lieu où est pratiquée l'interruption de la vie	18
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	22
Différentes formes de jugement écrit	22
Questions écrites et orales des RTE	23
Délais	23
Espace de discussion des signalements	23
Comité de réflexion	24

CHAPITRE 3 ÉTUDE DE CAS

1	Introduction	25
2	Respect des critères de rigueur	28
2.1	Cinq signalements représentatifs	28
	Cancer	29
	Pathologie du système nerveux	30
	Pathologie pulmonaire	31
	Pathologie cardiovasculaire	32
	Polypathologie	33
2.2	Cinq cas illustrant cinq des critères de rigueur	34
	Demande volontaire et mûrement réfléchie	35
	Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration	37
	Absence d'une autre solution raisonnable	38
	Consultation d'un confrère	41
	Rigueur médicale de l'acte	43
2.3	Quatre signalements concernant des patients présentant une pathologie particulière	44
	Trouble psychique	45
	Polypathologies gériatriques	48
	Patient atteint de démence mais encore apte à exprimer sa volonté	50
	Patient atteint de démence et inapte à exprimer sa volonté	51
3	Non-respect des critères de rigueur	54
	Consultation indépendante	54
	Jugement 2023-025	55
	Prudence accrue en présence de troubles psychiques	56
	Jugement 2023-002	57
	Jugement 2023-038	59
	Association d'une pathologie somatique et d'un trouble psychique	61
	Jugement 2023-003	62
	Rigueur médicale de l'acte	64
	Jugement 2023-108	65
	Annexes	66

AVANT-PROPOS

L'année 2023 a marqué les 25 ans d'existence des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE). C'est en effet le 1^{er} novembre 1998 qu'est entrée en vigueur la décision de créer les cinq commissions visant à garantir la sécurité juridique, le contrôle de la qualité médicale et le contrôle social en matière d'euthanasie. Il s'agissait aussi explicitement de se distancier du droit pénal pour inciter les médecins à effectuer davantage de signalements.

Les RTE ont contribué à concrétiser ces objectifs. Leurs rapports annuels font état de l'extrême rigueur de la pratique de l'euthanasie. C'est encore le cas cette année. L'évaluation de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (loi WTL) et celle des RTE aboutissent à la même conclusion. La propension à effectuer des signalements reste forte. Le fonctionnement des RTE est jugé positif, comme il ressort également de la dernière évaluation de juillet 2023. Elles ont repris et appliqué la seule recommandation qui leur a été adressée dans ce cadre – clarifier les critères internes de classement des signalements.

Les RTE s'acquittent de la tâche qui leur a été confiée : évaluer sans délai les signalements des médecins ayant pratiqué une euthanasie. Cela ne signifie pas pour autant que les ambitions et les défis sont épuisés.

Indépendamment de l'augmentation régulière du nombre de signalements reçus – on constate en 2023 une nouvelle hausse de 4 % par rapport à l'année précédente – la qualité et la cohérence des jugements, les effectifs des RTE et la relation avec les médecins ayant pratiqué l'euthanasie et les médecins du SCEN continuent de mobiliser l'attention. Lors du congrès marquant l'anniversaire de leur création, organisé en décembre 2023, les RTE se sont par ailleurs efforcées de dessiner les évolutions à venir grâce aux interventions de divers spécialistes.

En 2023, le nombre de signalements reçus a été de 9 068, ce qui indique que l'augmentation s'est poursuivie, même si elle a été moins forte qu'en 2022. Le rapport annuel présente pour la première fois dans un graphique l'évolution de ces chiffres par catégorie. Globalement, aucune différence notable n'apparaît entre les catégories.

Cette année, cinq signalements se sont soldés par un jugement de non-respect des critères de rigueur, soit à nouveau très peu par rapport au nombre total. Ces jugements sont présentés au chapitre 3. Le chapitre 1 aborde divers signalements de cas dans lesquels la directive Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide (*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding, 2021*) de la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG) et la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la pharmacie (KNMP) n'a pas été suivie. Jugés en 2024, ils seront donc présentés plus avant dans le prochain rapport annuel.

Au cours du second semestre 2023, les RTE ont recruté neuf nouveaux membres. Un dixième suivra avant l'été 2024. Cet élargissement a permis aux RTE de répondre à l'augmentation constante du nombre de signalements. Si les raisons exactes de cette dernière restent incertaines, l'autonomie des patients semble jouer un rôle, concernant tant le choix que le moment de l'euthanasie. Au cours des 25 années d'existence des RTE, la société a modifié sa façon d'envisager l'autonomie des patients au sein du système de santé et, par là même, sa vision de leur autonomie en fin de vie. La loi WTL, transcrite dans le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, offre l'espace nécessaire à cette évolution. Un bel exemple de la lente dynamique entre législation et pratique que concrétisent les RTE.

JEROEN RECOURT

Président coordinateur

INTRODUCTION

Le présent rapport rend compte des activités des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE)¹ au cours de l'année calendaire écoulée ; celles-ci expliquent ainsi devant la société et les responsables politiques la façon dont elles ont rempli leur mission légale concernant le respect des dispositions de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (loi WTL). Le présent rapport emploie pour ces deux formes de fin de vie volontaire le terme général d'euthanasie et ne fait appel aux termes spécifiques susmentionnés que si cela est nécessaire.

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

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.

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.

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.

¹ Pour en savoir plus sur l'organisation des RTE, voir l'annexe I.

CHAPITRE 1

MÉTHODE DE TRAVAIL DES COMMISSIONS, ÉVOLUTIONS



1 CAS RELATIFS À DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES PSYCHIQUES : JUGEMENTS SUCCINCTS

Une des évolutions de la méthode de travail des RTE en 2023 est l'introduction d'un jugement succinct pour certains cas dans lesquels la demande d'euthanasie est motivée par des souffrances dues, au moins en partie, à un trouble psychique². Auparavant, les jugements concernant ces cas en détaillaient toujours les aspects particuliers ainsi que les considérations de la commission, ce que ne font plus les jugements succincts. L'expérience des dernières années a en effet montré que certains signalements de cette catégorie, à l'instar des signalements concernant des patients souffrant de troubles physiques, ne génèrent pas de questions supplémentaires de la commission et qu'il est alors clair que le médecin a respecté les critères de rigueur.

Les jugements succincts portent sur des cas dans lesquels les trois conditions suivantes sont respectées :

- *le médecin a consulté un psychiatre indépendant (éventuellement consultant du SCEN) ;*
- *le médecin comme le psychiatre indépendant consulté sont tous deux d'accord sur le diagnostic, la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, l'absence de réelles possibilités de traitement et l'absence d'autre solution raisonnable ;*
- *la commission n'a formulé aucune question quant au respect des critères de rigueur par le médecin.*

Si le signalement concernant un cas dans lequel la demande d'euthanasie est motivée par des souffrances dues, au moins en partie, à un trouble psychique suscite des questions de la commission ou s'il donne lieu à des considérations particulières, le jugement afférent sera toujours formulé de façon détaillée comme cela se faisait auparavant pour les signalements de cette catégorie. S'il n'y a qu'une seule considération particulière, elle peut

² Cela vaut aussi pour des signalements concernant des patients souffrant à la fois d'une pathologie physique et d'un trouble psychique.

être ajoutée au texte standard du jugement succinct. Les signalements concernant une demande d'euthanasie motivée par des souffrances dues, au moins en partie, à un trouble psychique, continuent d'être systématiquement examinés durant une réunion de la commission, ainsi qu'ils l'ont toujours été.

Chaque mois, un jugement succinct portant sur un dossier dans lequel la demande d'euthanasie est motivée par des souffrances dues, au moins en partie, à un trouble psychique sera en tout cas détaillé sur le fond aux fins de publication sur notre site.

TEXTE DU JUGEMENT SUCCINCT :

Il ressort du dossier que la demande d'euthanasie du patient *est (principalement) motivée par des souffrances dues à un (des) trouble(s) psychique(s) / par des souffrances dues en partie à une (des) pathologie(s) somatique(s) et en partie à un (des) trouble(s) psychique(s)*. 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.

Dans l'appréciation de la demande, le médecin doit s'assurer que la faculté de jugement du patient n'est pas altérée par ses troubles psychiques. Faute de quoi, la demande ne peut être considérée comme volontaire et mûrement réfléchie. Le médecin doit vérifier que le patient saisit bien les informations pertinentes, qu'il comprend sa maladie et fait preuve de constance dans sa réflexion (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 46-47).

S'agissant de l'absence d'autre solution raisonnable et de perspective d'amélioration des souffrances, il convient d'examiner sérieusement s'il n'existe pas d'autres possibilités de supprimer ou réduire celles-ci. Lorsque le patient refuse une alternative raisonnable, le critère de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances n'est plus rempli. Le patient n'est cependant pas censé devoir subir tous les traitements et interventions possibles (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 47).

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. Le psychiatre indépendant peut le cas échéant donner des conseils thérapeutiques. Le médecin est libre de faire appel à deux confrères (un consultant, du SCEN ou non, et un psychiatre indépendant) ou d'opter pour un unique consultant, du SCEN ou non, qui soit aussi psychiatre (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 46-47).

(Si la consultation du psychiatre indépendant et celle du médecin du SCEN sont distinctes, le texte suivant est inséré.)

La commission constate que vous avez consulté un psychiatre indépendant qui a examiné le patient et a formulé par écrit son jugement en tant que spécialiste sur la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable.

Par ailleurs, vous avez fait appel à un consultant indépendant du SCEN (également psychiatre) qui a examiné le patient et a formulé par écrit son jugement en tant que consultant sur les critères de rigueur prévus à l'article 2, paragraphe 1, points a à d, de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide.

(Si la consultation du psychiatre indépendant et celle du médecin du SCEN sont combinées, le texte suivant est inséré.)

La commission constate que vous avez fait appel à un consultant indépendant du SCEN, également psychiatre, qui a examiné le patient et a formulé par écrit son jugement en tant que consultant sur les critères de rigueur prévus à l'article 2, paragraphe 1, points a à d, de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide. Il a également jugé de la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et de l'absence d'autre solution raisonnable.

La commission constate que, à l'instar du **[choisir selon le cas :]** psychiatre indépendant et/ou du consultant, vous avez jugé que le patient était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, que sa demande était volontaire et mûrement réfléchie et que ses souffrances étaient sans perspective d'amélioration étant donné qu'il n'existait plus aucune possibilité réelle de traitement ni d'autre solution raisonnable dans la situation où il se trouvait.

Compte tenu de ce qui précède et des faits et circonstances mentionnés dans le dossier, la commission de contrôle considère que vous avez agi avec toute la prudence susmentionnée et que vous avez pu acquérir la conviction que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie, et que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Vous avez suffisamment informé le patient sur sa situation et ses perspectives. Vous avez pu parvenir, en concertation avec lui, 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.

2 CAS RELATIFS À UNE EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DEMANDE ÉCRITE : FIN DES EXPLICATIONS ORALES SYSTÉMATIQUES

En 2017, les RTE avaient décidé de toujours inviter le médecin à venir s'expliquer lors d'une réunion lorsque l'euthanasie signalée avait été pratiquée sur la base d'une demande écrite (le testament de vie), comme prévu par l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL. Dans ces cas, restés rares et dont les RTE n'avaient pas une grande expérience, le médecin devait expliquer en détail toute la procédure suivie.

Les RTE se sont entretemps davantage familiarisées avec cette catégorie particulière de signalements. Des éclaircissements ont aussi été apportés quant à la façon dont les critères de rigueur légaux doivent être interprétés lorsque l'euthanasie est pratiquée sur la base d'une demande écrite. Il ressort de l'expérience acquise ces dernières années que, pour une partie des signalements, les informations du dossier fourni par le médecin suffisent à la commission pour parvenir à un jugement. Dans de tels cas, les RTE auront pour règle de ne plus systématiquement inviter le médecin à venir s'expliquer. Il peut cependant parfois être nécessaire de lui demander des explications écrites.

Vu la nature des signalements dans cette catégorie particulière, ils sont toujours examinés lors d'une réunion de la commission. S'agissant de juger du respect ou du non-respect des critères de rigueur, demander au médecin de venir s'expliquer devant une commission qui n'a aucune question à lui poser peut dans certains cas se révéler superflu et représenter pour lui une charge disproportionnée.

Tous les jugements concernant les cas d'euthanasie sur la base d'une demande écrite sont publiés sur notre site.

3 CRITÈRE RELATIF À LA RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE : MÉTHODE DE TRAVAIL PARTICULIÈRE

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 (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 36). Si un médecin déroge à la directive, il doit apporter des arguments pertinents pour le justifier.

Courant 2023, des divergences ont menacé d'apparaître entre les jugements des RTE concernant les conditions qui autorisent à déroger à la directive lorsque le produit euthanasiant n'a pas l'effet escompté. L'examen des signalements concernés a été gelé dans l'attente des résultats d'une concertation interne.

Si l'inégalité juridique a ainsi été évitée, cela a aussi ralenti de quelques mois le traitement de plusieurs signalements. Cette situation a en premier lieu été très pénible pour les médecins qui ont dû longtemps attendre le jugement des RTE. Deux jugements de non-respect des critères de rigueur ont ainsi été prononcés en janvier 2024, alors qu'ils auraient dû l'être en 2023 s'il n'y avait pas eu de retard. L'un des médecins concernés par ce retard a déposé une plainte, notamment à ce sujet.

