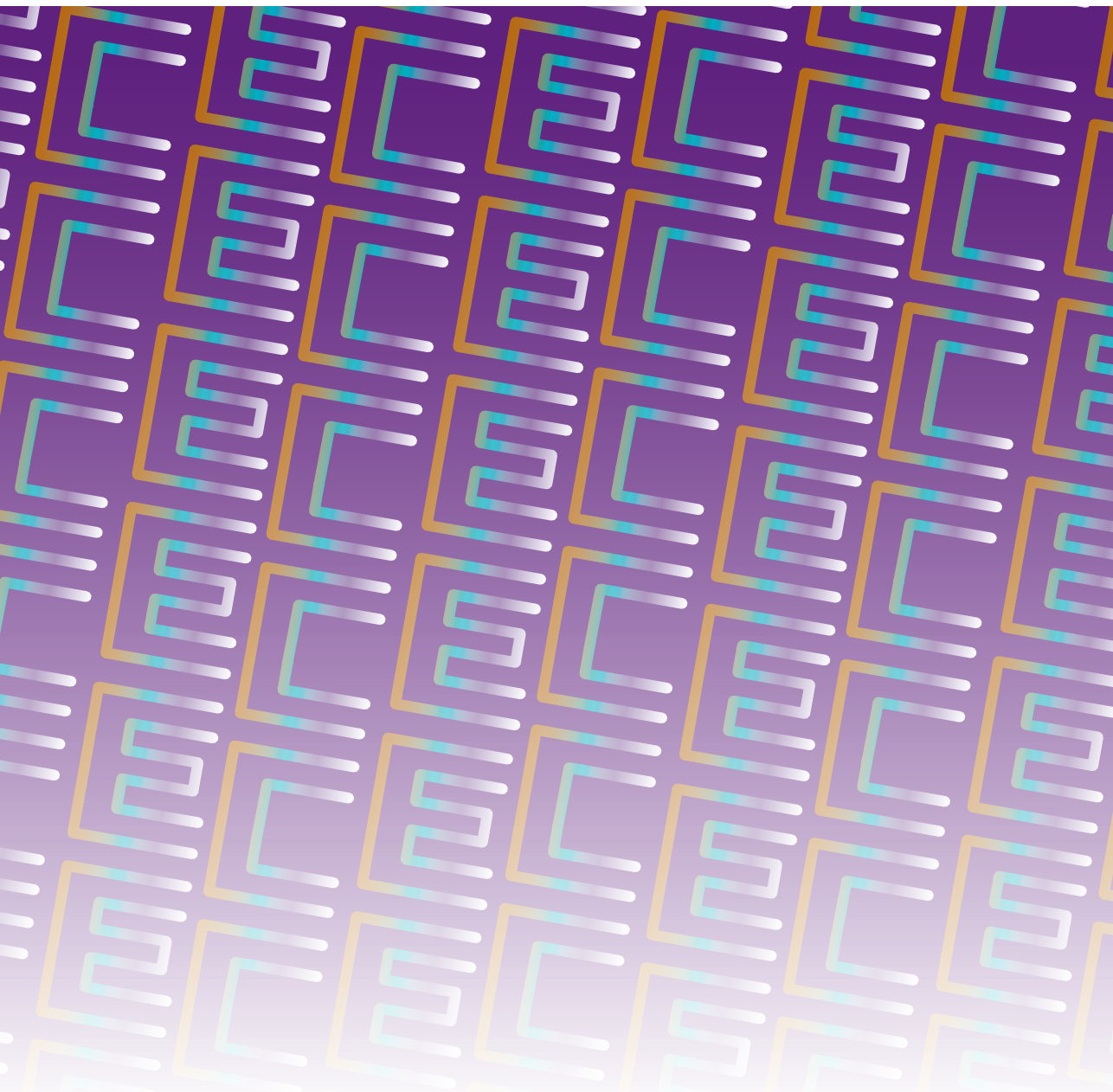


# Code d'Euthanasie 2018

CODE DE DÉONTOLOGIE EN MATIÈRE D'EUTHANASIE  
ÉCLAIRAGE DE LA PRATIQUE DU CONTRÔLE



COMMISSIONS REGIONALES  
DE CONTROLE  
DE L'EUTHANASIE

RTE

# TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	4
1 LE CODE DE DÉONTOLOGIE EN MATIÈRE D'EUTHANASIE (2018) : OBJECTIF ET STRUCTURE	6
2 PRINCIPAUX ASPECTS DE LA LOI, MÉTHODES DE TRAVAIL DES COMMISSIONS ET DIRECTIVES DU CORPS MÉDICAL	
2.1. Principaux aspects de la loi : critères de rigueur	8
2.2. Principaux aspects de la loi : signalement et contrôle	10
2.3. Méthodes de travail des commissions	11
2.4. Importance des directives du corps médical	13
3 CRITÈRES DE RIGUEUR FIXÉS PAR LA LOI	
3.1. Mise en œuvre par un médecin	14
Praticien autre que le médecin traitant dans des situations non urgentes	14
Praticien autre que le médecin traitant dans des situations d'urgence	14
3.2. Demande volontaire et mûrement réfléchie	15
Demande volontaire	16
Demande mûrement réfléchie	17
3.3. Souffrances insupportables et sans perspective	18
Quelques aspects généraux	18
Fondement médical des souffrances	19
Polypathologies gériatriques	19
Souffrances sans perspective d'amélioration	20
Souffrances insupportables	20
3.4. Information du patient	22
3.5. Absence d'une autre solution raisonnable	22
3.6. Indépendance du consultant	24
Besoin d'information du médecin à un stade précoce de la maladie	25
Responsabilité du médecin par rapport au consultant	26
Indépendance du consultant	26
Compétence du consultant	27
Principe : le consultant voit le patient et lui parle	28
Seconde consultation	28
Les commissions et le consultant	29
3.7. Rigueur médicale	30
Généralités	31
Interruption de la vie sur demande : ordre d'administration des produits et dosage	31
Interruption de la vie sur demande : vérification du coma	31
Interruption de la vie sur demande : mise en œuvre par le médecin lui-même	31

Aide au suicide : produits et dosage	32
Aide au suicide : le médecin reste à proximité immédiate du patient	32
La relation entre le médecin et le pharmacien	32
<b>4 ASPECTS PARTICULIERS</b>	
4.1. Testament de vie	34
Teneur du testament de vie	34
Autres critères de rigueur applicables par analogie	35
4.2. Patients mineurs	37
4.3. Patients souffrant de troubles psychiatriques	38
Avis d'un consultant et d'un spécialiste	39
Troubles somatiques et psychiatriques associés	39
4.4. Patients atteints de démence	40
Première phase	40
Phase avancée	40
Avis d'un consultant et d'un spécialiste	41
4.5. Patients atteints d'un handicap mental	42
Avis d'un consultant et d'un spécialiste	43
4.6. Patients atteints d'aphasie	43
4.7. Coma ou état de conscience minimale	44
Le coma ou l'état de conscience minimale survient avant ou après la consultation	44
Le coma ou l'état de conscience minimale survient avant que la mise en œuvre de l'euthanasie ne soit envisagée	47
4.8. Euthanasie et sédation palliative	47
4.9. La « vie accomplie »	49
4.10. Don d'organes et de tissus après une euthanasie	49
4.11. Conditions non requises par la loi	50
<b>5 RÉFÉRENCES UTILES</b>	
5.1. Le site internet des commissions	51
5.2. Programme SCEN	51
5.3. Les évaluations de la loi WTL	51
5.4. Les directives du ministère public	52
<b>ANNEXE – DISPOSITIONS LÉGALES PERTINENTES</b>	53
Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (WTL)	53
Code pénal	60
Loi sur les pompes funèbres	61

# AVANT-PROPOS

Cher lecteur,

Lors de la publication de la première version du code de déontologie en 2015, il a été convenu qu'il serait régulièrement actualisé par les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE). La première mise à jour a résulté dans le présent texte, intitulé : Code de déontologie en matière d'euthanasie 2018, un éclairage de la pratique du contrôle.

Comme son nouveau titre l'indique, le code présente le contrôle de l'euthanasie dans sa mise en pratique concrète, ou pour reprendre les termes de la troisième évaluation de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (2017) : « il expose la façon dont les RTE interprètent les critères de rigueur ». Comparé à la version de 2015, le code 2018 apporte, outre des améliorations rédactionnelles, plusieurs précisions sur le fond découlant de jugements publiés entretemps par les RTE et de réactions reçues de diverses parts.

Ces précisions portent notamment sur le degré d'indépendance du consultant par rapport au médecin qui pratique l'euthanasie et sur les passages relatifs aux patients souffrant de troubles psychiatriques ou de démence. Des précisions ont par ailleurs été apportées – conformément aux recommandations de la commission Schnabel – sur les possibilités que laisse la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (loi WTL) aux patients ayant une demande d'interruption de la vie en lien avec des polyopathologies gériatriques<sup>1</sup>. Comme établi dans la troisième évaluation de la loi WTL, depuis la parution du code en 2015 « aucun nouveau développement ne s'est produit [...] concernant l'interprétation des critères de rigueur fixés par la loi ».

Le code de déontologie en matière d'euthanasie 2018 s'adresse en premier lieu aux médecins et aux consultants. Afin de savoir s'ils connaissaient le code 2015 et ce qu'ils en pensaient, A. Mackor et

1 Cf. le rapport *La vie accomplie. L'aide au suicide pour les personnes estimant que leur vie a atteint son terme* [Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten], La Haye, janvier 2016, p. 210-212.

H. Weyers ont mené une enquête en 2016 auprès de médecins et de consultants ayant une expérience de la mise en œuvre de l'euthanasie ou de l'aide au suicide. Outre quelques réserves critiques, il ressort des nombreuses réponses que les médecins considèrent le code surtout comme une précieuse source d'informations. Près de 90 % des consultants connaissent le code, contre seulement quelque 20 % des médecins pratiquant l'euthanasie.

Il faut – comme le préconise aussi l'accord de coalition Confiance dans le futur – s'appliquer sérieusement à améliorer la connaissance de la loi WTL parmi les professionnels<sup>2</sup>. En coopération avec le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG) et tout particulièrement avec l'association nationale des médecins généralistes (LHV), nous nous efforcerons d'accroître la diffusion du code 2018 auprès des professionnels concernés.

Le code joue aussi un rôle utile dans l'harmonisation des jugements des commissions : si l'une d'elles estime devoir s'éloigner du code en raison de circonstances très particulières, elle argumente cette décision et l'explique toujours dans son jugement. Ont travaillé à la présente version du code, comme à celle de 2015, J. Gevers, E. Veldhuis, A. Mackor, la secrétaire générale N. Visée, assistée cette fois-ci par le secrétaire C. Wildemast. Le résultat de ces efforts est le nouveau code de déontologie en matière d'euthanasie 2018.

Vos réactions sont riches d'enseignement pour les commissions, et je vous invite à les transmettre en utilisant le formulaire disponible sur le site internet [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl).

J. Kohnstamm, président coordinateur des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie

La Haye, avril 2018

# 1 LE CODE DE DÉONTOLOGIE EN MATIÈRE D'EUTHANASIE (2018) : OBJECTIF ET STRUCTURE

Aux termes de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide, mieux connue sous le nom de loi sur l'euthanasie (ci-après : loi WTL), entrée en vigueur en 2002, cinq commissions régionales sont chargées d'évaluer les cas d'euthanasie qui leur sont signalés. Depuis cette date, les commissions ont examiné plusieurs milliers de signalements pour contrôler le respect des critères de rigueur mentionnés dans la loi WTL<sup>3</sup>. Elles rendent compte de leurs travaux dans leur rapport annuel commun. Par ailleurs, un grand nombre de cas sont également publiés sur le site [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl), accompagnés de la conclusion des commissions. Ces analyses de cas et les rapports annuels permettent de mieux comprendre la façon dont elles interprètent et appliquent les critères de rigueur pour l'euthanasie, tels que fixés par la loi. Le présent code de l'euthanasie 2018 a été rédigé pour rendre ces informations plus accessibles, conformément à une des recommandations du deuxième rapport d'évaluation de la loi WTL (2012).

La loi WTL fait la distinction entre interruption de la vie sur demande et aide au suicide. Pour ces deux formes de fin de vie volontaire, le code emploie le terme général d'euthanasie et ne fait appel aux termes spécifiques susmentionnés que si cela est nécessaire<sup>4</sup>.

Le code de l'euthanasie 2018 expose dans les grandes lignes les aspects et considérations jugés pertinents par les commissions pour ce qui est du respect des critères de rigueur fixés par la loi en matière d'euthanasie. Son objet n'est pas de décrire toutes les situations imaginables, mais de présenter un résumé de ces considérations, telles que publiées ces dernières années par les commissions dans leurs rapports annuels et leurs appréciations de signalements. Le code est axé sur la réflexion déontologique et non sur les cas concrets.

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

4 Cette distinction est abordée aux paragraphes 3.7 (rigueur médicale) et 4.1 (testament de vie).

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

Le code est structuré de la façon suivante : le chapitre 2 donne un bref aperçu de la législation en vigueur en matière d'euthanasie ainsi que de la procédure et des méthodes de travail appliquées par les commissions. Il s'arrête également sur l'importance des directives émanant du corps médical.

Les critères de rigueur tels que fixés par la loi sont présentés au chapitre 3, tandis que le chapitre 4 aborde des situations et des aspects particuliers. Enfin, le chapitre 5 propose quelques références utiles.

## 2 PRINCIPAUX ASPECTS DE LA LOI, MÉTHODES DE TRAVAIL DES COMMISSIONS ET DIRECTIVES DU CORPS MÉDICAL

### 2.1. PRINCIPAUX ASPECTS DE LA LOI : CRITÈRES DE RIGUEUR<sup>5</sup>

Au cours des décennies précédant l'entrée en vigueur de la loi WTL, la pratique s'est établie aux Pays-Bas d'autoriser un médecin à accéder dans certaines circonstances à la demande d'euthanasie d'un patient. Les deux points essentiels à cet égard concernent la demande du patient et le caractère insupportable de ses souffrances. Tous ces critères sont depuis 2002 consignés dans la loi WTL.

Cette loi n'a pas pour autant légalisé l'euthanasie. Les articles 293 et 294 du code pénal disposent en effet que l'euthanasie est passible de poursuites au regard du droit néerlandais. Ils prévoient toutefois une exception à cette interdiction si l'euthanasie est pratiquée par un médecin qui a respecté tous les critères de rigueur prévus dans la loi WTL et a signalé son acte aux commissions régionales de contrôle (cf. paragraphe 2.2.)<sup>6</sup>.

Selon ces critères, le médecin doit :

- a. avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie (art. 2, paragraphe 1, sous a, de la loi WTL) ;
- b. avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration (art. 2, paragraphe 1, sous b, de la loi WTL) ;
- c. avoir informé le patient sur sa situation et sur ses perspectives (art. 2, paragraphe 1, sous c, de la loi WTL) ;
- d. être parvenu, en concertation avec le patient, à la conviction qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouvait (art. 2, paragraphe 1, sous d, de la loi WTL) ;

<sup>5</sup> Pour plus d'informations, consulter le site internet [www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl).

<sup>6</sup> Les articles 293 et 294 du code pénal figurent dans l'annexe Dispositions légales pertinentes.



- e. avoir consulté au moins un confrère indépendant, qui a examiné le patient et a consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur énoncés aux points a. à d. (art. 2, paragraphe 1, sous e, de la loi WTL), et
- f. pratiquer l'interruption de la vie ou l'aide au suicide avec toute la rigueur médicale requise (art. 2, paragraphe 1, sous f, de la loi WTL).

La loi WTL ne fait pas mention de l'espérance de vie du patient. Elle ne pose pas non plus comme condition d'une euthanasie que le patient se trouve en phase terminale, ni qu'il doive souffrir d'une pathologie somatique. Il n'est pas non plus nécessaire que la maladie engage le pronostic vital du patient. Cet aspect ne joue aucun rôle à partir du moment où les critères de rigueur fixés dans la loi sont respectés. Si, dans la pratique, la durée de vie du patient est souvent réduite, la loi n'exclut cependant pas qu'un médecin accède à la demande d'euthanasie d'un patient dont la vie pourrait encore se prolonger pendant de nombreuses années. Le fait que la demande est volontaire et mûrement réfléchie, et le caractère insupportable et sans perspective d'amélioration des souffrances sont les conditions primordiales de l'euthanasie.

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

> cf. aussi paragraphe 4.2.

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

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

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

> l'arrêt *Chabot* (1994) au paragraphe 4.3.

Les médecins ne sont pas tenus d'accéder à une demande d'euthanasie, même si tous les critères de rigueur mentionnés plus haut sont remplis. L'euthanasie n'est pas un droit du patient, et ils peuvent refuser de la pratiquer. Il faut alors qu'ils en informent le patient à un stade précoce<sup>7</sup>, afin que celui-ci puisse, s'il le désire, s'adresser à un autre praticien. Les médecins orientent parfois leurs patients vers un collègue, ou vers la Clinique de fin de vie (SLK)<sup>8</sup>.

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

8 [levenseindekliniek.nl](http://levenseindekliniek.nl).

## 2.2. PRINCIPAUX ASPECTS DE LA LOI : SIGNALEMENT ET CONTRÔLE

Le médecin ayant pratiqué une euthanasie doit le signaler au médecin légiste de la commune. Il<sup>9</sup> utilise le formulaire prévu à cet effet qu'il remet lors de l'examen du corps. Il joint à son rapport motivé<sup>10</sup> le compte rendu du consultant<sup>11</sup>. La plupart du temps, le médecin transmet aussi d'autres documents, tels que le dossier médical, les lettres des spécialistes et, le cas échéant, le testament de vie du patient. Le médecin légiste soumet ce signalement, accompagné des pièces jointes, à la commission de la région où l'euthanasie a été pratiquée. C'est cette commission qui évalue le dossier de signalement et le processus de mise en œuvre de l'euthanasie<sup>12</sup>. Si la commission estime que le médecin a respecté tous les critères, et a donc agi avec la rigueur nécessaire, elle l'en informe par écrit. La phase de contrôle et d'évaluation est alors achevée.

Si la commission juge au contraire que le médecin n'a pas satisfait à un ou plusieurs critères, elle en informe conformément à la loi, outre le médecin, le ministère public (OM) et l'Inspection de la santé (IGJ)<sup>13</sup> qui décident des suites à donner.

Les commissions vérifient si le médecin signaleur a agi conformément aux critères de rigueur, en considérant les dispositions légales, la genèse de la loi et la jurisprudence. Elles tiennent également compte des jugements antérieurs des commissions, des directives médicales et des décisions du ministère public et de l'Inspection de la santé en cas de non-respect de ces critères.

Les commissions examinent si tous les critères de rigueur mentionnés plus haut ont été respectés. Pour les critères c, e et f, il s'agit de ce que les juristes appellent un contrôle approfondi. Les commissions examinent si le médecin a informé le patient, s'il a consulté au moins un confrère indépendant et si l'euthanasie a été pratiquée avec toute la rigueur médicale requise. Pour les critères a, b et d, les commissions examinent si le médecin a *raisonnablement* pu acquiescer la conviction

- 9 Pour des raisons de commodité, le code de déontologie 2018 utilise toujours le masculin pour désigner hommes ou femmes.
- 10 Le formulaire peut être téléchargé à partir des sites internet suivants : [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl) et [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl).
- 11 Cf. art. 7, paragraphe 2, de la loi sur les pompes funèbres. Le texte de cette disposition figure dans l'annexe Dispositions légales pertinentes.
- 12 Si besoin, la commission peut aussi recueillir des informations auprès du médecin légiste de la commune.
- 13 Si la commission a jugé que les critères de rigueur ont été respectés, le cas ne leur est pas transmis. Il est possible que ces instances soient tout de même appelées à en prendre connaissance, suite par exemple au signalement d'un tiers. Elles sont alors toutes deux habilitées à l'examiner.

que la demande du patient était volontaire et mûrement réfléchie, que ses souffrances étaient insupportables et sans perspective d'amélioration et qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable. Il s'agit de ce que l'on appelle en langage juridique un contrôle marginal.

### 2.3. MÉTHODES DE TRAVAIL DES COMMISSIONS<sup>14</sup>

Les commissions régionales de contrôle sont au nombre de cinq, réparties comme suit : Groningue/Frise/Drenthe/Pays-Bas caraïbes<sup>15</sup>, Overijssel/Gueldre/Utrecht/Flevoland, Hollande-Septentrionale, Hollande-Méridionale/Zélande et Brabant-Septentrional/Limbourg<sup>16</sup>.

Les commissions examinent les signalements sur la base du rapport motivé<sup>17</sup> du médecin qui a pratiqué l'euthanasie<sup>18</sup>, du compte rendu de son confrère consultant qui y est joint et d'autres documents pertinents, tels que le dossier médical du patient, les lettres des spécialistes ou un testament de vie.

Les commissions classent les signalements en deux catégories suivant qu'ils sont générateurs de questions (VO, environ 20 % des cas) ou non (NVO, 80 % des cas).

Les signalements de cette dernière catégorie sont traités par voie numérique, un système sécurisé permettant les échanges entre les membres des commissions. Les NVO ne sont pas abordés dans les réunions des commissions. Si toutefois des questions surgissent lors du traitement numérique, le signalement passe dans le groupe des VO et est alors discuté en réunion. Le classement dans l'une ou l'autre catégorie dépend des questions que le signalement suscite, par exemple à cause de la complexité de la problématique concernée ou des carences du dossier sur certains points.

Le médecin doit répondre aux questions du formulaire de signalement. Si les données dont dispose la commission sont incomplètes ou soulèvent des interrogations, elle peut prier le médecin ayant pratiqué l'euthanasie ou son confrère consultant de lui fournir des compléments d'information par téléphone ou par écrit

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

15 Bonaire, Saba et Saint-Eustache.

16 Pour la composition et le lieu du siège des commissions, consulter [www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl).

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

18 Cf. le modèle de rapport du médecin traitant [*Model voor een verslag van de behandelend arts*], publié sur [www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl).

ou l'inviter à venir s'expliquer à ce sujet, éventuellement accompagné d'une personne de son choix. Le compte rendu de cet entretien est transmis pour commentaire à l'intéressé. Les commissions sont conscientes qu'un tel entretien peut être astreignant pour le médecin, mais les explications verbales sont parfois nécessaires afin d'éclaircir certains points, et, dans certains cas, même indispensables à une appréciation correcte.

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

Il est également possible de transmettre le projet de jugement aux membres de toutes les commissions, par exemple pour des cas d'une grande complexité ou posant des questions de droit nouvelles. Les commissions œuvrent ainsi à l'harmonisation de leurs jugements, et en faveur de la sécurité juridique et de l'unité du droit. En 2017, les commissions (RTE) ont créé un comité de réflexion interne chargé d'émettre des avis sur les questions de droit, notamment en vue de favoriser l'harmonisation et la cohérence des jugements. Les commissions saisissent le comité sur une question particulière, mais sont libres de suivre ou non son avis. La commission communique en principe son jugement au médecin dans un délai de six semaines après réception du signalement. Ce délai est renouvelable une fois si les circonstances l'exigent, auquel cas la commission en informe le médecin.

Depuis 2015, les RTE disposent d'un règlement relatif au traitement des plaintes. Elles ont mis en place une commission indépendante chargée d'examiner les plaintes émises à leur rencontre par les médecins signaleurs, les consultants, les médecins légistes et autres personnels, pour autant qu'ils sont parties prenantes d'un signalement d'interruption de la vie sur demande ou d'aide au suicide. Les plaintes ne sont recevables que si elles portent sur les procédés de membres ou de personnels des RTE, et non sur le fond ou les motifs du jugement d'une commission. Le règlement relatif au traitement des plaintes est publié sur le site internet des RTE.