La concertation interne s'est achevée en novembre 2023, après quoi l'examen des signalements dans lesquels il a été dérogé à la directive a repris. Les RTE étudient les possibles risques liés à l'administration d'une deuxième dose de myorelaxant sans administration préalable d'une deuxième dose de produit inducteur de coma, et à la longueur de l'intervalle entre l'administration des produits euthanasiant. Les conclusions de cette étude devraient paraître en 2024. Le rapport annuel reviendra sur ce point. Pour l'instant, les RTE tiennent à ce que les médecins qui réalisent l'euthanasie et les praticiens du SCEN connaissent la dernière version de la directive. Elles soulignent aussi qu'il est largement préférable de suivre cette directive. En effet, si un patient ne réagit pas ou insuffisamment au produit euthanasiant administré, il faut considérer 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. Lorsque le produit euthanasiant reste sans effet, il faut donc 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).

Le risque d'autres complications est ainsi réduit, ainsi que celui de devoir faire apporter un troisième jeu de produits.

CHAPITRE 2

CHIFFRES EN 2023

2

NOMBRE DE SIGNALEMENTS

En 2023, les commissions régionales ont enregistré 9 068 signalements d'euthanasie³, représentant 5,4 % du nombre total de décès (169 363)⁴. Ces chiffres marquent une augmentation de 4 % par rapport à 2022 (8 720 signalements). Les signalements se répartissent comme suit entre les cinq différentes commissions régionales.

Région 1 : Groningue, Frise, Drenthe et Pays-Bas caraïbes – 929 signalements.

Région 2 : Overijssel/Gueldre/Utrecht/Flevoland – 2 351 signalements.

Région 3 : Hollande-Septentrionale – 1 844 signalements.

Région 4 : Hollande-Méridionale et Zélande – 1 763 signalements.

Région 5 : Brabant-Septentrional et Limbourg – 2 181 signalements.

PROPORTION HOMMES-FEMMES

Comme les années précédentes, le rapport hommes-femmes dans les signalements est resté à peu près égal : 50,8 % contre 49,2 % (soit 4 603 hommes et 4 465 femmes).

12

PROPORTION INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE-AIDE AU SUICIDE

8 860 signalements (97,7 %) concernent des cas d'interruption de la vie sur demande, 190 (2,1 %) des cas d'aide au suicide et 18 (0,2 %) 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.

3 Comme dans tous les rapports annuels des RTE, certains signalements portent sur des euthanasies pratiquées l'année précédente, dans le cas présent en 2022. Les chiffres annuels incluent ainsi les signalements reçus fin 2022 qui n'ont pas pu être pris en compte dans le précédent rapport. D'autres signalements ne seront jugés qu'en 2024.

4 Source : Office central néerlandais de la statistique, 21 février 2024, voir *Overledenen, geslacht en leeftijd, per week (Décès, sexe et âge, par semaine)* | CBS.

AFFECTIONS

AFFECTIONS LES PLUS COURANTES

Dans 88,7 % des cas (soit 8 042), les patients étaient atteints de :

- cancer (5 105) ;
- pathologies du système nerveux (605) – comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou la maladie de Charcot ;
- maladies cardiovasculaires (393) ;
- pathologies pulmonaires (340) ;
- polyopathologies (généralement somatiques) (1 599).

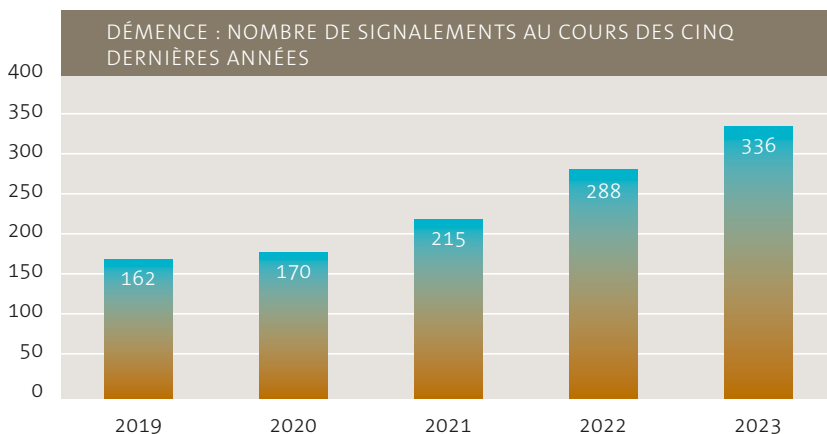
DÉMENCE

Dans 328 des signalements, les patients concernés étaient atteints d'une forme de démence mais 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, comme dans le signalement 2023-074 présenté au chapitre 3.

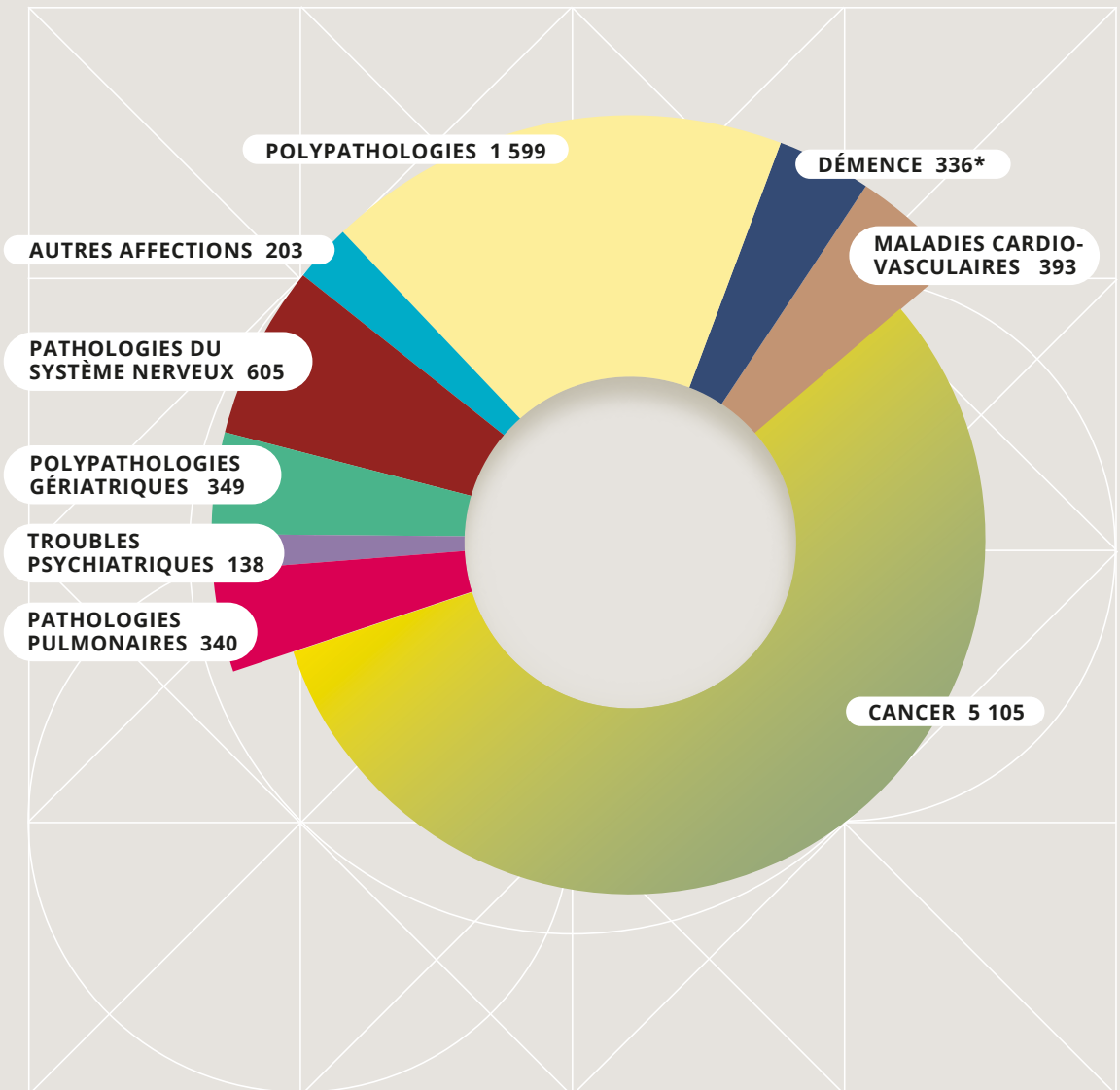
Huit des signalements concernent des patients à un stade avancé de la maladie, qui n'étaient plus en mesure d'exprimer leur volonté concernant l'euthanasie ni de véritablement communiquer au sujet de leur demande. Leur testament de vie a pu être considéré comme une telle demande. Un des huit jugements afférents est présenté au chapitre 3 sous le numéro 2023-065 et tous sont publiés sur le site internet des RTE.

Un autre jugement de 2023 porte sur l'euthanasie d'un patient effectuée sur la base d'un testament de vie. Le patient concerné n'était pas atteint de démence avancée mais n'était plus apte à exprimer sa volonté suite à une hémorragie cérébrale.

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.



AFFECTIONS



14

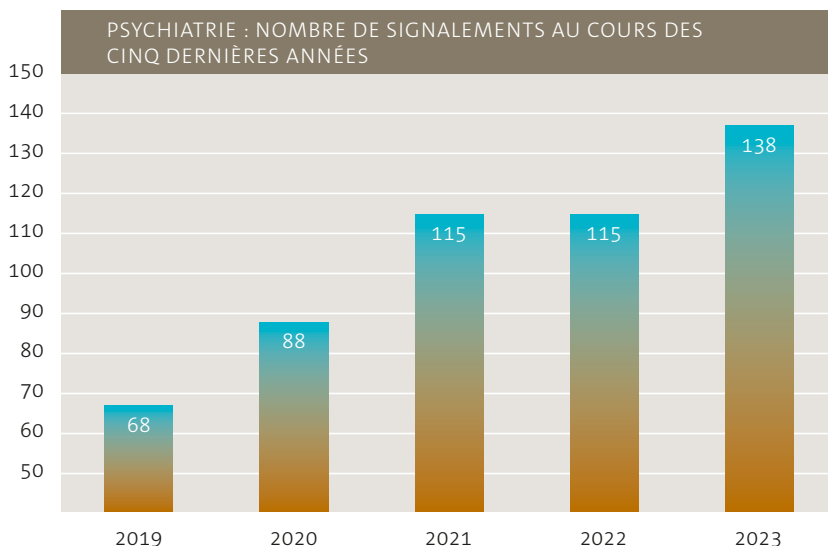
* patients aptes à exprimer leur volonté : 328
patients inaptes à exprimer leur volonté : 8

TROUBLES PSYCHIQUES

Dans 138 des signalements d'euthanasie de 2023, les souffrances du patient sont principalement causées par un ou plusieurs troubles psychiques. Dans 56 de ces signalements, le médecin est un psychiatre, dans 35 cas un médecin généraliste et dans 10 cas un spécialiste (y compris gériatre). Dans les 37 cas restants, le médecin ayant pratiqué l'euthanasie est un autre type de médecin⁵. Dans 70 cas, l'euthanasie a été pratiquée par un médecin travaillant au sein du Centre d'expertise sur l'euthanasie (EE).

Lorsque la demande d'euthanasie est motivée par des souffrances dues à un trouble psychique, le médecin doit agir avec la plus grande prudence. Un de ces cas est présenté au chapitre 3 sous le numéro 2023-004.

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.

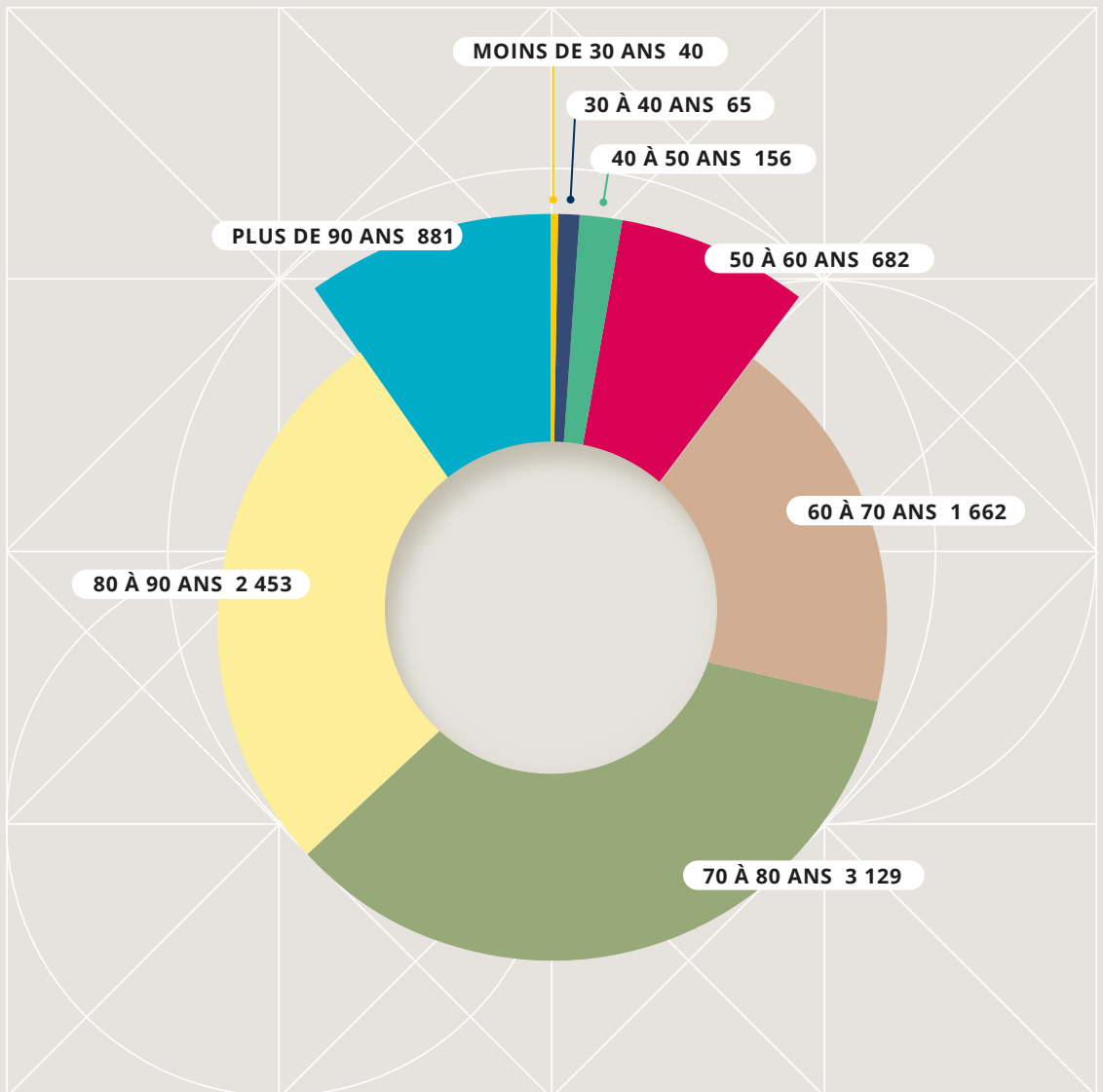


POLYPATHOLOGIES GÉRIATRIQUES

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 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 cause de souffrances que le patient, selon son histoire médicale, la vie qu'il a menée,

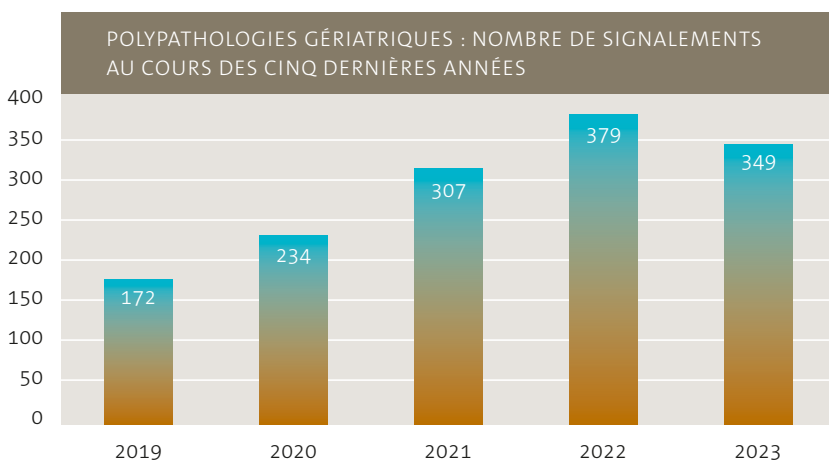
⁵ Par exemple médecin assurant un suivi ambulatoire, cadre de santé, médecin n'exerçant pas la médecine, médecin en formation ou ayant une formation en médecine de base.

ÂGE



sa personnalité, les valeurs auxquelles il est attaché et sa résistance, ressent comme insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration. En 2023, les RTE ont reçu 349 signalements de cette catégorie. Un de ces cas est présenté au chapitre 3 et publié sur le site internet sous le numéro 2023-043.

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.



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 2023, cette catégorie comptait 203 cas.

ÂGE

La majorité des signalements, soit 3 129, concernent des patients septuagénaires, 2 453 des octogénaires et 1 662 des sexagénaires ; 682 concernent la tranche d'âge des 50-60 ans, 156 celle des 40-50 ans et 65 celle des 30-40 ans. Seuls 40 signalements concernent des patients de moins de 30 ans.

En 2023, les RTE ont enregistré deux signalements concernant un mineur (tranche d'âge des 16-18 ans)⁶, qui ne seront jugés qu'en 2024.

⁶ Concernant les points à considérer dans les cas de patients mineurs, voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 46.

On dénombre 12 signalements concernant des patients centenaires, dont le plus âgé avait 104 ans.

Un total de 105 signalements concerne la tranche d'âge des 18-40 ans. Dans 52 de ces cas, la cause des souffrances est le cancer et dans 22 un trouble psychique.

Dans la catégorie « démence », la majorité des signalements concernent des patients septuagénaires (141 cas) et octogénaires (131 cas), et dans la catégorie « polyopathologies gériatriques », des patients au moins nonagénaires (224 des 349 cas).

Dans la catégorie « troubles psychiatriques », 27 signalements concernent des quinquagénaires et 27 des sexagénaires.

LIEU OÙ EST PRATIQUÉE L'INTERRUPTION DE LA VIE

Comme les années précédentes, dans la grande majorité des cas (7 151), l'interruption de la vie a eu lieu au domicile du patient. Dans 897 cas, elle s'est déroulée dans un établissement de long séjour ou une maison de retraite médicalisée ; dans 688 cas, dans un établissement de soins palliatifs ; dans 211 cas, dans un hôpital ; dans 121 cas, dans un autre lieu (par exemple domicile d'un membre de la famille ou hôtel médicalisé).

18

MÉDECINS AYANT RÉALISÉ L'EUTHANASIE

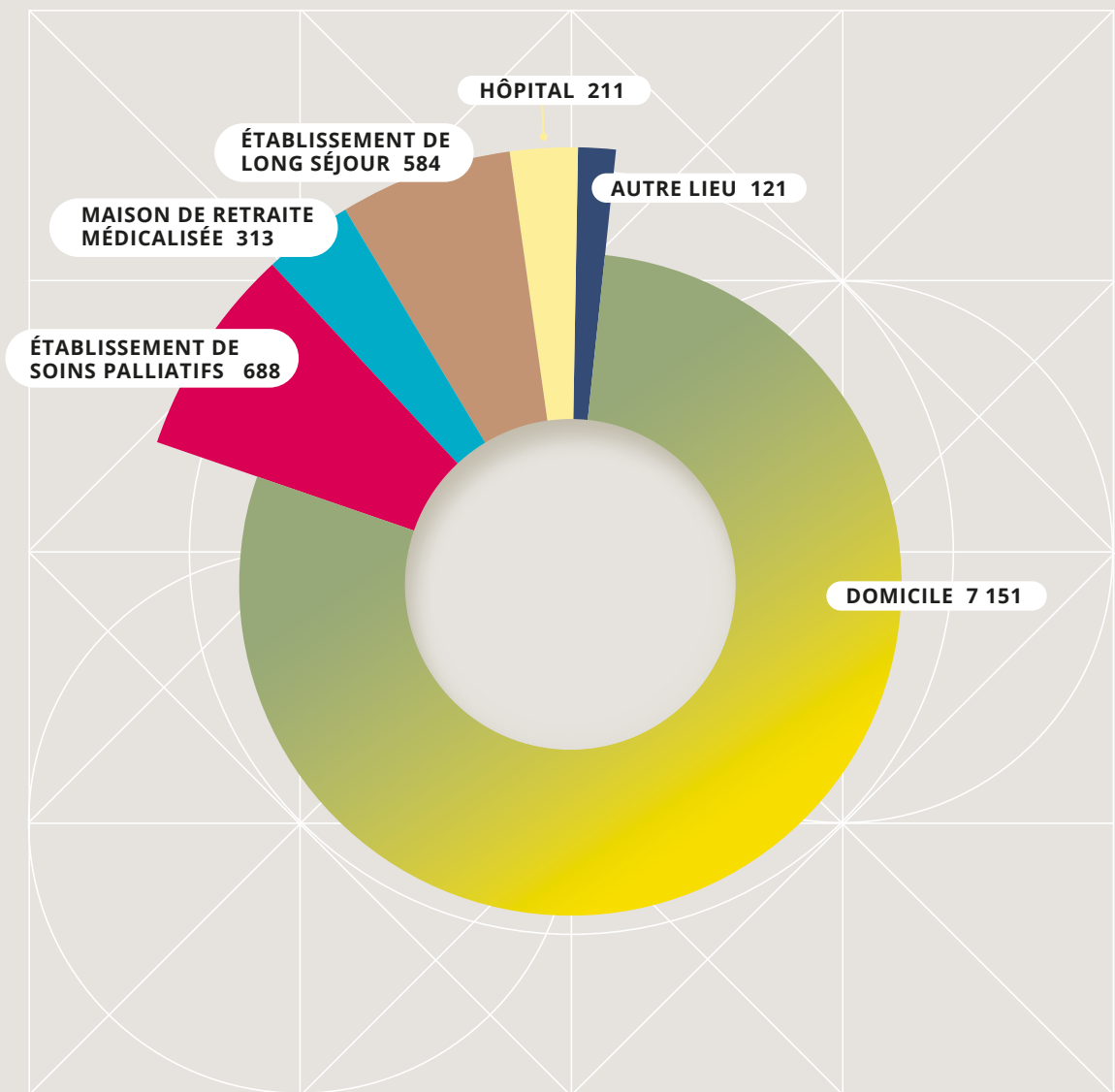
Dans la plupart des signalements (7 249), le médecin ayant réalisé l'euthanasie est un généraliste. Dans les autres cas, on relève 365 gériatres, 62 psychiatres, 327 autres médecins spécialistes, 124 médecins en formation et 941 médecins possédant une autre qualification⁷.

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

On dénombre 1 277 signalements émanant de médecins de l'EE, soit 36 de plus qu'en 2022 (1 241), ce qui représente une hausse de 14,1 %. 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 (70 sur 138, soit 50,7 %) ont été effectués par un médecin de l'EE, ce qui marque une baisse par rapport à 2022 (65 des 115

⁷ Par exemple médecin assurant un suivi ambulatoire, cadre de santé, médecin n'exerçant pas la médecine, ou ayant une formation en médecine de base.

LIEU OÙ EST PRATIQUÉE L'INTERRUPTION DE LA VIE



signalements, soit 56,5 %). Parmi ceux mentionnant une forme de démence comme cause des souffrances, 134 sur 336 (soit plus de 39,9 %) émanent d'un médecin de l'EE, de même que 151 (soit 43,3 %) des 349 signalements concernant des polypathologies gériatriques.

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 procédure à suivre en pareil cas dans sa directive sur le don d'organes après l'euthanasie (*Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie*)⁸. Lorsque le patient souhaite faire don de ses organes ou tissus après sa mort, l'euthanasie doit se dérouler à l'hôpital.

En 2023, les RTE ont reçu 24 signalements dans lesquels il est question de don d'organes et de tissus après l'euthanasie, contre six l'année précédente. Les dossiers ne précisant pas toujours s'il y a eu un tel don, les chiffres précis font défaut.

DOUBLE EUTHANASIE

Il arrive que les deux partenaires d'un couple demandent à être euthanasiés au même moment. Il s'agit alors pour les RTE d'une double euthanasie. En 2023, 33 couples ont été concernés (66 signalements de double euthanasie). Il est évident que le respect des critères de rigueur requis par la loi WTL doit être établi de façon distincte dans chaque signalement. Chacun des deux partenaires doit ainsi être vu par un consultant différent de sorte à garantir l'évaluation distincte et indépendante de leurs demandes⁹.