## 2.4. IMPORTANCE DES DIRECTIVES DU CORPS MÉDICAL

Plusieurs directives élaborées par le corps médical jouent un rôle important lorsque le médecin doit déterminer son point de vue sur la demande d'euthanasie d'un patient. Elles aident en règle générale à interpréter les critères de rigueur – formulés en termes généraux dans la loi (cf. chapitre 3). Ainsi, les commissions font explicitement référence à celle intitulée Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide [*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*], publiée en 2012 par la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la médecine (KNMG) et la Société royale néerlandaise pour l'avancement de la pharmacie (KNMP). Cette directive est importante lorsqu'il s'agit de contrôler que l'euthanasie a été effectuée avec la rigueur médicale requise. Elle porte en effet sur le choix des produits à utiliser et leur dosage, ainsi que sur la vérification de la profondeur du coma. Puisque le critère en jeu vise la rigueur « médicale », il est logique que les commissions s'appuient sur les normes fixées par le groupe professionnel concerné, à savoir les médecins et les pharmaciens.

Concernant l'examen d'un signalement d'euthanasie, les commissions ont une responsabilité propre, fondée sur la loi. Cela signifie que les directives formulées par le corps médical n'ont de poids que lorsque leur teneur s'inscrit dans le cadre de la loi. Il peut arriver qu'il y ait divergence entre une directive et la loi, plus précisément que la directive pose des exigences plus sévères que la loi ; pour la commission, c'est alors la loi qui prévaut<sup>19</sup>. Il se peut aussi que les directives abordent certains aspects que le médecin doit prendre en compte dans le cadre de sa responsabilité professionnelle, mais qui ne sont pas pertinents pour l'appréciation d'un signalement par les commissions<sup>20</sup>. La commission peut ainsi juger que le médecin a respecté les critères de rigueur alors qu'il n'a pas agi de façon totalement conforme aux normes de sa profession.

19 Cf. la lettre de la ministre de la Santé adressée à la Chambre des représentants le 4 juillet 2014 (documents parlementaires II, 2013-2014, 32647, no 30).

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

# 3 CRITÈRES DE RIGUEUR FIXÉS PAR LA LOI

## 3.1. MISE EN ŒUVRE PAR UN MÉDECIN

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

### Praticien autre que le médecin traitant dans des situations non urgentes

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

### Praticien autre que le médecin traitant dans des situations d'urgence

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

Dans la suite de ce chapitre, on entendra par « médecin » le praticien qui a effectué l'euthanasie.

### 3.2. DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE

La loi WTL stipule que le médecin doit avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie. Une demande orale est suffisante, la loi ne prescrivant pas de le faire par écrit.

Il découle des dispositions légales que le patient doit faire sa demande lui-même. Si elle est effectuée en son nom par un tiers, elle ne pourra être prise en compte<sup>21</sup>. Dans tous les cas, il ne doit faire aucun doute que la demande a été émise par le patient même. Il lui est possible de l'émettre longtemps avant le moment où l'euthanasie sera pratiquée, mais cet intervalle peut aussi être très court si son état se dégrade rapidement. Autrement dit, il n'est pas nécessaire que la demande s'inscrive dans la durée, en ce sens qu'elle ne pourrait être satisfaite que si elle a été maintenue pendant un certain temps. Il arrive régulièrement que le patient ait des hésitations au sujet de l'euthanasie. Ce qui compte au final, c'est que le médecin ait la conviction que la demande est cohérente et sans ambiguïté.

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

- le malade n'est plus en état de formuler verbalement sa demande, mais peut communiquer d'une autre façon (par exemple par des gestes de la main, des hochements de tête, en serrant la main du médecin en réponse à des questions fermées de sa part ou à l'aide d'un ordinateur vocal) ;
- le patient est capable d'émettre sa demande, mais plus de l'argumenter. Dans tous ces cas, l'important est d'avoir des preuves suffisantes, sur la base de ce qu'il arrive encore à exprimer et de son comportement, que sa demande est réelle et constante. Ce qu'il est encore en mesure d'exprimer à ce moment sera pris en compte au regard de ses déclarations, écrites ou non, comportements ou signaux antérieurs.

Si la communication est difficile ou impossible, un testament de vie rédigé à un stade antérieur pourra remplacer la demande verbale du patient.

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

21 Il n'est donc pas possible de demander l'euthanasie par procuration. Le patient doit absolument faire lui-même la demande d'euthanasie. Cf. documents parlementaires II 1998-1999, 2669 I, no 3, p. 9. Des tiers peuvent cependant signaler au médecin que le patient souhaite l'euthanasie, de sorte qu'il s'en entretienne avec lui ou qu'il puisse prendre en considération l'éventuel testament de vie du patient si celui-ci n'est plus en état de communiquer.

## Demande volontaire

La demande du patient doit être volontaire. Ce qui implique,

*en premier lieu* qu'elle a été faite sans influence extérieure, incompatible avec un acte libre. Le médecin doit en avoir acquis la conviction. Ainsi, si un proche du patient intervient plus qu'il ne faudrait durant l'entretien entre le médecin et le patient et donne constamment des réponses que le médecin souhaite entendre de la bouche de ce dernier, un entretien en tête-à-tête peut s'avérer nécessaire. Du reste, le fait qu'un patient demande l'euthanasie notamment parce qu'il estime être un poids pour son entourage ne signifie pas nécessairement que sa demande n'est pas volontaire<sup>22</sup>.

*en second lieu*, que le patient doit être capable d'exprimer sa volonté (acte volontaire)<sup>23</sup>. Il doit donc être en mesure de communiquer de façon intelligible sur sa demande d'euthanasie, de comprendre les informations pertinentes concernant son état et le pronostic de sa maladie, de peser les éventuelles autres solutions et d'appréhender les conséquences de sa décision. Il doit être capable d'expliquer pourquoi il souhaite une euthanasie.

La capacité d'exprimer sa volonté n'est pas nécessairement absolue : un patient peut fort bien en faire preuve pour une décision (par exemple sa demande d'euthanasie), mais en être dénué pour une autre (par exemple la gestion de ses finances). C'est ce qui ressort aussi de la teneur de la capacité à exprimer sa volonté telle que définie dans la loi relative au contrat de traitement médical (loi WGBO, article 7:465 du code civil néerlandais), à savoir que le patient peut être considéré comme capable d'évaluer raisonnablement ses intérêts concernant la décision à prendre. La capacité d'exprimer sa volonté implique que le patient est capable de comprendre les informations pertinentes concernant son état, de peser les autres solutions et d'appréhender les conséquences de sa décision<sup>24</sup>.

Si un patient n'est pas apte à exprimer sa volonté, la loi WGBO prévoit que son représentant peut donner en son nom son accord informé à certains actes médicaux. Cela ne vaut pas pour l'euthanasie ; personne

22 L'impression d'être un poids pour son entourage peut contribuer au caractère insupportable des souffrances.

23 Les documents parlementaires relatifs à la loi WTL mentionnent de façon réitérée que pour faire une demande d'euthanasie le patient doit être apte à exprimer sa volonté ; cf. documents parlementaires II, 1999-2000, 2669 I, n° 6, p. 5 à 7.

24 Cf. Guide pour l'appréciation de la capacité d'exprimer sa volonté (version 2007) [*Handreiking voor de beoordeling van wijsbekwaamheid*] sur [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) (rechercher *handreiking voor de beoordeling van wijsbekwaamheid*).



ne peut représenter le patient qui doit être en mesure de saisir la portée de cette demande, de comprendre les informations concernant le pronostic de sa maladie et les autres solutions, et de prendre une décision par lui-même. Si un patient n'est plus capable d'exprimer sa volonté, un testament de vie rédigé à un stade antérieur peut remplacer sa demande verbale.

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

*> pour les catégories particulières de patients, voir les paragraphes 4.3, 4.4 et 4.5.*

### Demande mûrement réfléchie

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

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

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

## DEMANDE VOLONTAIRE ET MÛREMENT RÉFLÉCHIE : PRINCIPAUX ASPECTS

- demande émise par le patient lui-même
- acte libre : aucune influence de tiers
- acte volontaire : compréhension de sa situation
- demande mûrement réfléchie : caractère averti, cohérent et non impulsif
- cohérence prouvée par la réitération de la demande ou d'autres modes de communication du patient
- testament de vie pouvant remplacer une demande orale (cf. paragraphe 4.1.)
- attention particulière nécessaire dans des situations spécifiques (cf. chapitre 4)

### 3.3. SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION

#### Quelques aspects généraux

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

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

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

*> pour le coma et l'état de conscience minimale, voir le paragraphe 4.7.*

*> pour le rapport entre euthanasie et sédation palliative, voir le paragraphe 4.8.*

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

### Fondement médical des souffrances

Le médecin doit acquérir la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration. Il ressort de la genèse de la loi WTL que les souffrances doivent comporter une dimension médicale<sup>25</sup>, ce qui exclut de son champ le cas de la vie accomplie<sup>26</sup>. Cette question ne relève pas du domaine médical ; les médecins ne disposent pas des compétences spécifiques nécessaires pour en juger.

Dans l'arrêt Brongersma de 2002, la Cour suprême, considérant la genèse de la loi, a estimé que les souffrances du patient devaient essentiellement être dues à une ou plusieurs maladies ou affections médicalement répertoriées. Elle a également confirmé l'arrêt Chabot de 1994 selon lequel l'affection peut être d'ordre somatique ou psychique. La KNMG a ensuite considéré que l'évaluation des souffrances dans le cadre d'une interruption de la vie pratiquée par des médecins devait notamment indiquer un fondement médical<sup>27</sup>. Suite à l'arrêt Brongersma et au point de vue adopté par la KNMG, les RTE ont repris cette idée ; les souffrances doivent relever du domaine de responsabilité et de compétence du médecin. L'état du patient doit avoir le caractère d'une maladie ou d'une affection. Cependant, il ne doit pas nécessairement s'agir d'une affection unique ou d'une maladie engageant le pronostic vital. Le patient peut souffrir de deux maladies ou davantage. Le fondement médical des souffrances réside alors dans l'association des pathologies.

### 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.

25 Mémoire en réponse, documents parlementaires I 2000-2001, 26691, no 137b, p. 32 à 34.

26 Cf. Chambre des représentants, compte rendu des débats parlementaires II 23 novembre 2000, 27-2254, dans lequel la question de la « vie accomplie » est abordée.

27 Point de vue de la KNMG sur « Le rôle du médecin dans la fin de vie volontaire » [*De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*] (2011), paragraphe 2.5 Fondement médical [*Medische grondslag*] p. 27 et suivantes.

Ces affections pour la plupart dégénératives sont généralement liées à la vieillesse. C'est leur association et les troubles afférents qui sont la cause de souffrances que le patient, selon son histoire médicale, la vie qu'il a menée, sa personnalité, les valeurs auxquelles il est attaché et sa résistance, peut ressentir comme insupportables et dépourvues de perspective d'amélioration.

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

*> pour la vie accomplie, voir le paragraphe 4.9.*

### Souffrances sans perspective d'amélioration

Les souffrances d'un patient sont considérées comme sans perspective d'amélioration lorsqu'elles sont dues à une maladie ou affection incurable et qu'il est impossible d'atténuer les symptômes de telle sorte qu'ils deviennent tolérables. Pour évaluer ce critère, le diagnostic et le pronostic sont cruciaux. Il s'agit de se demander s'il existe une possibilité réelle, autre que l'euthanasie, de faire cesser ou d'atténuer les symptômes. Il faut ce faisant tenir compte du degré d'amélioration que peut procurer un traitement mais aussi des aspects négatifs qu'il est susceptible d'avoir pour le patient. L'absence de perspective d'amélioration doit être considérée dans le contexte de la maladie ou de l'affection du patient et des symptômes afférents. Ce critère est rempli lorsqu'il n'y a pas de réelle possibilité de traitement curatif ou palliatif 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 (article 2, paragraphe 1, sous d, de la loi WTL).

*> cf. aussi paragraphe 3.5.*

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

### Souffrances insupportables

Le caractère insupportable des souffrances est parfois difficile à établir, car chaque patient réagit différemment à la douleur. Ce qui est supportable pour l'un ne l'est pas pour l'autre. Il faut considérer la réaction du patient concerné, en tenant compte de la vie qu'il a menée, de la genèse de sa maladie, de sa personnalité, des valeurs auxquelles il est attaché et de sa résistance physique et psychique. Le médecin doit

arriver à appréhender le caractère insupportable des souffrances du patient concerné, ce qui implique qu'il se projette non seulement dans la situation de ce dernier mais aussi dans sa perspective.