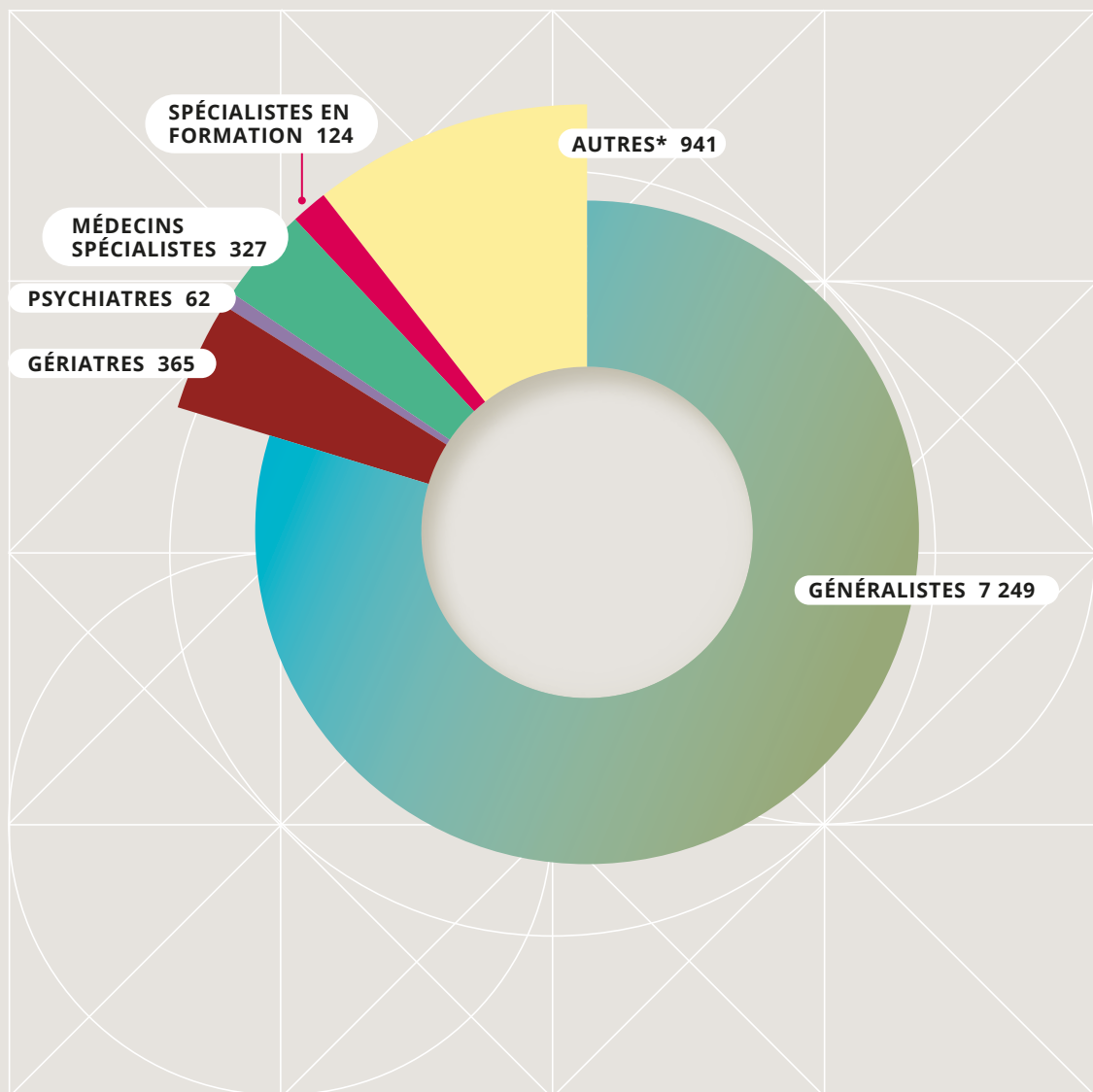
NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

Dans cinq des signalements, les RTE ont jugé que le médecin ayant pratiqué l'euthanasie n'avait pas respecté les critères de rigueur prévus par la loi WTL. Ces cinq jugements sont présentés au chapitre 3. Dans l'un d'eux, le consultant était inscrit comme patient dans le cabinet du médecin ayant pratiqué l'euthanasie et la commission a donc jugé qu'il ne pouvait être considéré comme indépendant. Dans trois autres cas, le médecin n'a pas agi avec la prudence accrue requise lorsque la demande du patient est motivée par des souffrances dues à un trouble psychique ou à l'association d'un tel trouble et d'une pathologie somatique. Dans un cas, le médecin a laissé le produit létal auprès du patient avant l'euthanasie et la commission a donc jugé que la mise en œuvre ne respectait pas la rigueur médicale requise.

⁸ 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.

⁹ Voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 33.

MÉDECINS SIGNALEURS



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

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).

Le secrétaire-juriste de la commission concernée fait à cet effet une première lecture du dossier.

En 2023, 95,6 % des signalements enregistrés ont été d'emblée classés comme NVO. La commission examine et juge ensuite ces signalements par voie électronique (voir schéma 1, annexe 2). Si contrairement à la lecture initiale du secrétaire, elle juge qu'un signalement est générateur de questions, celui-ci est examiné lors de la réunion consacrée aux signalements de la catégorie VO. En 2023, 65 signalements ont ainsi fait l'objet de ces délibérations (voir schéma 3, annexe 2).

Sur l'ensemble des signalements enregistrés, 4,4 % ont été d'emblée classés comme VO (voir schéma 2, annexe 2), par exemple à cause d'une problématique liée à un trouble psychique ou une démence avancée ou parce que le patient était mineur, que la mise en œuvre de l'euthanasie suscitait des questions ou que le dossier fourni par le médecin l'ayant pratiquée ne fournissait pas assez d'informations pour permettre un jugement.

DIFFÉRENTES FORMES DE JUGEMENT ÉCRIT

Lorsque le signalement ne suscite aucune question (signalement NVO), un jugement succinct est adressé au médecin. Il indique que sur la base du signalement reçu, la commission a conclu au respect de tous les critères de rigueur.

Les cas 2023-031, 2023-015, 2023-013, 2023-021 et 2023-029 présentés sous forme de résumés au chapitre 3 sont des exemples de signalements NVO ayant donné lieu à un tel jugement. Le site internet des RTE (www.euthanasiacommissie.nl) présente également certains signalements NVO de cette façon. Le jugement succinct adressé au médecin ne comporte pas de résumé.

L'examen d'un signalement VO durant une réunion de la commission donne également lieu à un jugement écrit. La commission y explique le point suscitant des questions et les considérations l'ayant amenée à conclure au respect ou au non-respect des critères de rigueur.

Cette année, un nouveau type de jugement succinct a été introduit, comme expliqué au chapitre 1, pour certains signalements concernant une demande d'euthanasie motivée par des souffrances dues, au moins en partie, à des troubles psychiques. En 2023, 122 de ces jugements succincts ont été adressés à un médecin.

QUESTIONS ÉCRITES ET ORALES DES RTE

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

Dans 21 cas, le médecin a été invité à s'expliquer par écrit.

Dans 16 cas, parfois après ces premières explications écrites, les commissions ont invité le médecin signaleur (et dans un cas le consultant) à se présenter lors de leur réunion suivante pour s'expliquer et répondre à leurs questions. Ces cas incluent les cinq signalements susmentionnés dans lesquels les commissions ont jugé que les critères de rigueur n'étaient pas remplis. Un entretien téléphonique ou un échange par e-mail est aussi possible si les questions sont simples et factuelles.

DÉLAIS

Toujours inférieur au maximum de deux fois six semaines prévu par l'article 9, paragraphe 1, de la loi WTL, le délai entre la réception d'un signalement et l'envoi du jugement au médecin est passé à 31 jours en moyenne en 2023, contre 34 en 2022.

ESPACE DE DISCUSSION DES SIGNALEMENTS

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

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

En 2023, 26 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 présidents, médecins et éthiciens.

COMITÉ DE RÉFLEXION

À la demande de la concertation des présidents, le comité de réflexion des RTE s'est interrogé sur la nécessité d'adapter le cadre d'évaluation du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022 concernant les demandes d'euthanasie motivées par des souffrances dues à l'association d'une pathologie somatique et d'un trouble psychique (voir paragraphe 4.3). Son avis devrait paraître en 2024.

CHAPITRE 3

ÉTUDE DE CAS

3

1 INTRODUCTION

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

Aux termes de la loi, le médecin ayant pratiqué une euthanasie est tenu d'en avertir le médecin légiste de la commune, qui transmet ensuite le signalement et les documents joints à la RTE concernée. Les principales pièces du dossier sont le rapport du médecin 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.

25

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

Les commissions contrôlent si le médecin 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 décisions du ministère public et de l'Inspection de la santé.

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, (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. En conséquence, lors de leur évaluation des actes du médecin sur ces trois points, les commissions examinent la manière dont ce dernier a cherché à connaître les faits et les éléments qui ont motivé sa décision. Elles vérifient donc si le médecin, étant donné la marge d'appréciation que lui donne la loi, a raisonnablement pu parvenir à la conclusion que ces trois critères de rigueur étaient remplis. Elles examinent également son argumentaire, dont fait partie le compte rendu du consultant.

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

Le paragraphe 2 se décompose en trois sous-paragraphe. Le premier (2.1) présente cinq signalements représentatifs de la grande majorité de ceux reçus par les RTE : des cas dans lesquels la guérison était exclue et concernant des cancers, des pathologies du système nerveux, cardiovasculaires ou pulmonaires, ou une combinaison de pathologies. Pour ces signalements, le jugement écrit transmis au médecin n'est pas détaillé : le praticien reçoit une notification succincte du jugement, 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, polypathologies gériatriques et démence.

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

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

2.1 CINQ SIGNALEMENTS REPRÉSENTATIFS

Comme indiqué au chapitre 2, l'euthanasie concerne en grande partie des patients atteints de cancer, de pathologies du système nerveux, de pathologies cardiovasculaires et pulmonaires, ou d'une combinaison de pathologies, ce qu'illustrent les cinq signalements ci-dessous (tous classés comme non générateurs de questions – NVO, après avoir été 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.

Le premier signalement présenté est aussi le plus détaillé, ce qui permet de voir que tous les critères de rigueur sont examinés. Dans les autres jugements, l'exposé est principalement axé sur les souffrances du patient, à moins qu'il n'y ait une particularité à souligner quant à un autre critère de rigueur.

Forme rare de cancer, plaie ouverte provoquant de vives douleurs

La patiente, quadragénaire, était atteinte d'un cancer de l'oropharynx diagnostiqué plus de deux ans avant le décès. Les traitements n'avaient pas donné les résultats escomptés. Le cancer s'était métastasé et toute guérison était exclue.

La patiente souffrait également de vives douleurs causées par une plaie ouverte dans la gorge. Lorsqu'elle était capable de manger, la nourriture s'échappait souvent de la plaie. Elle avait rapidement perdu du poids et des forces, et était constamment affamée. Il lui était par ailleurs devenu très difficile de parler. La patiente estimait que sa maladie l'empêchait d'avoir une existence digne.

Elle avait déjà parlé d'euthanasie avec le médecin et en avait demandé la mise en œuvre effective plus d'une semaine avant le décès.

Le médecin a considéré que cette 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 fait appel à un praticien indépendant du SCEN qui a vu la patiente quatre jours avant son décès. Le médecin consultant a conclu que les critères de rigueur étaient respectés.

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.

Publié sur le site sous le numéro 2023-031.

Maladie cérébrale rare, dépendance aux soins

La patiente, septuagénaire, souffrait depuis quelques années avant son décès d'une maladie neurodégénérative. Une paralysie supranucléaire progressive (PSP) avait été diagnostiquée environ un an avant son décès. Il s'agit d'une maladie cérébrale rare dont les symptômes ressemblent à ceux de la maladie de Parkinson, pouvant affecter l'équilibre, les capacités mentales et la motricité des patients.

La patiente faisait régulièrement des chutes et souffrait de problèmes d'élocution et de déglutition qui ne cessaient de s'aggraver. Elle était totalement dépendante des soins médicaux prodigués par l'établissement de long séjour dans lequel elle résidait. Cette situation était pour elle intenable.

Le médecin était convaincu du caractère insupportable de ses souffrances, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Les possibilités acceptables d'alléger les souffrances de la patiente étaient épuisées.

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

Publié sur le site sous le numéro 2023-015.

PATHOLOGIE PULMONAIRE

Pathologie pulmonaire rare, Centre d'expertise sur l'euthanasie, demande d'euthanasie concrète

La patiente, octogénaire, souffrait d'une lymphangioliomyomatose (LAM) diagnostiquée environ neuf ans avant le décès. Cette maladie se caractérise par le développement de lésions cicatricielles du tissu pulmonaire, qui endommagent sa structure. Peu avant son décès, la patiente présentait des symptômes comparables à ceux d'une grave MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique).

Elle était constamment essoufflée et son état se dégradait rapidement. Elle était dépendante de l'oxygène qui lui était administré ainsi que d'autres soins médicaux, et son univers s'en trouvait de plus en plus réduit. En tant que femme autrefois indépendante, elle trouvait cette situation insupportable.

Ne se sentant pas particulièrement proche de son médecin, la patiente s'est tournée vers le Centre d'expertise sur l'euthanasie. À l'époque, la patiente exprimait régulièrement son souhait d'euthanasie mais ne demandait pas encore sa mise en œuvre effective, ses souffrances restant supportables. Au cours des trois années suivantes, le médecin s'est entretenu dix-huit fois avec la patiente. Plus d'un mois avant le décès, la patiente a demandé au médecin la mise en œuvre effective de l'euthanasie.

Le médecin était convaincu du caractère insupportable de ses souffrances, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Les possibilités acceptables d'alléger ses souffrances étaient épuisées.

Le médecin a fait appel à un praticien indépendant du SCEN qui a vu la patiente à trois reprises du fait du caractère inconstant de sa demande, la dernière visite ayant eu lieu plus d'une semaine avant le décès. Le médecin consultant a conclu que les critères de rigueur étaient respectés.

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

Publié sur le site sous le numéro 2023-013.

Thrombose cérébrale, incapacité de parler

Suite à une thrombose cérébrale (caillot de sang dans une artère cérébrale) quelques mois avant son décès, le patient, cinquantenaire, était devenu tétraplégique. Après la rééducation, il était toujours paralysé d'un côté du corps.

Il était de ce fait devenu totalement dépendant des autres, lui qui avait toujours mené une vie autonome. Il n'était plus capable de parler et avait développé des problèmes de déglutition, ce qui posait un risque de complications telles que la fausse-route. Une canule avait été positionnée dans sa trachée pour lui permettre de respirer correctement. Les sécrétions présentes dans la canule devaient être aspirées plusieurs fois par jour. Le patient n'était plus capable de manger ni de boire seul. Il était par ailleurs embarrassé par les émotions intenses qui pouvaient soudainement surgir en raison de sa maladie.

Le médecin a considéré que sa demande était volontaire et mûrement réfléchie. N'étant plus capable de parler, le patient arrivait cependant à communiquer de manière efficace avec des gestes, des mouvements de tête et un ordinateur vocal, ce qui lui a permis d'exprimer clairement sa demande.

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

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

Publié sur le site sous le numéro 2023-021.

POLYPATHOLOGIE

Alcoolisme, pathologies somatiques, psychiatre indépendant

Le patient, quadragénaire, souffrait d'une dépendance à l'alcool depuis de nombreuses années. Aucun séjour en centre de désintoxication n'avait pu l'aider. Sa dépendance était considérée comme incurable et entraînait une dégradation de son état physique. Le patient souffrait de pancréatite chronique, et des douleurs pulmonaires s'étaient soudainement aggravées peu avant son décès. Il y avait une forte suspicion de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et de polyneuropathie (douleurs et problèmes au niveau de la motricité et des sensations dus à une atteinte des nerfs).

Le patient était très amaigri, physiquement affaibli et souvent essoufflé. Il n'avait plus assez d'énergie pour sortir et passait ses journées dans son lit ou dans un fauteuil. Le patient souffrait également de douleurs chroniques et était devenu incontinent, ce qu'il trouvait très gênant.

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

Le médecin a fait appel à un psychiatre indépendant qui a conclu que le patient ne souffrait pas de troubles dépressifs, maniaques ou psychotiques susceptibles d'influencer sa demande d'euthanasie. Le psychiatre indépendant a estimé que le patient était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Le médecin consultant (praticien du SCEN) était du même avis.

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

Publié sur le site sous le numéro 2023-029.

2.2 CINQ CAS ILLUSTRANT CINQ DES CRITÈRES DE RIGUEUR

Les cas décrits ci-après illustrent cinq critères de rigueur dont le médecin a acquis la conviction qu'ils étaient remplis : (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 VO, ce qui signifie qu'ils ont été 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, comme l'illustre le cas suivant dans lequel il n'était pas évident de déterminer si la demande de mise en œuvre de l'euthanasie venait bien de la patiente elle-même. Si la demande est effectuée au nom d'un patient par un tiers, elle ne peut être prise en compte. 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).

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

Cancer du pancréas, mandataire, explications orales du médecin

Une patiente, septuagénaire, était atteinte d'un cancer du pancréas diagnostiqué deux ans et demi avant le décès. Le cancer avait récidivé six mois avant le décès, et des métastases avaient été découvertes au foie. Toute guérison était exclue.

Quatre mois environ avant son décès, la patiente a abordé pour la première fois la question de l'euthanasie. Le sujet est souvent revenu au cours des entretiens suivants. Peu avant son décès, la patiente n'avait toujours pas exprimé de demande concrète. Elle espérait tomber dans le coma pour ne pas avoir à décider elle-même de sa fin de vie.

Dans son rapport, le médecin indiquait que la mise en œuvre de l'euthanasie avait été demandée « avec l'intervention du partenaire mandaté », et il notait également : « Décision expressément confiée au partenaire ». N'étant pas en mesure de déterminer ce qui s'est exactement passé au cours de la période précédant le décès, la commission a décidé de demander des explications au médecin.

Le médecin a expliqué que la patiente avait énormément de doutes quant à sa demande d'euthanasie. Elle pensait toujours davantage à ses proches qu'à elle-même. Elle avait d'ailleurs souvent différé sa demande en raison de vacances ou d'anniversaires de ses enfants et petits-enfants. Elle ne voulait pas que son décès vienne gâcher des festivités. La patiente arrivait toujours à tirer du positif de chaque journée, ce qui lui permettait de continuer à vivre. Le jour de l'euthanasie, le médecin lui a demandé si elle voulait encore vivre et en avait la force. La patiente a fait non de la tête. Lorsque le médecin lui a demandé si elle voulait mourir, la patiente a acquiescé. Elle était complètement épuisée et parfois somnolente à cause des médicaments. Ayant pris connaissance de son souhait, le médecin a ensuite convenu du moment de la mise en œuvre de l'euthanasie avec le partenaire de la patiente.

La commission juge que le médecin a pu acquérir la conviction que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie. La patiente avait discuté avec le médecin à plusieurs reprises et sur une longue période de son souhait d'euthanasie, et était alors pleinement consciente de la situation. Même si au dernier moment, la patiente n'était plus capable de bien formuler sa demande, elle a pu la confirmer et le médecin a pu en conclure qu'il s'agissait d'une demande concrète d'euthanasie. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

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

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

Fracture de la hanche, brièveté du délai entre la demande et le décès

Le patient, nonagénaire, menait une vie autonome jusqu'à ce qu'il tombe et se casse la hanche. Après s'être informé auprès du chirurgien de la possibilité de se faire opérer de la hanche, le patient a finalement décidé de renoncer à une telle opération en raison de mauvaises expériences vécues par son entourage, de son âge et de sa fragilité. Après une brève hospitalisation, le patient a été transféré dans un établissement de soins palliatifs. Il a immédiatement demandé l'euthanasie au médecin de l'établissement et ce dernier était disposé à l'aider.

D'après le dossier, deux semaines seulement se sont écoulées entre le jour de la chute et le décès. La commission s'est notamment demandé si le médecin avait réellement pu établir avec suffisamment de certitude l'absence de perspective d'amélioration des souffrances du patient, ce dernier n'ayant pas eu le temps de s'habituer à la nouvelle situation. Le médecin décrit que le patient était indépendant et menait une vie acceptable jusqu'à sa chute. Sa fracture de la hanche lui avait fait perdre toute autonomie. De plus, il était peu probable que le patient remarche un jour et puisse retrouver son indépendance. Presque immédiatement après sa chute, le patient avait tenté de mettre fin à ses jours, sans succès. Le médecin a indiqué que, malgré le court laps de temps entre la chute et sa demande, le patient était sûr de vouloir mourir dès que possible.

La commission a constaté que le patient avait toujours mené une vie autonome. Il avait perdu en mobilité au fil des années mais il profitait toujours de la vie et de son indépendance. Sa chute et sa fracture de la hanche lui avaient fait perdre toute autonomie et il souffrait de sa dépendance croissante. La commission est parvenue à la conclusion que le patient ne pouvait plus donner de sens à sa vie du fait de cette situation.

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

Publié sur le site sous le numéro 2023-120.

ABSENCE D'UNE AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

Possibilités de traitement existantes selon le médecin généraliste, placement en établissement de long séjour

La patiente, septuagénaire, souffrait de diverses pathologies. Elle était atteinte d'arthrose généralisée (usure des articulations) et de fibromyalgie (pathologie touchant le tissu conjonctif et les muscles) provoquant de vives douleurs, notamment abdominales. Elle souffrait aussi d'ostéoporose (décalcification osseuse) occasionnant un tassement vertébral, et de fortes démangeaisons dues à de l'eczéma. La patiente était épuisée et ne prenait plus soin d'elle. Elle n'était plus que l'ombre d'elle-même, elle qui avait toujours eu une vie sociale active.

Les données du signalement montrent que le médecin généraliste de la patiente n'était pas totalement convaincu de l'absence d'autre solution raisonnable susceptible de soulager ses souffrances. Le médecin indique également que les souffrances de la patiente semblaient varier en intensité. C'est pourquoi il n'a pas pris en considération sa demande d'euthanasie. La patiente s'est alors tournée vers un médecin du Centre d'expertise sur l'euthanasie.

Elle lui a exprimé à plusieurs reprises son souhait d'euthanasie au cours de quatre entretiens différents. Le médecin du Centre d'expertise sur l'euthanasie a discuté avec la patiente des solutions proposées par le médecin généraliste, à savoir un placement en établissement de long séjour ou un traitement des démangeaisons. Au début, la patiente semblait vouloir être placée en établissement de long séjour mais elle sentait qu'elle n'avait plus assez d'énergie pour déménager. Dans sa situation, il ne s'agissait donc plus d'une solution raisonnable. Par ailleurs, ses douleurs et ses démangeaisons, pour lesquelles elle était déjà suivie et sous traitement, continueraient de la faire souffrir où qu'elle aille.

Le médecin, pensant que la patiente pouvait présenter un trouble de la personnalité, a fait appel à un psychiatre indépendant. Ce dernier a conclu à l'absence de problèmes psychiques graves. La patiente présentait cependant des symptômes de trouble de la personnalité évitante, ce qui l'empêchait de gérer correctement ses problèmes physiques. Elle excluait toutefois toute possibilité de traitement pour apprendre à mieux accepter la situation. Le psychiatre a également conclu que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie.

Il est apparu à la commission que la demande de la patiente était basée sur ses douleurs physiques, et qu'à cela venait s'ajouter la souffrance de ne pas

arriver à gérer ces douleurs. La commission juge que le médecin a indiqué clairement et de façon étayée les raisons pour lesquelles il est parvenu à la conclusion qu'il n'existait pas d'autre solution raisonnable. Le médecin consultant indépendant (médecin du SCEN) et le psychiatre indépendant ont tous deux conforté son jugement. La commission estime donc que le médecin a pu parvenir, en concertation avec la patiente, à la conclusion qu'il n'existait dans son état aucune autre solution raisonnable. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

Publié sur le site sous le numéro 2023-121.

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 sa relation avec le patient dans son compte rendu. 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).

Implication récente dans le traitement du patient, absence de lien médecin consultant-patient

Le patient, sexagénaire, souffrait d'un trouble du spectre de l'autisme, d'un trouble bipolaire et de dépressions récurrentes. Il souffrait également de douleurs physiques persistantes. Cela faisait des années qu'il était suivi et sous traitement. Il avait ainsi subi plus d'une centaine de séances d'électroconvulsivothérapie.

Le médecin a fait appel à un praticien du SCEN, également psychiatre, comme consultant. Ce dernier avait régulièrement vu le patient dans le cadre de séances d'ECT dans la période de dix à trois ans avant le décès. Dans son compte rendu, le consultant indique n'avoir jamais eu de véritable relation thérapeutique avec le patient, et que son implication dans son traitement s'était surtout limitée à un « rôle technique ». Le patient ne s'était jamais rendu au cabinet du médecin consultant, et le médecin consultant n'avait jamais vu le patient autrement qu'allongé sur un lit d'hôpital. Le consultant n'avait pas non plus été responsable de l'indication de soins ni de l'évaluation des séances d'ECT. Il ne connaissait rien de la vie du patient ni de sa situation médicale.

La commission a établi que dans la période de dix à trois ans avant le décès du patient, le médecin consultant était coresponsable de la mise en œuvre des séances d'ECT et du traitement de toute complication éventuelle pendant et immédiatement après les séances d'ECT. De ce fait, la commission a estimé que pendant cette période, il avait été impliqué dans la prise en charge du patient. Cependant, le rôle du consultant s'est limité à la mise en œuvre d'une thérapie faisant partie d'un plan de traitement plus large. Les séances d'ECT ont été interrompues trois ans avant le décès en raison de résultats insuffisants et de l'apparition de graves problèmes de mémoire chez le patient. Après cela, le médecin consultant n'a plus jamais été impliqué d'aucune manière dans le traitement du patient.

La commission juge donc qu'il n'y avait pas de relation thérapeutique récente et intensive entre le médecin consultant et le patient, et que le médecin consultant avait suffisamment de distance pour pouvoir émettre un jugement indépendant. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE

L'euthanasie doit être effectuée avec la rigueur médicale requise, une exigence concernant notamment le choix des produits à utiliser et leur dosage, ainsi que la vérification de la profondeur 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).

Signalement NVO, perfusion défectueuse, reprise de toute la procédure

La patiente, septuagénaire, était atteinte d'un cancer métastasé du pancréas. Toute guérison était exclue. Des complications sont survenues pendant la mise en œuvre de l'euthanasie. Le médecin décrit le déroulement dans le formulaire de signalement.

Le matin de la mise en œuvre de l'euthanasie, plusieurs membres du personnel soignant ont tenté de poser un cathéter de perfusion sur la patiente. Après plusieurs échecs, il a finalement été décidé de poser le cathéter sous guidage échographique à l'hôpital. Une fois le cathéter posé, la patiente a pu rentrer chez elle. L'euthanasie était prévue pour la fin de l'après-midi.

Lors de la mise en œuvre de l'euthanasie, l'administration de lidocaïne (un antalgique) puis du produit inducteur de coma s'est faite facilement et sans douleur. Le médecin a également pu rincer la perfusion à l'aide de sérum physiologique sans aucun problème. La patiente est cependant restée éveillée après l'administration du produit inducteur de coma. Bien qu'il ne l'ait pas clairement observé, le médecin soupçonnait que la perfusion était défectueuse puisque la patiente n'était pas tombée dans le coma. Le médecin a pris contact avec le service des urgences de l'hôpital pour discuter de la situation avec l'anesthésiste de garde. Ensemble, ils ont pris la décision de transporter la patiente en ambulance à l'hôpital pour poser un nouveau cathéter.

Une perfusion continue, toujours sous guidage échographique, a été posée pour augmenter les chances de réussite.