Un élément déterminant des souffrances du patient peut aussi être l'angoisse qu'il éprouve devant la dégradation à venir de sa santé : augmentation de la douleur, progression de la déchéance, suffocation ou nausées, mais aussi survenue d'un état dans lequel les valeurs qu'il considère comme essentielles, telles l'indépendance et la dignité, ne peuvent plus être respectées. Les souffrances du patient sont donc liées à sa prise de conscience que sa situation ne fera que s'aggraver et que les valeurs et les conditions de vie auxquelles il est attaché sont menacées. Tel est le cas pour les personnes atteintes de cancer, mais aussi pour les patients souffrant d'affections dégénératives comme la SLA, la SEP, la démence et la maladie de Parkinson.

#### SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET SANS PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION : PRINCIPAUX ASPECTS

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

### 3.4. INFORMATION DU PATIENT

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

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

#### INFORMATION : PRINCIPAUX ASPECTS

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

22

### 3.5. ABSENCE D'UNE AUTRE SOLUTION RAISONNABLE

Le médecin doit, avec le patient, acquérir la conviction qu'il n'existe aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouve. Ce critère, qui s'inscrit dans la ligne de celui de l'absence de perspective d'amélioration, est lié au caractère radical et irréversible de l'euthanasie. S'il existe des moyens moins radicaux de réellement diminuer ou supprimer les souffrances, le médecin se doit de les utiliser.

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

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

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

Chez un patient en fin de vie, les soins palliatifs (dont le traitement de la douleur et la sédation) occupent une place centrale. Si la douleur est la principale cause des souffrances, l'administration d'analgésiques peut être une solution. Cependant, le patient peut avoir de bonnes raisons de refuser les soins palliatifs, par exemple parce qu'il ne veut pas sombrer dans la somnolence (suite à l'augmentation des doses de morphine) ou perdre conscience (en cas de sédation palliative). Il est capital que le médecin informe correctement le patient sur les avantages et les inconvénients des soins palliatifs, sachant qu'en fin de compte c'est le patient qui décide d'y faire appel ou non.

Une autre solution est donc raisonnable si :

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

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

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

#### ABSENCE D'UNE AUTRE SOLUTION RAISONNABLE : POINTS PRINCIPAUX

- Point de vue partagé entre médecin et patient
- Autre solution raisonnable : impact réel sur les souffrances, effet à court terme, pendant une période relativement longue, rapport favorable entre avantages et inconvénients
- Apprécier les désagréments pour le patient en tenant compte de sa situation spécifique
- Le patient peut toujours refuser un traitement, y compris palliatif. Cependant si ce traitement est susceptible de remédier aux souffrances, le refus peut entraîner le rejet d'une demande d'euthanasie.
- De façon générale, le refus de la sédation palliative n'empêche pas d'accéder à une demande d'euthanasie.

### 3.6. INDÉPENDANCE DU CONSULTANT

Avant de pratiquer l'euthanasie, le médecin doit consulter au moins un autre médecin indépendant qui a vu le patient et jugé du respect des critères de rigueur a à d mentionnés aux paragraphes 3.2 à 3.5. La loi WTL ne prescrit pas que le consultant se prononce sur la rigueur médicale avec laquelle l'euthanasie est pratiquée (critère f, traité ci-après au paragraphe 3.7.). Il peut cependant si besoin conseiller le médecin sur ce point.

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

Il arrive que le patient soit suivi par plusieurs médecins qui travaillent ensemble, et que l'un d'entre eux demande la consultation tandis



qu'un autre effectue ensuite l'euthanasie. Dans ce cas, le consultant devra aussi justifier de son indépendance par rapport à ce dernier confrère.

Le rôle du consultant n'est pas de juger le médecin, ni de lui donner une « autorisation ». Il doit juger par lui-même si les critères de rigueur sont remplis et informer le médecin par écrit de son avis motivé. Si le médecin ne suit pas cet avis, il devra s'en expliquer clairement dans son rapport.

Dans la grande majorité des cas, le consultant indépendant est un médecin du SCEN<sup>28</sup>. Formés par la KNMG, ces praticiens peuvent immédiatement être contactés pour émettre un avis compétent et indépendant dans le cadre d'une demande d'euthanasie. Ils fournissent aussi soutien et informations. Tous les médecins peuvent faire appel à un confrère du SCEN.

### Besoin d'information du médecin à un stade précoce de la maladie

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

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

28 SCEN signifie : soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas. Le SCEN est un programme élaboré par la KNMG, qui a publié en 2011 une directive pour les médecins intitulée Pour un soutien et une consultation adéquats en cas d'euthanasie [*Goede steun en consultatie bij euthanasie*]. Cette organisation, qui a une structure régionale, vise à garantir la qualité par le biais de groupes d'analyse des pratiques professionnelles.

## Responsabilité du médecin par rapport au consultant

Avant de prendre la décision définitive de réaliser l'euthanasie, le médecin doit prendre connaissance des conclusions du consultant. S'il doit leur accorder un poids certain, il peut en cas de divergence d'opinion décider de donner tout de même suite à la demande de son patient, décision qu'il lui faudra cependant expliquer à la commission. Il a également la possibilité de s'adresser à un autre consultant, étant entendu qu'il ne doit pas répéter cette manœuvre jusqu'à ce qu'il ait trouvé celui qui partage son point de vue<sup>29</sup>. S'il a fait appel à plusieurs consultants, le médecin doit fournir tous leurs comptes rendus à la commission, par l'intermédiaire du médecin légiste.

Le médecin a tout intérêt à ce que les comptes rendus de consultation soient complets et de bonne qualité<sup>30</sup>. Cette dernière laisse parfois à désirer, parce que le consultant n'a pas examiné tous les critères de rigueur, qu'il n'a pas suffisamment motivé ses conclusions ou que le rapport contient des informations contradictoires. Il peut par exemple estimer que les souffrances du patient ne sont pas encore insupportables ou que celui-ci n'a pas encore fait de demande concrète et cependant conclure que tous les critères de rigueur sont remplis. Le médecin doit s'assurer que le compte rendu du consultant est correct. Il lui incombe en effet de prouver que tous les critères de rigueur ont été respectés. Si le compte rendu du consultant présente des lacunes, le médecin peut être amené à poser des questions complémentaires à ce dernier, en se référant si nécessaire aux directives rédigées par la KNMG et le SCEN concernant les responsabilités et le rapport du consultant<sup>31</sup>.

## Indépendance du consultant

La loi utilise le terme de « médecin indépendant » pour le consultant, ce qui, dans ce contexte, signifie qu'il doit être en situation d'émettre son propre jugement, sans se laisser influencer par le patient ni le médecin<sup>32</sup>. Tout soupçon d'atteinte à cette indépendance doit être écarté. Aussi est-il souhaitable que le consultant explicite sa relation avec le médecin et le patient dans son compte rendu.

L'exigence d'indépendance du consultant *par rapport au médecin* implique l'absence de toute relation personnelle, organisationnelle,

29 Cf. l'article 23 de la directive de la KNMG citée ci-dessus.

30 Le SCEN a élaboré un guide pour la rédaction du compte rendu de consultation (2015).

31 La directive de la KNMG de 2011 Pour un soutien et une consultation adéquats en cas d'euthanasie [*Goede steun en consultatie bij euthanasie*] et le guide du SCEN pour le compte rendu de consultation (2015).

32 Cf. Point de vue en matière d'euthanasie [*Standpunt inzake euthanasie*], KNMG, Utrecht, 2003, p. 14-16.

hiérarchique ou financière. Ne peut ainsi pas intervenir à ce titre un collègue du même cabinet médical, un associé, un membre de la famille ou un médecin ayant une quelconque relation de dépendance avec le médecin demandeur (comme un spécialiste en formation auprès de celui-ci). Est également exclu tout praticien dont le médecin demandeur est lui-même patient ou thérapeute.

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

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

Il arrive qu'un couple fasse une demande d'euthanasie simultanée. Dans ces cas de double euthanasie, les commissions considèrent que le ou les médecins concernés doivent faire appel à un consultant différent pour chacun des partenaires. Ceci permet de garantir l'examen individuel de chaque cas. Les deux consultants doivent s'assurer qu'aucun des partenaires ne fait indûment pression sur l'autre dans le cadre de la demande d'euthanasie.

### Compétence du consultant

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

Il peut arriver qu'en complément de l'avis du consultant du SCEN le médecin demande celui d'un spécialiste (psychiatre, gériatre, etc.) pour bien évaluer le respect des critères de rigueur, en particulier la

capacité du patient à exprimer sa volonté, l'absence de perspective d'amélioration et d'autre solution raisonnable. Cela se produit notamment lorsqu'il est question de troubles psychiatriques, de démence ou de handicap mental, mais parfois aussi indépendamment de ces pathologies (par exemple si le médecin a des raisons de douter de la capacité du patient à exprimer sa volonté).

*> pour la consultation d'un spécialiste dans les cas de patients atteints de troubles psychiatriques, de démence ou de handicap mental, voir les paragraphes 4.3 à 4.5.*

### Principe : le consultant voit le patient et lui parle

La loi prévoit que le consultant doit voir le patient<sup>33</sup>. Dans la grande majorité des cas, il lui parle également. Il importe que ce soit sans la présence de tiers. Il peut arriver qu'au moment de la visite du consultant, le patient ne soit plus en état de s'entretenir avec lui. S'il estime que cette situation risque de survenir, le médecin doit s'efforcer d'avancer la date de la visite du consultant, se réservant la possibilité de prendre plus tard contact avec lui par téléphone. Si, lors de sa visite, la communication avec le patient n'est plus possible, le consultant doit fonder son jugement sur tous les faits et circonstances disponibles et pertinents, ainsi que sur les informations fournies par le médecin et, éventuellement, la famille. La loi n'exige donc pas que le consultant puisse communiquer (verbalement ou non) avec le patient. C'est ce qui découle de la possibilité légale de pratiquer l'euthanasie dans les cas où le patient ne peut plus communiquer mais a antérieurement rédigé un testament de vie.

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

*> pour le coma et l'état de conscience minimale, voir le paragraphe 4.7.*

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

### Seconde consultation

Il n'est pas rare qu'il s'écoule un certain temps entre le moment où le consultant voit le patient et celui où l'euthanasie est pratiquée. Dans la plupart des cas, cela ne pose pas problème. La loi WTL ne fait pas mention de la « durée de validité » du compte rendu du consultant. D'une façon générale, on dira que le rapport garde sa valeur tant que

<sup>33</sup> « Voir le patient » signifiera en général « lui rendre visite ». Cela peut poser des problèmes aux Pays-Bas caraïbes, auquel cas il sera possible d'opter pour un entretien vidéo par internet.

la situation du patient ne change pas notablement et que la maladie évolue comme prévu, les délais envisagés s'expriment plutôt en termes de jours ou de semaines que de mois. Plus le laps de temps entre la visite du consultant et la mise en œuvre de l'euthanasie s'allonge, plus il devient nécessaire que les praticiens reprennent contact ; l'absence d'un nouvel entretien suscitera des questions de la part des commissions. Une seconde visite du consultant sera peut-être nécessaire. Un entretien téléphonique entre médecin et consultant ou entre consultant et patient pourra parfois suffire. Il est impossible de donner des normes strictes à cet égard. Cela est laissé à l'appréciation du médecin, compte tenu des conclusions du consultant et de l'évolution de la maladie après la visite de ce dernier. Il lui faudra toutefois expliquer sa décision à la commission.

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

Une seconde visite sera généralement nécessaire dans les cas suivants :

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

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

### Les commissions et le consultant

Les commissions contrôlent les actes du médecin signaleur, non ceux du consultant<sup>34</sup>. Ce dernier peut toutefois être appelé à répondre aux

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

questions de la commission, par écrit ou dans un entretien. C'est parfois le cas.

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

Si l'une des commissions a de sérieuses critiques sur la qualité d'un compte rendu, elle peut directement en faire part à son auteur, par téléphone ou par écrit, à plus forte raison si ce n'est pas la première fois que ses rapports soulèvent des questions. Dans la mesure où le médecin signaleur est le responsable final de la qualité du compte rendu de la consultation, il reçoit copie de ces remarques. Si la qualité des comptes rendus ne s'améliore pas, la commission peut soumettre le problème à la KNMG et au SCEN, en mentionnant le nom du médecin du SCEN.