À l'hôpital, le médecin s'est procuré un jeu de produits euthanasiants de sorte à disposer à nouveau des deux jeux de produits requis. De retour au domicile de la patiente, le médecin a repris toute la procédure. L'administration du produit inducteur de coma suivi du myorelaxant s'est cette fois déroulée sans problème. La patiente est décédée paisiblement.

La commission a constaté que le médecin avait interrompu la mise en œuvre de l'euthanasie après avoir conclu que la perfusion était défectueuse. Le médecin a agi correctement et conformément à la directive en faisant poser un nouveau cathéter de perfusion avant de reprendre toute la procédure. Il a demandé conseil à un anesthésiste sur la meilleure façon de procéder. Il a gardé son calme tout au long du processus et a apporté l'assistance requise à la patiente et à ses proches. Les autres critères de rigueur ont également été respectés.

2.3 QUATRE SIGNALEMENTS CONCERNANT DES PATIENTS PRÉSENTANT UNE PATHOLOGIE PARTICULIÈRE

Les quatre jugements qui suivent illustrent le cas de patients atteints d'une pathologie particulière. Le premier concerne une patiente 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.

TROUBLE PSYCHIQUE

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

TROUBLE PSYCHIQUE

Signalement VO, trouble compulsif, aucune autre solution raisonnable

La patiente, âgée d'entre dix-huit et trente ans, souffrait d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC) depuis son plus jeune âge. Ce trouble compulsif se manifestait sous la forme d'une phobie des microbes et d'un perfectionnisme exacerbé, et a contribué au développement d'un trouble alimentaire. De plus, des traits associés à un trouble du spectre de l'autisme ont été constatés chez la patiente un an avant son décès.

Du fait de ces troubles psychiques, la patiente n'était plus capable de donner un sens à sa vie ni de prendre plaisir à ses activités. Elle n'arrivait pas à atteindre le niveau de perfection élevé qu'elle s'imposait, et se punissait en s'auto-mutilant. Elle gérait difficilement les situations quotidiennes et avait du mal à établir et maintenir des contacts sociaux. La patiente ressentait en permanence une pression intense, et voulait cesser de souffrir.

Le médecin a constaté qu'elle avait conscience d'être malade, qu'elle comprenait ce qu'impliquaient les pathologies dont elle souffrait et qu'elle avait une vision claire de sa situation, de ses perspectives ainsi que des conséquences de sa demande d'euthanasie. Le psychiatre indépendant et le consultant (médecin du SCEN) ont également jugé que la patiente était apte à exprimer sa volonté concernant sa demande d'euthanasie.

Il ressort du dossier que la patiente a subi de nombreux traitements psychiatriques pendant la majeure partie de sa vie. Ces derniers ne l'ont cependant pas aidée à réprimer ses pensées et comportements obsessionnels, et n'offraient pas d'autres perspectives. Le psychiatre indépendant a conclu que tant les traitements visant à atténuer ses symptômes que le soutien qu'elle recevait n'auraient pas réussi à diminuer le poids de ses souffrances. Au contraire, les troubles n'ont fait qu'empirer avec le temps, au fur et à mesure des différentes tentatives de traitement. Selon le psychiatre indépendant, il n'existait plus aucune possibilité de traitement. Cet avis était partagé par le médecin consultant.

En raison du jeune âge de la patiente, le médecin a discuté de la demande d'euthanasie au sein d'une concertation éthique, et s'est largement entretenu avec d'autres praticiens à ce sujet. Il est ressorti de ces discussions qu'il existait encore une possibilité de traitement sous la forme d'une stimulation cérébrale profonde. Après avoir examiné si cela pouvait être une solution raisonnable pour la patiente, il est apparu que cette dernière n'avait plus la motivation suffisante pour subir ce traitement long et intensif.

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

Publié sur le site sous le numéro 2023-004.

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).

Signalement NVO, centenaire, accumulation de pathologies, troubles de l'humeur

La patiente, centenaire, était atteinte de polypathologies gériatriques. Elle souffrait d'hypertension entraînant des problèmes vasculaires et rénaux. Elle présentait également une déficience auditive, des acouphènes et une déficience visuelle. Elle dormait mal et était donc constamment fatiguée. Il lui était par ailleurs devenu difficile de se déplacer. Elle avait mené une vie autonome jusqu'à un âge avancé, mais elle était récemment devenue dépendante des soins pour ses activités quotidiennes. De plus, elle souffrait d'une altération des capacités cognitives qui limitait de plus en plus sa compréhension. De ce fait, elle était souvent anxieuse et morose.

Un mois et demi avant le décès, la patiente a abordé pour la première fois le sujet de l'euthanasie avec le médecin. Elle lui en a immédiatement demandé la mise en œuvre. Selon le médecin, cette demande était volontaire et mûrement réfléchie. Il a toutefois demandé à un psychiatre indépendant d'évaluer l'état psychologique de la patiente. Le psychiatre a conclu que la morosité de la patiente était liée aux symptômes physiques dont elle souffrait. Elle n'était pas dépressive. Le consultant indépendant du SCEN a également conforté le jugement du médecin.

Le médecin était convaincu du caractère insupportable de ses souffrances, de même que de l'absence de perspective d'amélioration au vu des conceptions médicales dominantes. Il n'y avait plus, pour la patiente, aucune possibilité d'alléger ses souffrances.

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

Publié sur le site sous le numéro 2023-043.

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 qui affecte leur capacité à réfléchir et à fonctionner, les souffrances de ces patients sont souvent causées par la crainte que cette dégradation se poursuive et de ses conséquences négatives, notamment en termes d'autonomie et de dignité de la personne (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 un testament de vie dans lequel sa demande d'euthanasie est consignée. L'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL permet de substituer le testament de vie du patient à sa demande orale et d'appliquer par analogie les critères de rigueur (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 50).

Le testament de vie doit en tout cas indiquer que le patient souhaite une euthanasie dans la situation où il ne serait plus capable d'exprimer sa volonté. Pour que la demande puisse être honorée même en l'absence de souffrances insupportables dues à des douleurs physiques, il doit en outre ressortir du testament de vie 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 un patient atteint de démence mais en mesure d'exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Le second porte sur une euthanasie mise en œuvre sur la base d'un testament de vie.

PATIENT ATTEINT DE DÉMENCE MAIS ENCORE APTE À EXPRIMER SA VOLONTÉ

Signalement NVO, maladie d'Alzheimer, don d'organes

Le patient, sexagénaire, était atteint de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée quelques mois avant le décès. Sa mémoire se dégradait rapidement. Il souffrait d'une maladresse grandissante et se mettait facilement en colère. Obsédé par la peur d'être placé en établissement de long séjour, il tenait absolument à demander l'euthanasie à temps.

Près d'un an avant le décès, le patient a abordé pour la première fois la question de l'interruption de la vie avec son médecin. Un mois et demi avant le décès, il lui en a demandé la mise en œuvre effective.

Selon le médecin, en dépit de la démence, le patient avait une conscience et une compréhension suffisantes de sa maladie et il n'existait aucun doute sur le caractère volontaire et mûrement réfléchi de sa demande d'euthanasie. Le médecin était convaincu que les souffrances du patient étaient insupportables et sans perspective d'amélioration. Les possibilités acceptables de les alléger étaient épuisées. Il l'avait de plus suffisamment informé sur sa situation et ses perspectives.

Le médecin a fait appel à un praticien indépendant du SCEN qui a vu le malade un mois environ avant le décès et a conclu au respect des critères de rigueur. Le patient ayant indiqué qu'il souhaitait faire don de ses organes après sa mort, l'euthanasie a été pratiquée à l'hôpital. Le médecin a dans ce cadre suivi la directive de juillet 2023 sur le don d'organes après l'euthanasie de l'Association néerlandaise pour la transplantation.

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

Publié sur le site sous le numéro 2023-074.

PATIENT ATTEINT DE DÉMENCE ET INAPTE À EXPRIMER SA VOLONTÉ

Signalement VO, maladie d'Alzheimer, testament de vie, Centre d'expertise sur l'euthanasie, placement dans un service fermé

Le patient, octogénaire, était atteint de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée environ dix ans avant le décès. Il avait été placé sur décision judiciaire dans l'unité fermée d'une résidence services, sa maladie ne lui permettant plus de rester chez lui. Suite au diagnostic, le patient avait rédigé un testament de vie et en avait discuté avec son médecin. Il avait actualisé ce document huit et cinq ans avant le décès.

DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

À l'époque de la rédaction de son testament de vie, après le diagnostic, le patient était apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. Son testament de vie était volontaire et mûrement réfléchi et il en avait discuté avec ses proches et son médecin. Au fil des années, il l'avait de plus actualisé à deux reprises.

Dans son testament de vie, le patient indiquait ne pas vouloir se retrouver dans un état impliquant la perte de sa dignité personnelle, des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration ou une déchéance prévisible. S'exprimant avec ses propres mots, le patient a indiqué qu'il souhaitait une euthanasie en raison de sa démence s'il devenait incontinent, devait être placé en établissement de long séjour, présentait un comportement agressif, ne reconnaissait plus ses proches, s'il sombrait dans le coma, était victime d'un AVC, n'était plus capable de manger, de boire ou de respirer de façon autonome, s'il ne pouvait plus agir par lui-même, lire ou regarder la télévision, et s'il était angoissé.

Le patient a fait appel au Centre d'expertise sur l'euthanasie (EE). Durant les trois premiers entretiens avec l'équipe, sa capacité à exprimer sa volonté a été fluctuante. Le médecin a conclu qu'à ce moment-là, les souffrances du patient n'étaient pas insupportables et qu'il n'y avait pas encore de demande concrète d'euthanasie. Quelques mois plus tard, environ trois mois avant le décès, le patient a eu à la demande de sa conjointe un quatrième entretien avec le médecin. Cinq autres ont encore suivi. Lors de ces entretiens, le patient n'était plus apte à exprimer sa volonté.

Son état physique et mental s'est rapidement dégradé durant son séjour dans la résidence services. En concertation avec la conjointe et les enfants du patient et avec les autres praticiens impliqués, le médecin est parvenu à la conclusion que les conditions décrites dans le testament de vie étaient réunies. Le patient avait à plusieurs reprises eu un comportement agressif

envers son entourage. N'ayant plus prise sur la situation, il était également très agité, désorienté et frustré. Il lui arrivait souvent de ne plus reconnaître les personnes de son entourage, il n'était plus possible de réellement communiquer avec lui et sa mémoire s'était considérablement dégradée.

La commission a établi qu'au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie, les conditions décrites comme insupportables dans le testament de vie du patient étaient réunies.

La commission est en outre parvenue à la conclusion que le testament de vie répondait aux deux éléments essentiels. En effet, il en ressortait que le patient souhaitait que l'euthanasie soit mise en œuvre si, des suites de sa démence, il perdait sa capacité à exprimer sa volonté. En outre, que c'étaient les souffrances liées à la démence qui fondaient cette demande.

La commission a également constaté que lors de ses visites, le médecin n'avait observé dans l'expression verbale ou le comportement du patient aucun indice contredisant la demande d'euthanasie (ce que l'on appelle les « éléments contradictoires »).

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

En ce qui concerne le caractère insupportable des souffrances, la commission a estimé que durant les entretiens, le médecin avait examiné ce point avec toute la rigueur requise. Le patient était très agité, visiblement frustré et avait à plusieurs reprises dit ne plus vouloir vivre. Il était agressif et pouvait tout d'un coup frapper quelqu'un. Les médicaments qui lui étaient administrés pour cette raison faisaient qu'il était sujet à des chutes fréquentes. Par ailleurs, le patient n'était plus capable de manger, boire ou agir de façon autonome. Il ne reconnaissait plus ses proches et lorsqu'il réalisait qu'il perdait la mémoire, il se sentait triste, frustré et impuissant. Le médecin trouvait l'état du patient avilissant et estimait que le caractère insupportable de ses souffrances était tangible, un point de vue partagé par les autres praticiens impliqués, le spécialiste indépendant et le consultant. Les souffrances insupportables résidaient à ce moment-là dans l'agitation et la colère résultant de la maladie.

Encore partiellement capable d'exprimer sa volonté lors de la première visite du médecin, le patient ne l'était plus lors de la dernière visite. Le médecin n'a donc pas pu parler avec lui de façon approfondie d'autres solutions raisonnables. Le patient a cependant indiqué qu'il était conscient de la dégradation inéluctable de son état, comme il l'avait vu chez son frère et sa sœur, eux aussi atteints de la maladie d'Alzheimer. Il dressait un tableau réaliste de cette évolution. Il en avait aussi parlé, alors qu'il était encore

pleinement apte à exprimer sa volonté, avec son généraliste, ses médecins traitants et ses proches. Concernant les souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable, le médecin s'est basé sur ses propres observations et sur les rapports des autres praticiens du patient ainsi que sur leurs concertations. Le spécialiste indépendant et le consultant sont également parvenus à la conclusion qu'il n'existait pas d'autre solution raisonnable pour diminuer les souffrances du patient. Il n'était plus possible d'apaiser ses accès de colère et son agitation sans atteindre à sa dignité.