#### INDÉPENDANCE DU CONSULTANT : POINTS PRINCIPAUX

- demander l'avis d'un confrère sur un aspect particulier ne constitue pas une consultation au sens de la loi
- consultation formelle : le consultant doit être indépendant, toute possible relation d'influence doit être évitée
- le consultant doit en principe voir le patient et s'entretenir avec lui ; si la communication n'est pas possible, le « voir » peut suffire
- dans certaines circonstances, notamment en cas d'intervalle important, il peut s'avérer nécessaire de prévoir une seconde consultation (éventuellement avec un autre consultant, si le premier n'est pas disponible)
- avant de pratiquer l'euthanasie, le médecin prend connaissance du compte rendu du consultant et tient largement compte de l'avis de ce dernier.

### 3.7. RIGUEUR MÉDICALE

L'euthanasie doit être effectuée avec la rigueur médicale requise, une exigence concernant notamment le choix des produits à utiliser et leur dosage, ainsi que la vérification de la profondeur du coma. Pour apprécier le respect de ce critère, les commissions se basent sur la directive de 2012 de la KNMG et de la KNMP Pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide [*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*]. Ce document donne aux médecins et aux pharmaciens des conseils pour une pratique appropriée et efficace de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Il indique les produits à privilégier ainsi que ceux dont l'usage est déconseillé.

## Généralités

Dans la suite de ce paragraphe, il est important de faire la distinction entre interruption de la vie sur demande (le médecin administre les produits) et aide au suicide (le patient avale lui-même les produits que lui a remis le médecin). Certaines normes s'appliquent aux deux situations. Il est ainsi important que le médecin donne dans son rapport des indications sur les produits utilisés, leur dosage et leur mode d'administration, ainsi que sur la durée de la procédure. Conformément à la directive, il doit disposer d'un deuxième jeu de produits, au cas où il y aurait un problème avec le premier. Le médecin ne doit en aucun cas déposer le produit euthanasiant chez le patient avant la mise en œuvre de l'interruption de vie sur demande ou de l'aide au suicide, de sorte que le patient ne puisse l'absorber ni des tiers l'administrer en son absence.

### Interruption de la vie sur demande : ordre d'administration des produits et dosage

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

### Interruption de la vie sur demande : vérification du coma

Le myorelaxant ne doit pas être administré avant que le patient ait sombré dans un coma profond, car il pourrait en ressentir les effets. D'où l'importance de vérifier d'abord la profondeur du coma. Concernant ce point, le médecin doit répondre à la question correspondante du formulaire de signalement et indiquer notamment qu'il a contrôlé l'absence de réaction à un stimulus douloureux ou de réflexe ciliaire ou cornéen.

En cas de doute, les commissions demanderont un complément d'information sur la profondeur du coma et la façon dont le médecin l'a établie.

### Interruption de la vie sur demande : mise en œuvre par le médecin lui-même

Le médecin n'est pas autorisé à faire administrer le produit euthanasiant par un membre de la famille du patient ou un tiers, par exemple à l'aide d'une sonde GEP et ce, même en sa présence. Il doit

effectuer lui-même tous les actes de la procédure, ce qui implique également qu'il reste auprès du patient jusqu'au décès et durant toute la concertation avec le médecin légiste.

### Aide au suicide : produits et dosage

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

### Aide au suicide : le médecin reste à proximité immédiate du patient

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

### La relation entre le médecin et le pharmacien

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

Il importe que le pharmacien dispose du temps nécessaire pour les décisions concernant les aspects pharmaceutiques de la procédure, tels que le choix des produits et de la méthode. Le médecin doit donc



se mettre en contact avec lui à un stade suffisamment précoce de la procédure.

Le pharmacien n'a pas à vérifier le respect des critères de rigueur requis, puisque c'est au médecin qu'il appartient de le faire. Quoi qu'il en soit, les pharmaciens, pas plus que les médecins, ne sont tenus d'apporter leur concours à la pratique d'une euthanasie. De ce fait, afin d'éviter des problèmes en fin de procédure, il est d'autant plus important que la prise de contact ait lieu suffisamment tôt.

#### RIGUEUR MÉDICALE DE L'ACTE D'INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE : POINTS PRINCIPAUX

- Étapes successives de la procédure :
  - administration par le médecin du produit inducteur de coma
  - vérification de la profondeur du coma
  - administration du myorelaxant par le médecin
  - le médecin reste présent jusqu'à ce qu'il ait constaté le décès, que le médecin légiste soit venu et que leur concertation soit achevée.
- Produits, dosage, mode d'administration et vérification de la profondeur du coma : cf. la directive de 2012 de la KNMG/KNMP
- Le médecin s'est muni d'un deuxième jeu de produits intraveineux

#### RIGUEUR MÉDICALE LORS DE L'ACTE D'AIDE AU SUICIDE : POINTS PRINCIPAUX

- Étapes successives de la procédure :
  - pose d'un cathéter de perfusion et administration d'un anti-vomitif
  - information du patient et de la famille sur le déroulement de l'intervention et l'éventualité d'une interruption de la vie
  - remise de la solution buvable de barbiturique par le médecin lui-même
  - le médecin reste présent ou à proximité immédiate jusqu'à ce qu'il ait constaté le décès, que le médecin légiste soit venu et que leur concertation soit achevée.
- Produits, dosage et mode d'administration : cf. la directive de 2012 de la KNMG/KNMP
- Le médecin s'est muni d'un deuxième jeu de produits intraveineux

# 4 ASPECTS PARTICULIERS

## 4.1. TESTAMENT DE VIE

Selon l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL, un patient capable d'exprimer sa volonté en matière d'euthanasie peut, à partir de l'âge de 16 ans, rédiger un testament de vie dans lequel il formule sa demande. Si, par la suite, il n'est plus en état de faire savoir quelle est sa volonté, le médecin est en droit de considérer ce testament de vie comme la demande visée à l'article 2, paragraphe 1, sous a, de la loi WTL, ce qui lui donne le même statut qu'une requête orale<sup>35</sup>.

### Teneur du testament de vie

Le testament de vie, qui peut remplacer une demande orale, servira également, si son contenu le permet, à déterminer le moment de la mise en œuvre effective de l'euthanasie. Il importe à cette fin que le patient y donne des indications aussi précises que possible sur les circonstances concrètes devant conduire à l'acte d'euthanasie. Ces circonstances doivent être liées à son ressenti du caractère insupportable des souffrances<sup>36</sup>. Outre les indications du testament de vie, le comportement du patient et les effets généralement connus de sa maladie jouent un rôle capital dans l'appréciation de ses souffrances.

La loi ne limite pas la durée de validité du testament de vie ni n'exige qu'il soit régulièrement actualisé. Cependant, plus le temps passe, plus la question de savoir si son contenu reflète toujours la volonté réelle du patient peut susciter des doutes. Aussi aura-t-il davantage de valeur si le patient l'a actualisé ou en a confirmé oralement la teneur après sa rédaction. Il importe donc de rédiger le testament de vie suffisamment tôt, de l'actualiser régulièrement et d'y décrire de façon aussi détaillée que possible les circonstances concrètes dans lesquelles l'interruption de la vie est souhaitée. Il est de la responsabilité du patient d'examiner son testament de vie avec le médecin lors de sa rédaction et de son actualisation, information que ce dernier devra consigner dans le dossier médical. Une déclaration personnelle rédigée par le patient, dans laquelle il s'exprime avec ses propres mots, pèsera généralement davantage qu'un formulaire préimprimé.

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

36 Cf. le paragraphe 4.7 pour une exception à la règle selon laquelle le patient doit ressentir les souffrances.

Sont donc essentiels :

- a. la mesure dans laquelle le patient a confirmé (verbalement ou non), pendant la période où il était encore apte à exprimer sa volonté, le testament de vie rédigé antérieurement, et la façon dont il l'a fait ;
- b. le fait que, au cours de la période où il ne parvient plus à s'exprimer clairement, ne soit observée aucune manifestation de sa part contraire à la teneur de son testament de vie ;
- c. le fait que la situation du patient au moment de la mise en œuvre de l'interruption de la vie corresponde à celle visée par lui dans son testament de vie.

Il faut donc que, compte tenu de l'ensemble des faits et circonstances concernés, la demande d'euthanasie du patient soit au cours du temps apparue d'une constance telle que le testament de vie peut raisonnablement être considéré comme exprimant la volonté du patient au moment de la mise en œuvre de l'interruption de la vie.

### Autres critères de rigueur applicables par analogie

L'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL stipule qu'en cas de testament de vie, les critères de rigueur énumérés au paragraphe 1 dudit article s'appliquent par analogie, ce qui signifie, suivant la genèse de la loi, « pour autant que réellement applicables dans la situation donnée »<sup>37</sup>. Il s'ensuit que l'appréciation des critères de rigueur devra tenir compte des circonstances spécifiques, comme le fait que la communication avec le patient n'est plus possible et qu'aucune question ne peut plus lui être posée. En général, le médecin aura eu des contacts avec lui lorsqu'il était encore capable d'exprimer sa volonté. Les informations orales qu'il aura alors recueillies lui seront particulièrement précieuses au moment où le testament de vie entrera en ligne de compte.

Lorsque le testament de vie remplace la demande orale, les autres critères de rigueur sont applicables par analogie. D'une façon générale, on peut faire les observations suivantes :

- a. Demande volontaire et mûrement réfléchie : sur la base de ses contacts antérieurs avec le patient, le médecin pourra apprécier si cette exigence est remplie par le testament de vie. La rédaction d'un tel document par le patient, éventuellement conjuguée au fait qu'il a exprimé et confirmé sa décision tant qu'il en était capable, peut être considérée comme une indication claire du caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande. Le médecin peut également s'appuyer sur ses entretiens avec la famille ou le représentant du patient ;

<sup>37</sup> Tels sont les termes de l'exposé des motifs de l'amendement qui a conduit à l'introduction de la phrase sur l'application par analogie dans l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL (documents parlementaires II, 26691, no 35).

- b. Souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration : le testament de vie remplace la demande orale mais le caractère insupportable des souffrances du patient doit en tout cas être crédible au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie ;
- c. Information du patient sur sa situation et ses perspectives : l'important est que le médecin sache que le patient a reçu les informations pertinentes à ce sujet lorsque la communication orale avec lui était encore possible ;
- d. Absence d'autre solution raisonnable : comme précédemment indiqué (paragraphe 3.5), il s'agit ici d'un point de vue partagé par le médecin et le patient. L'opinion du patient à ce sujet telle que formulée par écrit dans son testament de vie et oralement lorsque la communication était encore possible est donc ici essentielle ;
- e. Indépendance du consultant : la loi prescrit que le consultant voie le patient, dans ce cas aussi. La communication avec le patient est pratiquement ou totalement impossible, si bien que pour parvenir à un jugement et rédiger son compte rendu le consultant doit s'appuyer sur son observation personnelle et sur des informations complémentaires provenant d'autres sources (dossier du patient, lettres de spécialistes, contenu du testament de vie, entretiens avec le médecin, les soignants et la famille) ;  
*> cf. aussi paragraphe 3.6 et paragraphe 4.7.*
- f. Mise en œuvre avec la rigueur médicale requise : le respect de ce critère ne cause pas de problèmes particuliers dans la plupart des cas d'euthanasie effectuée sur la base d'un testament de vie. Cependant, lorsque le patient n'a pas conscience de la mise en œuvre de l'euthanasie (notamment en cas de démence très avancée), il peut arriver qu'il présente une réaction de douleur ou d'effroi ressemblant à un refus. Ni la loi ni sa genèse ne donnent d'éléments de solution quant à l'attitude à adopter. Il est impossible de formuler des règles générales. Lorsque le médecin prévoit une réaction de douleur ou d'effroi du patient, il n'est pas rare qu'il administre une prémédication (par exemple du midazolam). Cela peut alors participer d'une bonne pratique médicale. Il n'en demeure pas moins que tout ceci doit dans chaque cas particulier être jugé sur la base des circonstances concrètes, la question étant notamment de savoir dans quel but la prémédication a été administrée. Il importe que le médecin constitue un dossier bien documenté en vue de l'évaluation de ces critères.

La volonté exprimée dans le testament de vie visé à l'article 2, paragraphe 2, de la loi WTL est considérée comme la volonté du patient. Les cas où la teneur de ce document correspond aux déclarations orales de ce dernier lorsqu'il était encore capable

d'exprimer sa volonté, ne susciteront en général pas de questions. Même si le patient n'est plus en état de communiquer normalement, ses manifestations verbales ou physiques peuvent encore parfois être interprétées comme allant dans le sens des souhaits qu'il a antérieurement exprimés. Ces manifestations viennent alors appuyer le testament de vie. Il peut arriver qu'un patient ayant rédigé un testament de vie lorsqu'il était encore capable d'exprimer sa volonté et dont la situation correspond à ce testament et répond à tous les critères de rigueur n'ait pas conscience de la mise en œuvre de l'euthanasie. Le médecin doit alors être vigilant de façon à repérer les signes manifestant l'objection du patient à l'interruption de la vie, auquel cas l'euthanasie ne doit pas être pratiquée.

> cf. aussi paragraphe 4.4, les patients atteints de démence

> cf. aussi paragraphe 4.6, les patients atteints d'aphasie

> cf. aussi paragraphe 4.7, coma/état de conscience minimale

> cf. aussi paragraphe 4.8, l'euthanasie et la sédation palliative

#### TESTAMENT DE VIE : POINTS À CONSIDÉRER AVEC ATTENTION

- le testament de vie est-il assez clair ?
- le patient l'a-t-il confirmé lorsqu'il était encore capable d'exprimer sa volonté ?
- peut-on affirmer, compte tenu de toutes les circonstances concernées, que ce texte est l'expression de la volonté du patient ?
- le patient manifeste-t-il des signes allant dans le sens opposé à la teneur du testament de vie ?
- les autres critères de rigueur sont-ils respectés pour autant que la situation réelle l'autorise ?

## 4.2. PATIENTS MINEURS

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

- si le patient a entre 12 et 16 ans, sa demande doit être accompagnée de l'autorisation de son ou ses parents ou de son tuteur (art.2, paragraphe 4, de la loi WTL) ;
- si le patient a 16 ou 17 ans, son ou ses parents ou son tuteur doivent participer au processus décisionnel, mais leur autorisation n'est pas requise (article 2, paragraphe 3, de la loi WTL).

Dans les deux cas, les critères de rigueur mentionnés au paragraphe 3 s'appliquent. La participation d'un ou des parents ou du tuteur au processus décisionnel est également requise si la demande du mineur est faite au moyen d'un testament de vie<sup>38</sup>.

Les signalements d'euthanasie chez des mineurs de 12 à 18 ans sont relativement rares. Entre 2002 et 2017, les RTE en ont reçu huit.

### 4.3. PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Dans la ligne de l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire Chabot de 1994, il convient d'exiger du médecin la plus grande prudence en cas de demande d'euthanasie principalement motivée par des souffrances dues à des troubles mentaux<sup>39</sup>. La problématique psychiatrique concernée est généralement complexe et nécessite de faire appel à une expertise spécifique<sup>40</sup>. La prudence évoquée plus haut a principalement trait à trois critères de rigueur : le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable.

Dans l'appréciation de la demande, le médecin doit s'assurer qu'il est exclu que la faculté de jugement du patient soit altérée par ses troubles psychiatriques. 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.

*> cf. aussi paragraphe 3.2.*

S'agissant de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et d'autre solution raisonnable, il convient d'examiner sérieusement s'il n'existe pas d'autres traitements pour le patient, a fortiori si celui-ci est relativement jeune et a encore une longue espérance de

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

39 Plus précisément, la Cour suprême a réclamé la plus grande prudence dans tous les cas où les souffrances ne sont pas manifestement causées par une maladie ou des troubles somatiques et ne consistent pas uniquement en douleur et perte de fonctions corporelles (Cour suprême, 21 juin 1994, NJ 1994/656).

40 Cf. également la directive de l'Association néerlandaise de psychiatrie, Répondre à la demande d'aide au suicide de patients atteints de troubles mentaux [Richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychische stoornis], Utrecht, 2009. Au moment de la mise sous presse du code de l'euthanasie 2018, une révision de cette directive était en préparation.

vie<sup>41</sup>. Si le médecin ne dispose pas de l'expertise nécessaire pour en juger, il devra s'adresser à ses collègues spécialistes. Lorsque le patient refuse une alternative raisonnable, le critère de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances n'est plus rempli. Le patient n'est cependant pas censé devoir subir tous les traitements possibles.

> cf. à ce sujet le paragraphe 3.5.

### Avis d'un consultant et d'un spécialiste

Outre l'avis d'un consultant sur le respect de tous les critères de rigueur mentionnés aux paragraphes 3.2 à 3.5, le médecin doit toujours demander l'avis d'un psychiatre indépendant sur l'aptitude du patient à exprimer sa volonté quant à sa demande, sur l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable. Contrairement à un consultant, celui-ci peut aussi donner des conseils thérapeutiques. Pour ne pas importuner inutilement le patient, le médecin peut opter pour un consultant, du SCEN ou non, qui soit aussi psychiatre. Il doit ce faisant être conscient du fait que ce confrère devra non seulement juger en tant que consultant des critères a à d mais aussi intervenir en tant que spécialiste. À ce titre, il devra juger, si nécessaire sur la base de ses propres observations, d'aspects spécifiques tels que la capacité du patient à exprimer sa volonté quant à l'euthanasie, l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable.

> cf. aussi paragraphe 4.4.

### Troubles somatiques et psychiatriques associés

Le présent paragraphe a traité jusqu'ici de la demande d'euthanasie de patients dont les souffrances sont liées à des troubles psychiatriques. Il arrive aussi régulièrement que la cause principale de ces dernières soit d'ordre somatique, le patient ayant par ailleurs des problèmes psychiques qui peuvent également contribuer aux souffrances ressenties. Dans ces cas aussi, le médecin et le consultant devront se demander expressément si la problématique psychiatrique du patient ne va pas à l'encontre d'une demande volontaire et mûrement réfléchie. Il pourra alors être nécessaire de faire appel à un psychiatre, si le consultant ne l'est pas. Il convient du reste de noter que, dans les circonstances d'une demande d'euthanasie, une humeur sombre est habituelle et ne constitue pas en soi un signe de dépression.

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

### PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES : POINTS À CONSIDÉRER AVEC ATTENTION

- la volonté de mourir du patient correspond-elle à une demande volontaire et mûrement réfléchie ou à une manifestation de sa maladie ?
- l'absence de perspective d'amélioration et d'autre solution raisonnable a-t-elle été établie ?
- le médecin a-t-il demandé l'avis d'un psychiatre indépendant, outre celui du consultant, ou ce dernier était-il lui-même psychiatre ?

## 4.4. PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE

Dans le cas de patients atteints de démence, il convient là aussi de vérifier avec la plus grande attention si les critères de rigueur sont remplis, notamment ceux concernant le caractère insupportable des souffrances et la capacité à exprimer sa volonté. Au fur et à mesure que la maladie progresse, cette aptitude diminue, jusqu'à disparaître après un certain temps.

### Première phase

Dans presque tous les cas signalés aux commissions, le patient se trouvait en début de processus démentiel. En général, il a alors une compréhension encore suffisante de sa maladie et est apte à exprimer sa volonté quant à sa demande d'euthanasie. Outre la régression qui affecte déjà ses facultés cognitives et son fonctionnement, les souffrances du patient sont souvent causées par la peur de la poursuite de cette dégradation et ses conséquences négatives, notamment en termes d'autonomie et de dignité de la personne (cf. paragraphe 3.3.). La perception de la perte progressive de sa personnalité, de ses fonctions cognitives et de ses aptitudes conjuguée à la conscience que ce processus est inéluctable lui sont insupportables. Cette perspective peut entraîner de grandes souffrances.

### Phase avancée

Il est possible de donner suite à la demande d'euthanasie d'un patient dont le processus de démence a atteint un stade d'avancement tel qu'il n'est plus capable d'exprimer sa volonté ni de communiquer<sup>42</sup> – ou uniquement à l'aide de termes simples ou de gestes – s'il a rédigé un

<sup>42</sup> Dans un tel cas, la commission invite toujours le médecin à venir s'expliquer devant elle.



testament de vie lorsqu'il en était encore capable<sup>43</sup>. Ce document doit être dépourvu de toute ambiguïté et s'appliquer indéniablement à la situation présente.

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

Le médecin doit prendre en compte l'évolution de la maladie et les autres circonstances particulières dans leur ensemble. Cela suppose d'interpréter le comportement du patient et ce qu'il a exprimé d'une façon ou d'une autre tant pendant sa maladie que juste avant la mise en œuvre de l'euthanasie. Il doit être plausible, au moment de pratiquer celle-ci, qu'elle correspond bien à la teneur du testament de vie rédigé antérieurement et qu'il n'y a aucune contre-indication (comme des signes clairs montrant que le patient ne veut pas que sa vie soit interrompue). Il doit être également plausible qu'à ce même moment le patient ressent ses souffrances comme insupportables, conclusion que le médecin pourra tirer, comme indiqué plus haut, en s'appuyant sur le testament de vie. Les autres critères de rigueur doivent être respectés pour autant que la situation réelle l'autorise.

#### Avis d'un consultant et d'un spécialiste

Si le patient est encore en début de maladie, la procédure ordinaire pourra en général suffire. Le diagnostic de démence devra toutefois avoir été officiellement posé. En cas de doute, le médecin demandera l'avis spécifique d'un collègue.

En cas d'euthanasie pratiquée sur un patient en phase avancée, le médecin devra faire appel, outre au consultant (médecin du SCEN) qui juge si tous les critères de rigueur présentés aux paragraphes 3.2 à 3.5 sont respectés, à un spécialiste qui se prononcera sur la capacité du patient à exprimer sa volonté quant à la demande d'euthanasie (un gériatre, un gérontologue ou un interniste-gérontologue). Un testament de vie sera indispensable si le patient est jugé inapte à exprimer sa volonté. Le spécialiste devra aussi juger du caractère insupportable des souffrances et de l'absence d'autres solutions raisonnables. Ici aussi, pour ne pas importuner inutilement le patient, le médecin peut opter pour un consultant, du SCEN ou non, qui soit aussi spécialiste. Il doit ce faisant être conscient du fait que ce confrère devra non seulement juger en tant que consultant des critères à d mais aussi intervenir en tant que spécialiste. À ce titre, il devra juger, si nécessaire sur la base de ses propres observations, d'aspects spécifiques tels que la capacité du patient à exprimer sa volonté quant à l'euthanasie, le caractère insupportable et dépourvu de perspective

<sup>43</sup> Les RTE n'ont eu que très peu de cas de ce type à traiter : trois en 2016 et trois en 2017. Leur examen est encore en cours.

d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable.

Un entretien avec le patient n'étant plus toujours possible, le consultant devra fonder son jugement sur tous les autres faits et circonstances. À cet égard, la teneur du testament de vie, indispensable dans cette situation, et les informations complémentaires fournies par le médecin et la famille pourront lui être utiles.

> cf. aussi paragraphe 4.3.

#### PATIENTS ATTEINTS DE DÉMENCE : POINTS À CONSIDÉRER AVEC ATTENTION

- le patient est-il encore en état de déterminer sa volonté et de l'exprimer ?
  - dans la négative, a-t-il rédigé un testament de vie ?
  - au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie, le patient peut-il encore communiquer ?
- Dans la négative :
- la situation correspond-elle indéniablement à celle visée dans le testament de vie ?
  - le patient ressent-il ses souffrances comme insupportables ?
  - peut-on observer chez le patient des signes clairs montrant qu'il s'oppose à l'interruption de sa vie ?
- le médecin a-t-il demandé l'avis d'un spécialiste, outre celui du consultant, ou ce dernier était-il lui-même spécialiste ?