PATIENT INFORMÉ DE SA SITUATION ET DE SES PERSPECTIVES

Il ressort du dossier qu'à l'époque du diagnostic et de la rédaction du testament de vie, les médecins traitants ont informé le patient de façon approfondie de sa maladie et de ses perspectives. Le patient était alors encore apte à exprimer sa volonté et il savait pertinemment ce que la maladie signifiait. Il l'avait vu dans le cas de son frère et de sa sœur. Lorsque le médecin a commencé à s'occuper du patient, celui-ci était encore apte à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie. La commission juge que le patient avait conscience de son état et de l'évolution prévisible de sa maladie au moment de la rédaction de son testament de vie.

CONSULTATION D'UN CONFRÈRE

Le consultant, un psychiatre, s'est entretenu avec le médecin et a étudié toutes les informations pertinentes, dont le testament de vie. Il a vu le patient, avec lequel il n'était alors plus possible de véritablement communiquer, et s'est entretenu avec sa conjointe. Il a conclu que les critères de rigueur étaient remplis.

Le médecin a consulté en tant que spécialiste indépendant un gériatre qui a vu le patient et a essayé de s'entretenir avec lui. Ce spécialiste s'est par ailleurs entretenu avec divers tiers concernés, a étudié toutes les informations et a conclu sur cette base que les critères de rigueur étaient remplis.

MISE EN ŒUVRE DE L'ACTE

Compte tenu du comportement agité du patient et de ses possibles manifestations de colère, frustration et agressivité physique, il a été décidé, en concertation avec tous les intéressés, de lui administrer un calmant avant la mise en œuvre de l'euthanasie. Le patient s'est ainsi endormi, puis le médecin a pratiqué l'euthanasie conformément à la directive, en présence de la conjointe et des enfants.

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

3 NON-RESPECT DES CRITÈRES DE RIGUEUR

En 2023, les commissions ont jugé à cinq reprises qu'un médecin n'avait pas respecté les critères de rigueur requis dans le cadre de l'euthanasie. Dans un des cas, cela concerne le critère relatif à la consultation ; dans deux cas, celui relatif à la rigueur accrue requise lorsque la demande d'euthanasie est essentiellement motivée par des souffrances dues à un trouble psychique ; dans un autre cas, la rigueur accrue requise lorsqu'il y a association d'une pathologie somatique et d'un trouble psychique, et dans le dernier cas, 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 énoncés aux points a à d. Le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022 indique que la loi utilise le terme de « médecin indépendant » pour le consultant, ce qui, dans ce contexte, signifie qu'il doit être en situation d'émettre son propre jugement, sans se laisser influencer par le patient ni le médecin. L'exigence d'indépendance du consultant par rapport au médecin implique l'absence de toute relation personnelle, organisationnelle, hiérarchique ou financière. Ne peut ainsi pas intervenir à ce titre un collègue du même cabinet médical, un associé, un membre de la famille ou un médecin ayant une quelconque relation de dépendance avec le médecin demandeur (comme un spécialiste en formation auprès de celui-ci). Est également exclu tout praticien étant lui-même patient du médecin demandeur (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 30-32).

Dans le cas suivant, le caractère indépendant de la consultation n'a pas été respecté, le consultant concerné étant inscrit comme patient dans le cabinet du médecin ayant pratiqué l'euthanasie.

Dans ce cas, le médecin a consulté un praticien du SCEN. Concernant le principe d'indépendance, le rapport du médecin décrit ainsi ses liens avec le consultant : « *Je ne connais le consultant que comme patient inscrit dans mon cabinet et j'ignorais qu'il était médecin du SCEN avant d'entrer en contact avec lui par le biais de l'organisation.* » Le consultant indique quant à lui dans son compte rendu : « *Je connais le médecin depuis un an parce qu'il est mon généraliste. Je ne l'ai rencontré qu'une fois. J'estime pouvoir émettre un avis indépendant et professionnel.* »

Il ressort des explications orales données devant la commission que la prise de contact du médecin et du consultant résulte de la liste de garde du SCEN. Lors de ce contact téléphonique, tous deux savaient que le consultant était inscrit depuis un an comme patient dans le cabinet du médecin. Ils s'étaient dans ce cadre brièvement rencontrés une fois pour faire connaissance. Après en avoir discuté, ils ont conclu que cela n'empêchait pas la consultation.

Le médecin et le consultant ont tous deux déclaré ne pas connaître le texte du Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022 indiquant que tout praticien étant lui-même patient du médecin demandeur est exclu en tant que consultant. Ils n'ont pas pensé qu'il fallait demander à un autre praticien d'intervenir en tant que consultant.

La commission juge qu'il n'est pas souhaitable que la consultation soit effectuée par un praticien inscrit comme patient du médecin qui réalise l'euthanasie. Sachant que le consultant était inscrit comme patient dans son cabinet, et même s'il ne l'avait dans ce cadre rencontré qu'une fois pour faire connaissance, le médecin aurait dû faire appel à un autre confrère afin de garantir le principe d'indépendance.

La commission juge que, dans le cas concerné, il n'y a pas eu de consultation indépendante. Les autres critères de rigueur ont été respectés.

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.

La patiente, septuagénaire, souffrait d'acouphènes dont divers médecins avaient recherché la cause sans parvenir à l'établir clairement. Dans le passé, elle avait été traitée pour des troubles de stress post-traumatique (TSPT) qui avaient diminué sans toutefois disparaître complètement. Quelques mois avant le décès, la patiente avait fait une tentative de suicide et était depuis suivie par un psychiatre qui avait diagnostiqué un trouble somatoforme et un trouble dépressif. Sur son conseil, la patiente avait été orientée vers un centre d'audiologie et vers la consultation dédiée aux acouphènes d'un hôpital universitaire. Les médecins ont constaté une surdité de perception (dommage de l'oreille interne) mais conclu qu'il n'y avait pas lieu de préconiser une aide spécifique, un accompagnement psychique étant déjà en place. Outre les acouphènes, la patiente souffrait aussi de palpitations et d'étourdissements. Divers traitements suivis au sein des services de santé mentale étaient restés sans effet. Le psychiatre traitant avait conclu qu'il n'y avait plus d'options thérapeutiques.

Le médecin a fait appel à un praticien indépendant du SCEN, sans expertise psychiatrique, comme consultant. Le médecin n'a pas consulté de psychiatre indépendant.

Lors de ses explications orales devant la commission, le médecin a déclaré que faire appel à l'expertise d'un psychiatre indépendant n'apporte presque jamais de nouveaux éclairages. Il voulait éviter à la patiente la contrainte inutile d'un examen car il n'y avait selon lui aucune réelle option thérapeutique pour soulager ses souffrances. Il a également indiqué qu'être examinée par un psychiatre indépendant aurait été trop lourd pour elle. La patiente n'avait plus pour seul souhait que la fin de ses souffrances. Le médecin a considéré que cela justifiait de ne pas recourir à l'expertise d'un psychiatre. Il estimait aussi que consulter un psychiatre indépendant n'était pas nécessaire : selon lui, les acouphènes sont considérés comme une pathologie somatique, même si elle est mal comprise.

La commission estime que le médecin aurait dû agir avec une prudence accrue, un trouble somatoforme devant être considéré, malgré une possible cause physique, comme un trouble psychique. Par ailleurs, en omettant de consulter un psychiatre, le médecin n'a pas pu faire suffisamment le point sur les troubles de l'humeur, la récente tentative de suicide et le stress post-traumatique de la patiente. Ses explications concernant cette omission n'ont pas convaincu la commission. Il n'a pas non plus demandé à la patiente si elle était prête à accepter un entretien avec un psychiatre indépendant. La commission n'est pas convaincue que demander le jugement d'un psychiatre indépendant aurait dans le cas présent représenté une contrainte disproportionnée pour la patiente.

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

Dans le cas suivant, le médecin a consulté un psychiatre indépendant mais celui-ci ne s'est pas prononcé sur l'absence de perspective d'amélioration des souffrances ni sur l'absence d'une autre solution raisonnable. Il n'y a pas non plus eu de diagnostic clair.

JUGEMENT 2023-038

La patiente, sexagénaire, souffrait depuis sa prime jeunesse de troubles de l'humeur. Plus de cinquante ans avant le décès, on lui avait selon elle diagnostiqué une dépression pour laquelle elle avait suivi de nombreux traitements, notamment médicamenteux, et été hospitalisée en clinique psychiatrique. Les données concernant ce diagnostic et ces traitements faisaient défaut, vu leur ancienneté. Outre ses troubles de l'humeur, la patiente souffrait d'une lésion cérébrale acquise (LCA), survenue plus de cinquante ans avant le décès, se traduisant par des symptômes tels que fatigue, lenteur et difficultés de concentration.

Selon le médecin, le généraliste de la patiente, la demande d'euthanasie était motivée par les souffrances dues à ses troubles de l'humeur. Il la connaissait depuis des années et pensait qu'elle souffrait de dépression chronique. Il savait que, compte tenu de son trouble psychique, il devait faire appel à l'expertise d'un psychiatre indépendant. Il voulait exclure que le trouble psychique influe sur l'aptitude de la patiente à exprimer sa volonté.

Le psychiatre indépendant a conclu que lors de sa visite à la patiente, elle ne semblait pas présenter d'humeur sombre ni de dépression influant sur sa capacité à exprimer sa volonté. Dans son compte rendu, le psychiatre consulté s'est seulement prononcé sur la capacité de la patiente à exprimer sa volonté et n'a pas répondu à la question du caractère désespéré des souffrances ni à celle de l'absence d'autre solution raisonnable. Il n'a pas non plus formulé de diagnostic psychiatrique clair ni confirmé le diagnostic du médecin.

Le praticien indépendant du SCEN auquel le médecin a fait appel comme consultant a conclu que les critères de rigueur étaient remplis, sans toutefois disposer de connaissances suffisantes dans le domaine de la psychiatrie.

Dans ses explications orales, le médecin a déclaré suivre depuis des années la patiente dont le souhait de mourir était ancien. Selon le médecin, il était clair pour tout le monde que la patiente souffrait d'une dépression chronique incurable. Il ne pouvait cependant pas dire qui

avait posé ce diagnostic et quels traitements la patiente avait suivis dans ce cadre. Elle avait refusé ceux qu'il avait proposés.

Le psychiatre indépendant consulté n'ayant pas posé de diagnostic clair et s'étant seulement prononcé sur la capacité de la patiente à exprimer sa volonté, la commission a conclu que le médecin n'a pas pu mener de réflexion critique sur ses propres convictions. Elle juge qu'il n'a pas pu établir de façon suffisamment fondée que la demande de la patiente était volontaire et mûrement réfléchie, que ses souffrances étaient sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans sa situation. Il n'a pas non plus pu suffisamment informer la patiente de ses perspectives.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

ASSOCIATION D'UNE PATHOLOGIE SOMATIQUE ET D'UN TROUBLE PSYCHIQUE

Dans les cas concernant l'association d'une pathologie somatique et d'un trouble psychique, le médecin doit également considérer la demande d'euthanasie avec une prudence accrue. Lorsque le trouble psychique contribue aux souffrances, il faut ainsi consulter un psychiatre indépendant afin qu'il juge de la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et de l'absence d'autre solution raisonnable (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 46-47).

Dans le signalement présenté, le médecin a pris la suite d'un confrère durant la procédure d'euthanasie. Le gériatre consulté par ce confrère comme spécialiste indépendant avait conseillé de demander l'avis d'un psychiatre et d'un neurologue. Le médecin ayant pratiqué l'euthanasie a ensuite ignoré cette recommandation, une décision insuffisamment argumentée.

La patiente, septuagénaire, souffrait d'épilepsie focale (crises d'épilepsie affectant une partie du cerveau), peut-être due à une hémorragie cérébrale. Il n'était cependant pas exclu qu'il s'agisse d'un trouble de conversion (traduction par le cerveau d'un stress psychique en trouble physique). La patiente souffrait par ailleurs de douleurs et de troubles de la marche.

Deux médecins sont intervenus durant la procédure d'euthanasie, se succédant en peu de temps en raison de circonstances personnelles. Le premier a eu des doutes concernant la base médicale du cas, le caractère désespéré des souffrances, et l'absence d'autre solution raisonnable ; il s'est demandé dans quelle mesure une partie des souffrances étaient dues à une cause psychique. Il a donc consulté un gériatre indépendant. Ce spécialiste a conseillé, en raison des troubles de l'humeur de la patiente, de faire appel à un psychiatre pour l'examiner et juger de sa capacité à exprimer sa volonté. Le gériatre a aussi conseillé de la faire examiner par un neurologue vu le caractère inhabituel de ses crises d'épilepsie focale, sa perte de force dans la partie gauche du corps et ses problèmes de mobilité.

Le second médecin n'est intervenu que brièvement et en raison de circonstances personnelles a transmis le cas au médecin qui a pratiqué l'euthanasie. Celui-ci n'a eu avec la patiente qu'un entretien approfondi sur sa demande d'euthanasie. Il n'a suivi aucun des deux conseils du spécialiste précédemment consulté.

Lors de ses explications orales devant la commission, le médecin a déclaré qu'il trouvait les conseils du gériatre superflus. Bien qu'il n'ait eu qu'un seul entretien approfondi avec la patiente, il était convaincu que sa demande n'était pas en rapport avec un trouble psychique. Il voulait aussi lui éviter la contrainte d'examens supplémentaires. Il avait tenté de prendre contact avec le neurologue de la patiente, mais celui-ci était en congé et il avait renoncé. Il a indiqué que faire appel à un psychiatre indépendant débouche rarement, si ce n'est jamais, sur de nouvelles options thérapeutiques ou d'autres façons de soulager les souffrances. Le médecin a déclaré qu'il avait une longue expérience professionnelle en tant que gériatre et qu'il considérait que les crises de la patiente étaient absolument dues à de l'épilepsie focale et non à un trouble psychique.