#### 4.5. PATIENTS ATTEINTS D'UN HANDICAP MENTAL

Les signalements concernant l'euthanasie de patients atteints d'un handicap mental sont rares<sup>44</sup>. Il arrive que les patients souffrant d'un handicap mental léger soient en mesure de faire une demande d'euthanasie volontaire et mûrement réfléchie, les autres critères de rigueur étant par ailleurs remplis<sup>45</sup>. Dans ce type de situation, la capacité du patient à exprimer sa volonté quant à la demande d'euthanasie doit faire l'objet d'un examen particulièrement attentif.

44 Cf. le cas 2016-03 sur le site internet [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl).

45 Cf. Association néerlandaise des médecins d'handicapés mentaux (NVAVG), Décisions médicales relatives à la fin de vie chez les patients atteints d'un handicap mental [*Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking*], 2007.

## Avis d'un consultant et d'un spécialiste

Outre l'avis d'un consultant sur le respect de tous les critères de rigueur mentionnés aux paragraphes 3.2 à 3.5, le médecin devra en principe demander l'avis d'un spécialiste en matière d'aptitude à exprimer sa volonté (médecin spécialisé dans les soins aux handicapés mentaux). Ici aussi, pour ne pas importuner inutilement le patient, le médecin peut opter pour un consultant, du SCEN ou non, qui soit aussi spécialiste. Il doit ce faisant être conscient du fait que ce confrère devra non seulement juger en tant que consultant des critères à d mais aussi intervenir en tant que spécialiste. À ce titre, il devra juger, si nécessaire sur la base de ses propres observations, d'aspects spécifiques tels que la capacité du patient à exprimer sa volonté quant à l'euthanasie.

### 4.6. PATIENTS ATTEINTS D'APHASIE

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

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

## 4.7. COMA OU ÉTAT DE CONSCIENCE MINIMALE

La possibilité de pratiquer l'euthanasie sur un patient se trouvant dans un état comateux ou de conscience minimale n'étant pas dû à une sédation palliative dépend principalement des souffrances qu'il ressent.

> pour l'euthanasie et la sédation palliative, voir le paragraphe 4.8.

### Coma

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

### État de conscience minimale

Il n'est pas exclu qu'un patient se trouvant dans un état de conscience minimale éprouve des souffrances, éventuellement insupportables<sup>46</sup>.

### Le coma ou l'état de conscience minimale survient avant le moment prévu pour l'euthanasie

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

Il convient de distinguer plusieurs cas :

#### *Coma ou état de conscience minimale irréversible ou réversible*

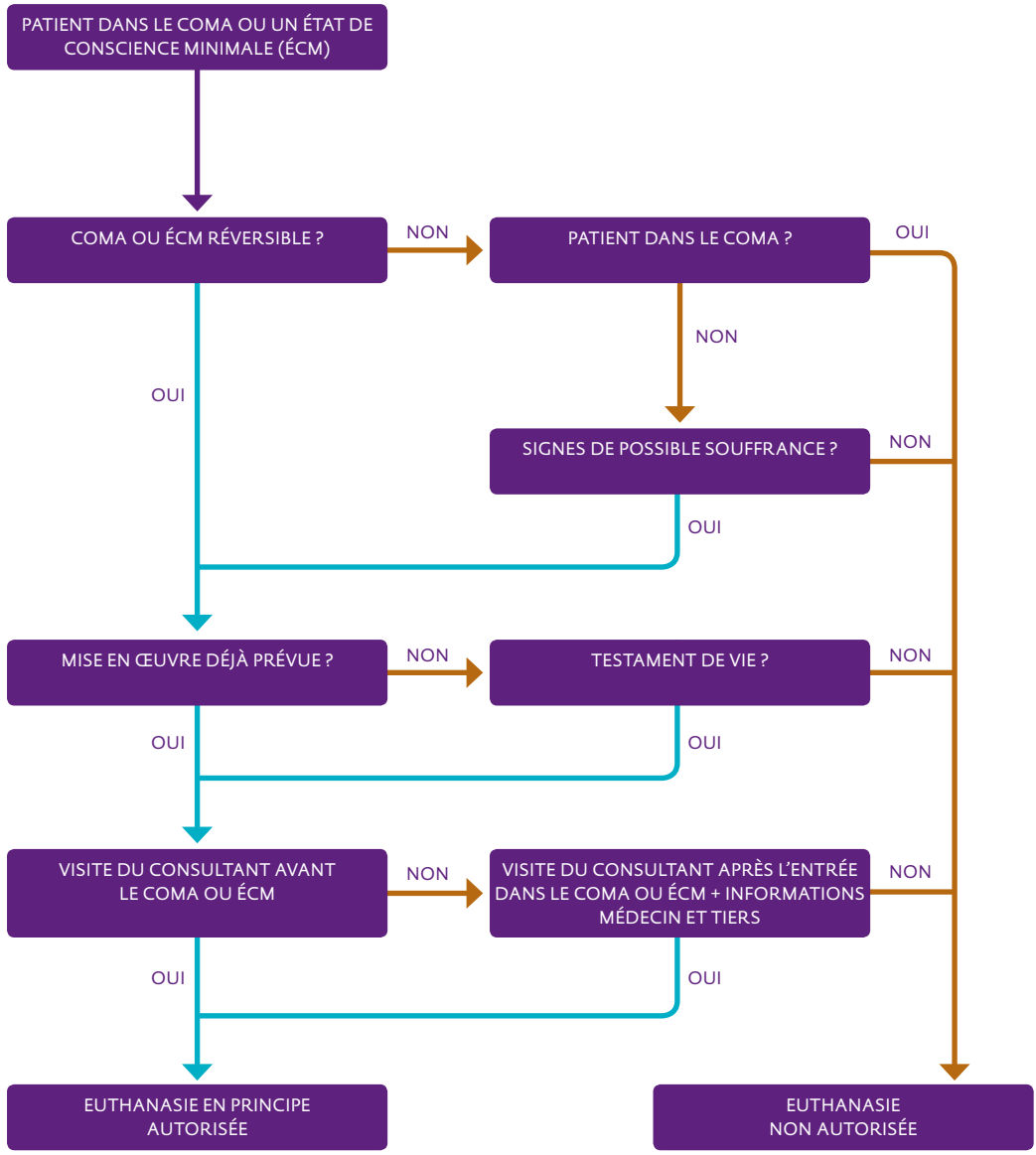
- le coma est irréversible (dû à la maladie, impossible d'en faire sortir le patient).

Pendant la phase terminale de sa maladie, le patient peut entrer spontanément dans le coma. Le ressenti des souffrances cessant de ce fait, l'euthanasie ne sera pas pratiquée, même si, à un stade antérieur, cela avait été convenu avec le médecin.

- l'état de conscience minimale est irréversible (dû à la maladie, impossible d'en faire sortir le patient), mais il y a des signes de possible souffrance.

Lorsque le patient sombre spontanément dans un état de conscience minimale, le médecin peut effectuer l'euthanasie si des signes de possible souffrance sont encore perceptibles, en particulier : gémissements, difficultés respiratoires éventuellement accompagnées de stridor, grimaces, ainsi qu'agitation, confusion mentale et

<sup>46</sup> L'échelle de Glasgow (GCS) permet d'évaluer le degré de conscience du patient, et par là ses souffrances éventuelles ; la GCS est intégrée à la Directive sur l'euthanasie en cas de conscience minimale [*Richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*], KNMG, Utrecht, 2010.



vomissements ou vomissements fécaloïdes<sup>47</sup>. En l'absence de tels signes, l'euthanasie ne peut avoir lieu.

- le coma ou l'état de conscience minimale est réversible (dû aux médicaments administrés, il est possible d'en faire sortir le patient en arrêtant les médicaments).

Si le coma ou l'état de conscience minimale n'est pas spontané, mais induit par les médicaments administrés, il serait possible d'en faire sortir le patient, afin de vérifier s'il ressent encore des souffrances. Cette pratique étant considérée comme inhumaine par les commissions, le médecin pourra dans ce cas effectuer l'euthanasie si le patient l'a demandée à un stade antérieur de sa maladie, oralement ou dans un testament de vie. Il n'est donc pas nécessaire de mettre fin à son état comateux ou de conscience minimale (y compris en l'absence de signes de possible souffrance) dans le seul but de permettre au médecin ou au consultant de constater le caractère insupportable de ses souffrances.

#### *Le coma ou l'état de conscience minimale survient avant ou après la consultation*

- le coma ou l'état de conscience minimale est réversible et survient avant la consultation.

Le patient peut sombrer dans un état de conscience minimale ou de coma réversible avant la visite du consultant. Ce dernier, ne pouvant plus communiquer avec lui, devra baser son jugement concernant la demande d'euthanasie sur les informations du médecin et de tiers, le testament de vie éventuel et le dossier médical du patient. Pour l'évaluation des souffrances, il s'appuiera sur ses propres observations, le dossier de suivi du patient, les lettres de spécialistes et les informations fournies oralement par le médecin et des tiers, notamment les proches et le personnel soignant. Dans une telle situation, un testament de vie n'est pas indispensable.

- le coma ou l'état de conscience minimale est réversible et survient après la consultation.

Si le consultant a vu le patient et a pu communiquer avec lui avant que le coma réversible ou l'état de conscience minimale ne survienne, il ne sera pas nécessaire de lui demander à nouveau son avis. Même si le patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté au moment de la mise en œuvre de l'euthanasie, elle pourra être effectuée, qu'il ait rédigé ou non un testament de vie<sup>48</sup>.

47 Cf. KNMG, Directive sur l'euthanasie en état de conscience minimale [*Richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*], Utrecht, 2010, p. 28.

48 Cf. KNMG, Directive sur l'euthanasie en état de conscience minimale [*Richtlijn euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*], Utrecht, 2010.

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

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

> cf. aussi paragraphes 3.6 et 4.1.

#### COMA OU ÉTAT DE CONSCIENCE MINIMALE : POINTS À CONSIDÉRER AVEC ATTENTION

- Coma ou état de conscience minimale survenant peu avant le moment prévu pour l'euthanasie :
  - le médecin a-t-il constaté le coma ou l'état de conscience minimale ? À l'aide de l'échelle GCS ?
  - le coma ou l'état de conscience minimale est-il réversible ?
  - en cas de baisse de conscience irréversible, des signes de possible souffrance sont-ils perceptibles ?
  - si le consultant n'a pas vu le patient avant que ce dernier sombre dans un état de conscience minimale ou de coma réversible, dispose-t-il de suffisamment d'informations pour fonder son jugement ?
- Coma ou état de conscience minimale survenant avant que la mise en œuvre de l'euthanasie ne soit envisagée :
  - outre les points ci-dessus : le patient a-t-il rédigé un testament de vie ?

## 4.8. EUTHANASIE ET SÉDATION PALLIATIVE

L'euthanasie et la sédation palliative sont deux procédures visant respectivement à stopper ou à diminuer les souffrances insupportables d'un patient, la première, en mettant fin à la vie de ce dernier, la seconde, en le mettant dans un état de conscience minimale jusqu'à son décès. Contrairement à l'euthanasie, la sédation palliative, bien que soumise à des conditions et des critères particuliers, relève de la pratique médicale normale. Une des conditions est que l'espérance de vie du patient ne dépasse pas deux semaines<sup>49</sup>.

49 Cf. KNMG, Directive sur la sédation palliative [*Richtlijn palliatieve sedatie*]. Utrecht, 2009.

Les patients en proie à des souffrances insupportables peuvent faire une demande d'euthanasie ou opter pour la sédation palliative. Pour ceux qui refusent l'euthanasie, cette deuxième possibilité peut être une bonne alternative. D'autres la rejettent au contraire parce qu'ils souhaitent rester conscients jusqu'au dernier moment, ce qui les autorise à considérer que la sédation palliative ne constitue pas pour eux « une autre solution raisonnable ». Ainsi, le refus de cette option n'est pas un obstacle à la mise en œuvre d'une demande d'euthanasie.

*> cf. aussi paragraphe 3.5.*

Il arrive également qu'un patient fasse une demande d'euthanasie conditionnelle. On recourt alors dans un premier temps à la sédation palliative, étant entendu qu'une euthanasie sera pratiquée dans certaines circonstances, par exemple si :

- le décès n'a pas lieu aussi vite que le patient le souhaitait<sup>50</sup> ;
- malgré la baisse de conscience, le patient montre encore des signes de douleur.

Pour les commissions, il est essentiel que le patient lui-même détaille au préalable les circonstances qui doivent donner lieu à l'arrêt de la sédation palliative et à la mise en œuvre de l'euthanasie. Dans de telles situations, le médecin devra également décider du meilleur moment pour faire intervenir le consultant – en principe avant la sédation palliative. Il arrive aussi qu'un patient soit placé sous sédation palliative avant la mise en œuvre prévue de l'euthanasie. Une telle situation peut se produire si l'état du patient s'aggrave subitement mais que l'euthanasie ne peut pas être pratiquée parce que le médecin est absent et que son remplaçant ne peut ou ne veut pas la réaliser, ou parce que le médecin ne dispose pas encore des produits nécessaires.

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

<sup>50</sup> On peut dans ce cas considérer que le patient n'a pas donné l'autorisation de continuer la sédation palliative, autorisation telle que visée dans la loi sur l'accord de traitement médical [*Wet op de geneskundige behandelingsovereenkomst*] insérée dans le code civil (article 7:450, paragraphe 1).



## 4.9. LA « VIE ACCOMPLIE »

Comme le montre la genèse de la loi, l'expression « vie accomplie » (on parle parfois aussi de « fatigue de vivre ») renvoie à la situation de personnes souvent âgées et qui, sans souffrir par ailleurs d'un point de vue médical d'une maladie ou d'une affection entraînant des souffrances importantes, ont décidé que la valeur qu'elles accordent à leur existence a diminué au point qu'elles choisissent de mourir plutôt que de continuer à vivre. Cette problématique fait depuis plusieurs années l'objet d'un débat de société autour de la question de savoir si l'euthanasie devrait être autorisée dans ce contexte<sup>51</sup>. D'après la jurisprudence et la genèse de la loi, il est impératif que les souffrances insupportables du patient aient un fondement médical (cf. paragraphe 3.3). Cela n'implique pas pour autant que cette maladie ou affection doive être mortelle. Une accumulation de pathologies gériatriques peut s'accompagner de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration<sup>52</sup>.

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

## 4.10. DON D'ORGANES ET DE TISSUS APRÈS UNE EUTHANASIE<sup>53</sup>

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

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

Le médecin confronté à une double mise œuvre de ce type doit discuter avec le patient de son souhait concernant le don. Il doit ensuite, avant que l'euthanasie soit pratiquée, convenir minutieusement de la procédure avec l'hôpital, c'est-à-dire ici avec le coordinateur de la transplantation, et informer le patient et ses

51 Cf. le rapport de la commission Schnabel (La vie accomplie. L'aide au suicide pour les personnes estimant que leur vie a atteint son terme [Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten], La Haye, janvier 2016), ainsi que le point de vue du gouvernement sur la vie accomplie (lettre à la Chambre des représentants, 12 octobre 2016).

52 Cf. KNMG, Le rôle du médecin dans la fin de vie volontaire [De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde], Utrecht, 2011, p. 21-23.

53 Directive sur le don d'organes après l'euthanasie, Association néerlandaise pour la transplantation, novembre 2017.

proches du déroulement prévu. Il existe sur le sujet un guide visant à accompagner le processus décisionnel du médecin. Il peut être demandé auprès du coordinateur des transplantations de l'hôpital universitaire régional<sup>54</sup>.

#### 4.11. CONDITIONS NON REQUISES PAR LA LOI

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

- que le patient souffre d'une affection mortelle (cf. paragraphes 2.1. et 3.3.) ;
- que le patient se trouve en phase terminale (cf. paragraphe 2.2.) ;
- qu'il existe une relation thérapeutique entre le médecin et le patient (cf. paragraphe 3.1.) ;
- que le patient double sa demande orale d'euthanasie d'une demande écrite (cf. paragraphe 3.2.) ;
- que la demande du patient, mûrement réfléchie, s'inscrive dans la durée (cf. paragraphe 3.2.) ;
- que le médecin demande l'« autorisation » du consultant pour accéder à une demande d'euthanasie (cf. paragraphe 3.6.) ;
- de faire systématiquement évaluer par un spécialiste la capacité du patient à exprimer sa volonté ; il suffit de le faire en cas de doute fondé à cet égard (cf. aussi paragraphes 4.2. à 4.5.) ;
- de considérer la sédation palliative comme une « autre solution raisonnable » au sens de l'article 2, paragraphe 1, sous d, de la loi WTL (cf. paragraphe 4.8.) ;
- que la famille soit impliquée dans la demande d'euthanasie, même si cela est généralement souhaitable et naturel, ni qu'elle donne son consentement.

54 Pour plus d'informations (en néerlandais) : <http://www.transplantatiestichting.nl> (rechercher orgaan-en-weefsel-donatie-na-euthanasie).

# 5 RÉFÉRENCES UTILES

## 5.1. LE SITE INTERNET DES COMMISSIONS

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

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

## 5.2. PROGRAMME SCEN

L'organisation de la KNMG Soutien et consultation en matière d'euthanasie aux Pays-Bas (SCEN) joue un rôle important dans le contrôle du critère de rigueur concernant l'indépendance de la consultation (cf. paragraphe 3.6.). La grande majorité des consultations sont effectuées par un médecin qui a suivi la formation dispensée par le SCEN. Pour plus d'informations, consulter le site internet [www.SCEN.nl](http://www.SCEN.nl).

## 5.3. LES ÉVALUATIONS DE LA LOI WTL

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

- Rapport d'évaluation de 2007 : Rechercher *première évaluation de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide*.
- Rapport d'évaluation de 2012 : Rechercher *deuxième évaluation de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide*.
- Rapport d'évaluation de 2017 : Rechercher *troisième évaluation de la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide*.

## 5.4. LES DIRECTIVES DU MINISTÈRE PUBLIC

Les signalements à propos desquels les commissions ont conclu au non-respect d'un ou plusieurs critères de rigueur sont transmis au ministère public et à l'Inspection de la santé. La procédure suivie dans de tels cas par le ministère public est exposée dans ses Directives relatives à la décision de poursuites dans le cadre de l'interruption volontaire de la vie (euthanasie et aide au suicide) [*Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging op verzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding)*], consultables sur le site internet [www.wetten.overheid.nl/BWBR0039555/2017-05-17](http://www.wetten.overheid.nl/BWBR0039555/2017-05-17).

# ANNEXE DISPOSITIONS LÉGALES PERTINENTES

Bulletin des lois et décrets royaux 2001, n° 194

Loi du 12 avril 2001 sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide et modification du code pénal et de la loi sur les pompes funèbres<sup>1</sup>.

## LOI SUR LE CONTRÔLE DE L'INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE ET DE L'AIDE AU SUICIDE (WTL)

### CHAPITRE I. DÉFINITIONS

#### Article 1

Aux termes de la présente loi, on entend par :

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

<sup>1</sup> Cf. concernant l'examen par le Parlement : Documents parlementaires II, 1998/1999, 1999/2000, 2000/2001, 26 691. Comptes rendus des débats II 2000/2001, p. 2001-2072 ; 2107-2139 ; 2202-2223 ; 2233-2260 ; 2372-2375. Documents parlementaires I 2000/2001, 26 691 (137, 137a, 137b, 137c (réimpr.) ; 137d, 137e, 137f, 137g, 137h). Comptes rendus des débats I 2000/2001, cf. réunion du 10 avril 2001.

## CHAPITRE II. CRITÈRES DE RIGUEUR

### Article 2

1. Selon les critères de rigueur visés à l'article 293, paragraphe 2, du code pénal, le médecin doit :
  - a. avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie ;
  - b. avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration ;
  - c. avoir informé le patient sur sa situation et ses perspectives ;
  - d. être parvenu, en concertation avec le patient, à la conviction qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable dans la situation où ce dernier se trouvait ;
  - e. avoir consulté au moins un autre médecin indépendant, qui a vu le patient et a donné par écrit son jugement concernant les critères de rigueur visés aux points a à d ; et
  - f. avoir pratiqué l'interruption de la vie ou l'aide au suicide avec toute la rigueur médicale requise.
2. Si le patient âgé de seize ans ou plus n'est plus capable d'exprimer sa volonté, mais qu'avant d'être dans cet état, il était jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière et a fait une déclaration écrite dans laquelle il demande l'interruption de la vie, le médecin peut donner suite à cette demande. Les critères de rigueur visés au paragraphe 1 sont applicables par analogie.
3. Si le patient mineur a entre seize ans et dix-huit ans et peut être jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière, le médecin peut donner suite à sa demande d'interruption de la vie ou d'aide au suicide après que le parent ou les parents investis de l'autorité parentale ou le tuteur ont été associés à la décision.
4. Si le patient mineur a entre douze ans et seize ans et peut être jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière, le médecin peut donner suite à sa demande si le parent ou les parents investis de l'autorité parentale ou le tuteur peuvent accepter l'interruption de la vie ou l'aide au suicide. Le paragraphe 2 est applicable par analogie.

## CHAPITRE III. COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'INTERRUPTION DE LA VIE SUR DEMANDE ET DE L'AIDE AU SUICIDE

### Paragraphe 1. Instauration, composition et nomination

#### Article 3

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

#### Article 4

1. Le président, les membres et les suppléants sont nommés par Nos ministres pour une durée de six ans. Leur mandat peut être renouvelé une fois pour une durée de six ans.
2. Chaque commission a un secrétaire et un ou plusieurs secrétaires suppléants, tous juristes, qui sont nommés par Nos ministres. Le secrétaire a voix consultative dans les réunions de la commission.
3. Le secrétaire ne rend compte de ses travaux qu'à la commission pour laquelle il les effectue.

### Paragraphe 2. Démission

#### Article 5

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

#### Article 6

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

### Paragraphe 3. Rémunération

#### Article 7

Le président, les membres et les membres suppléants perçoivent des vacances ainsi qu'une indemnité de voyage et de séjour conformément aux règlements de l'État, pour autant que ces frais ne leur soient pas remboursés à un autre titre par le Trésor public.

## Paragraphe 4. Tâches et compétences

### Article 8

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

### Article 9

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

### Article 10

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

- 1°. pour évaluer les actes du médecin dans le cas visé à l'article 9, paragraphe 2 ; ou
  - 2°. aux fins d'une enquête judiciaire.
- La commission fait savoir au médecin que des informations ont été communiquées au procureur de la Reine.



## Paragraphe 6. Méthode de travail

### Article 11

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

### Article 12

1. Le jugement est arrêté à la majorité simple des voix.
2. La commission ne peut arrêter son jugement que si tous ses membres ont participé au vote.

### Article 13

Les présidents des commissions régionales de contrôle se concertent au moins deux fois par an sur les méthodes et le fonctionnement des commissions. Un représentant du Collège des procureurs généraux et un représentant de l'Inspection de la santé du Service national de contrôle de la santé publique sont invités à cette concertation.

## Paragraphe 7. Confidentialité et récusation

### Article 14

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

### Article 15

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

### Article 16

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

## Paragraphe 8. Rapport

### Article 17

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

### Article 18

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

### Article 19

1. Sur proposition de Nos ministres, des règles sont établies par règlement d'administration publique concernant :
  - a. le nombre et la compétence territoriale, et
  - b. le lieu d'établissement des commissions.
2. Par ou en vertu d'un règlement d'administration publique, Nos ministres établissent des règles complémentaires concernant :
  - a. la taille et la composition, et
  - b. la méthode de travail et les rapports des commissions.

## CHAPITRE III A. BONAIRE, SAINT-EUSTACHE ET SABA

### Article 19a

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

### Article 19b

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

### Article 19c

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

### Article 19d

Le président de la commission visée à l'article 19c participe aux concertations visées à l'article 13, de même que le procureur général ou un représentant qu'il aura désigné et un représentant de l'Inspection de la santé.

## CODE PÉNAL

### Article 293

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

### Article 294

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

## LOI SUR LES POMPES FUNÈBRES

### Article 7

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

## ÉDITION

Titre abrégé recommandé  
Code de l'euthanasie 2018

Commissions régionales de contrôle  
de l'euthanasie  
[www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

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

avril 2018

COMMISSIONS REGIONALES  
DE CONTROLE  
DE L'EUTHANASIE

RTE