Le premier médecin impliqué dans le cas et le gériatre indépendant se sont tous deux demandé si la demande d'euthanasie de la patiente ne résultait pas d'un trouble psychique. Un examen plus approfondi et l'avis d'un psychiatre et d'un neurologue étaient par conséquent souhaitables.

Le médecin n'a pas suivi ce conseil, une décision qu'il a insuffisamment argumentée. La commission n'a pas non plus été convaincue que des examens complémentaires auraient constitué une contrainte trop lourde pour la patiente.

Elle a estimé que, dans la mesure où le médecin a ignoré le conseil de consulter un neurologue et un psychiatre, il n'a pas pu mener de réflexion critique sur ses propres convictions concernant la capacité de la patiente à exprimer sa volonté, les possibles causes de ses troubles et les éventuelles options thérapeutiques. Il n'a en conséquence pas pu parvenir à l'absolue conviction que la demande était volontaire et mûrement réfléchie, les souffrances sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans la situation où la patiente se trouvait. Le médecin n'a pas respecté la prudence accrue qui était requise.

Les autres critères de rigueur ont été respectés.

RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE

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*). Celle-ci stipule (p. 50) que le pharmacien donne au médecin des instructions pour garder en toute sécurité le produit euthanasiant (médicament utilisé pour pratiquer l'euthanasie) entre le moment où il est délivré et la mise en œuvre.

Le médecin ne doit pas laisser le produit auprès du patient avant de pratiquer l'euthanasie. Il s'agit d'éviter que ce dernier ou un tiers puisse l'absorber ou l'administrer hors de la présence du médecin (voir le Code de déontologie en matière d'euthanasie 2022, p. 37).

Dans le présent cas, le médecin a laissé les produits euthanasiants auprès du patient et de sa famille après le report de l'euthanasie à un moment ultérieur de la journée.

Le patient, quadragénaire, souffrait d'un cancer des reins métastaté. Toute guérison était exclue.

Le médecin a laissé les produits euthanasiants chez le patient durant un certain laps de temps avant l'euthanasie. Après que le pharmacien lui avait délivré les produits, le médecin s'est rendu chez le patient et lui a posé le cathéter de perfusion. Le patient a demandé de reporter l'euthanasie à un moment ultérieur de la journée parce qu'il attendait l'arrivée d'un parent venu lui faire ses adieux. Le médecin et le patient ont convenu que l'euthanasie aurait lieu après ces adieux. Le médecin a rejoint son cabinet, comptant revenir rapidement auprès du patient. En concertation avec la famille, il a décidé de laisser les produits euthanasiants sur place, dans une boîte scellée.

Lors de ses explications orales devant la commission, le médecin a déclaré qu'il était conscient qu'aucune nécessité n'avait imposé de laisser les produits chez le patient. Ils étaient prêts à l'emploi et il aurait pu, et dû, les emmener à son cabinet. Le fait qu'il comptait revenir rapidement auprès du patient et la confiance qu'il accordait à celui-ci et sa famille ont joué un rôle dans sa décision, mais rétrospectivement il a lui-même jugé que ce n'étaient pas là de bonnes raisons.

La commission a conclu que le médecin n'avait pas de motif valable de laisser les produits euthanasiants chez le patient. En agissant ainsi, le médecin a pris le risque qu'en son absence ils soient administrés au patient ou à un tiers. 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.

ANNEXE I

ORGANISATION

Les commissions régionales de contrôle sont au nombre de cinq. Chacune comprend en tout cas trois juristes (un président de région et deux présidents), trois médecins et trois éthiciens. Vu le nombre accru de signalements, les RTE ont décidé en concertation avec les ministères de la Santé et de la Justice et de la Sécurité de porter à 53 le nombre total de leurs membres. C'est chose faite depuis le 1^{er} janvier 2024.

À l'issue d'une procédure de recrutement externe, les membres des RTE sont nommés sur proposition de celles-ci par les ministres de la Santé et de la Justice pour une durée de quatre ans, renouvelable une fois.

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

Le président coordinateur des RTE, choisi parmi les cinq présidents régionaux, dirige les débats de leur concertation stratégique, à laquelle assistent également les représentants des médecins et des éthiciens. Les commissions sont secondées par un secrétariat qui compte environ 20 agents, dont un secrétaire général, des secrétaires (juristes de formation) et des assistants administratifs (soutien logistique). Les secrétaires ont voix consultative lors des réunions des commissions ; le secrétaire général coordonne leurs activités.

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

SCHÉMA 1

95,6 % DES SIGNALEMENTS
(NON GÉNÉRATEUR DE QUESTIONS)

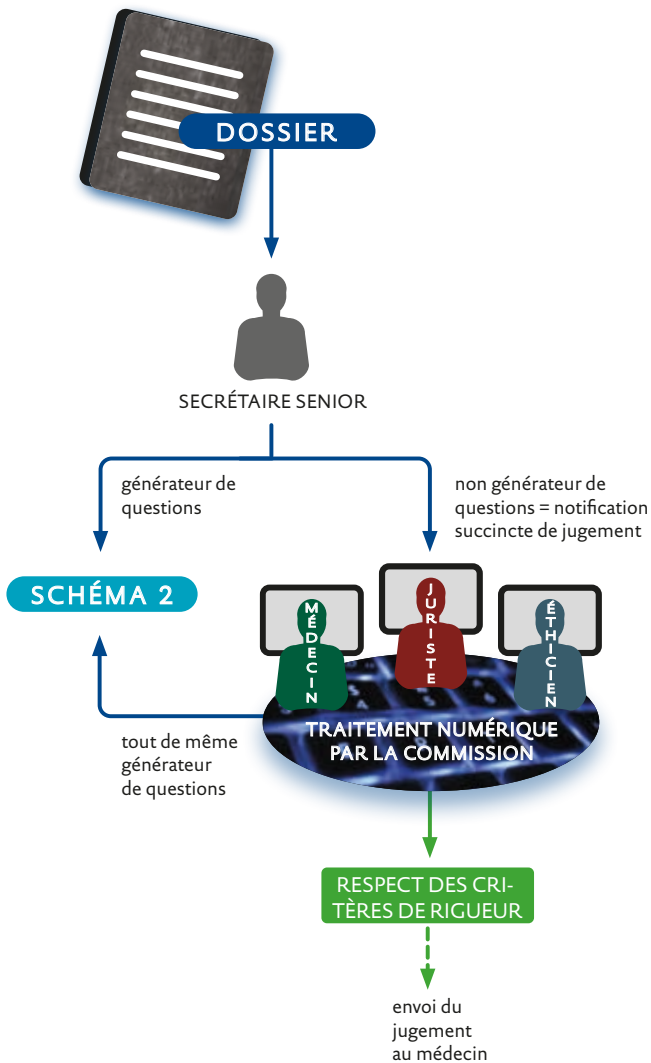


SCHÉMA 2

4,4 % DES SIGNALEMENTS
(GÉNÉRATEUR DE QUESTIONS)

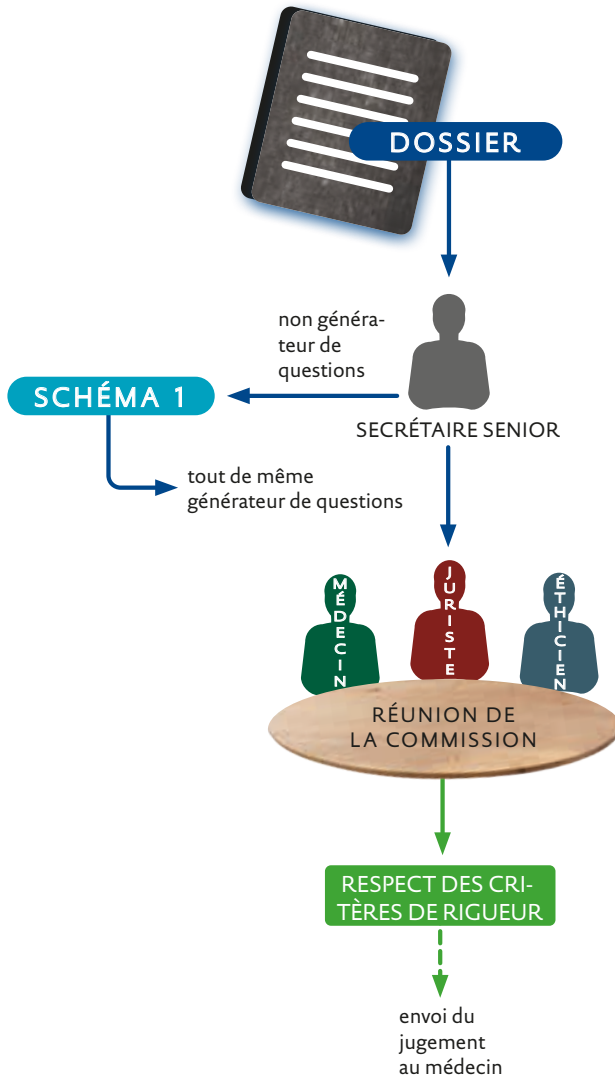
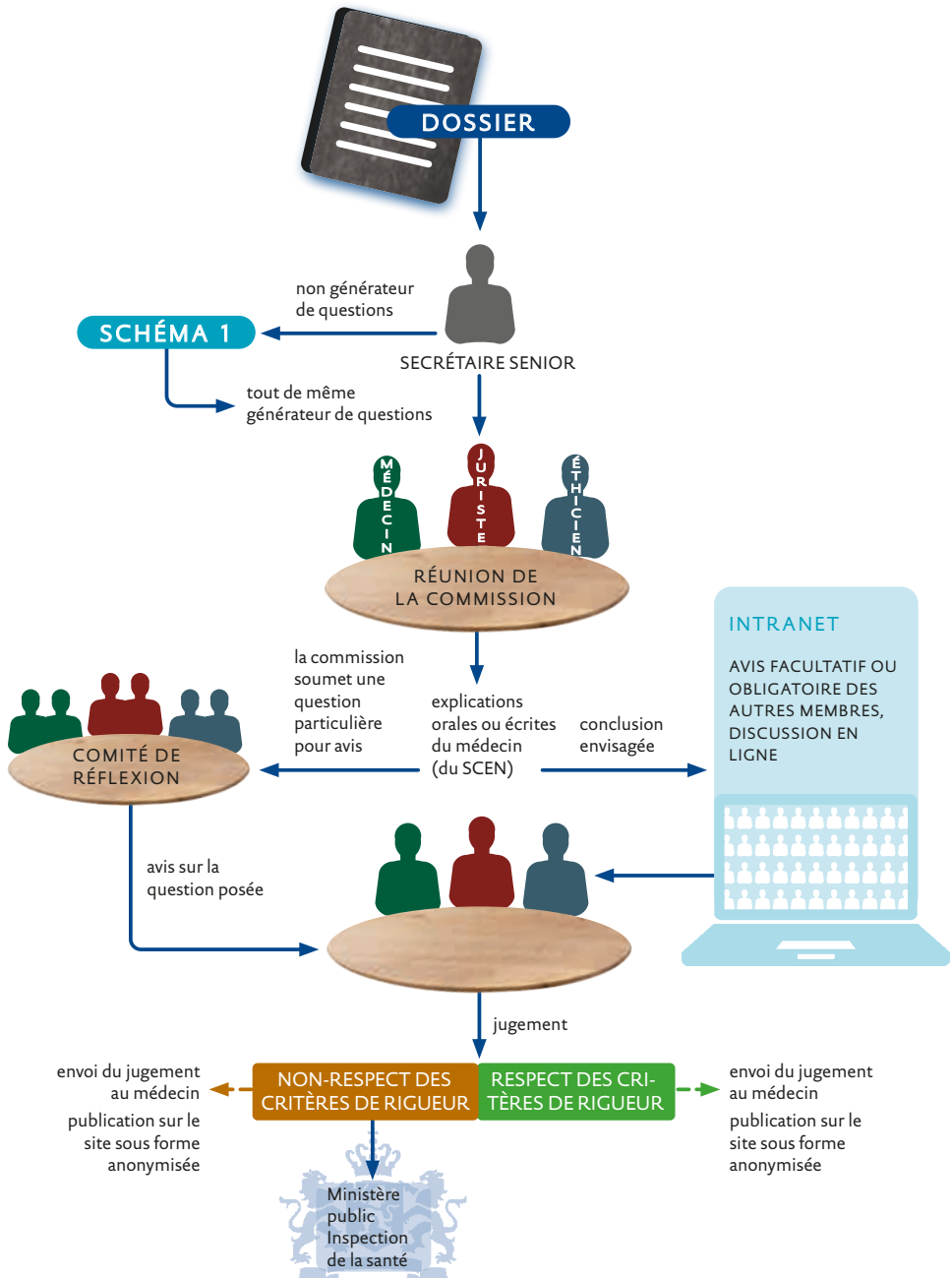


SCHÉMA 3

< 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)

avril 2024

