

Institut Européen de Bioéthique

Flash Expert

31 janvier 2019

Code d'Euthanasie 2018 aux Pays-Bas : une déontologie pour rassurer

Un nouveau Code de déontologie en matière d'euthanasie a vu le jour aux Pays-Bas, publié par les Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE). Il s'adresse en premier lieu aux médecins et médecins-conseils qui pratiquent l'euthanasie au Pays-Bas. Sa publication en français également le rend accessible au niveau international, du moins en Belgique¹ et en France.

Ces recommandations sont délivrées au moment-même où la pratique de l'euthanasie aux Pays-Bas est ébranlée par une poursuite du Ministère public à l'encontre d'un médecin suspecté d'avoir euthanasié une patiente contre la volonté de celle-ci (voir [Bulletin de l'IEB](#)). En Belgique aussi, plusieurs affaires judiciaires sont en cours ([Affaire Mortier à la CEDH](#), [affaire Tine Nys devant les assises](#)).

Ce Code expose la façon dont les Commissions de contrôle régionales interprètent les critères de la loi euthanasie. Il constitue un outil permettant de prévenir des poursuites judiciaires, que peut entraîner une appréciation (a posteriori) négative sur une euthanasie, venant d'une Commission de contrôle.

Il semble cependant confirmer les ambiguïtés et contradictions, inévitables, à partir du moment où la pratique de l'euthanasie a du mal à trouver sa place entre le paternalisme du médecin et le ressenti subjectif du patient. L'Institut Européen de Bioéthique en livre une analyse critique.

Liberté de conscience – l'euthanasie n'est pas un droit

Un des premières affirmations du Code concerne la liberté de conscience des médecins à l'égard d'un patient qui demande l'euthanasie : même si tous les critères de rigueur sont réunis, « *l'euthanasie n'est pas un droit du patient, et ils [les médecins] peuvent refuser de la pratiquer.* » (p. 9) La même objection de conscience est prévue pour les pharmaciens. (p. 33)

¹ La Fédération des Soins Palliatifs en Flandre a publié des recommandations similaires en 2018, analysées par l'IEB dans son [Flash Expert](#).

Le médecin, juge terminal du patient

En matière d'euthanasie, c'est finalement le médecin et lui seul, qui décidera si le patient peut être euthanasié ou non. Ce pouvoir semble parfois entrer en contradiction avec le principe de l'auto-détermination du patient, tellement présent dans la revendication à l'euthanasie.

Ainsi, le Code répète à deux reprises que l'hésitation ou les doutes devant le choix de l'euthanasie ne sont pas forcément des contre-indication d'une demande volontaire et mûrement réfléchie. « *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.* » (p. 15 et 17) Apparemment donc, l'hésitation du patient n'empêche pas la cohérence de sa demande. Cette cohérence peut se manifester dans la répétition fréquente de la demande d'euthanasie. Cependant, le Code s'empresse d'ajouter qu'il n'est **pas nécessaire que la demande d'euthanasie s'inscrive dans la durée.** (p. 15) Le lecteur aura de la peine à suivre la cohérence de ces indications...

C'est aussi le médecin qui doit appréhender le caractère insupportable des souffrances du patient.

C'est encore lui qui, sur base de ses contacts antérieurs avec le patient, apprécie si la déclaration anticipée d'euthanasie était « *volontaire et mûrement réfléchie* ».

En cas d'exécution de la déclaration anticipée d'euthanasie, c'est à nouveau le médecin qui identifiera les signes de rejet que manifesterait le patient au moment de l'euthanasie : le Code affirme donc qu'en fonction de ces « signes », l'euthanasie doit être pratiquée ou non.

C'est lui enfin qui doit s'assurer que, pour les patients souffrant de troubles psychiatriques, la volonté de mourir correspond à une demande volontaire et mûrement réfléchie et non pas à une manifestation de sa maladie.

La capacité décisionnelle du patient et la question de son euthanasie

Quant à la condition de la capacité du patient à exprimer sa volonté, le Code conseille au médecin de se limiter à juger de la capacité à demander l'euthanasie, sans que le patient ne doive être capable de prendre des décisions dans d'autres domaines (familiaux, économiques, ...) (p. 16)

Or selon l'adage « qui peut le plus, peut le moins », si un patient est incapable de prendre des décisions qui pourtant ne mettent pas en jeu son existence, n'est-il pas a fortiori peu capable de décider d'un sujet aussi grave que sa mort ?

Le fait de se sentir un poids pour les autres peut justifier une euthanasie

Une des conditions légales est que la demande d'euthanasie soit volontaire. Le Code estime d'une part qu'une demande d'euthanasie sous une quelconque pression externe n'est pas considérée comme volontaire. Mais d'autre part, il indique que « *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 ». (p. 16) On attendrait davantage une incitation à aider le patient à ne plus se sentir « de trop » pour ses proches. Vouloir mourir parce qu'on se sent « de trop » ressemble bien à une mort sous pression, familiale ou sociale.

Faible importance du médecin « consultant »

Le médecin n'est pas lié par l'avis complémentaire du deuxième médecin consulté pour l'euthanasie. En cas de divergence, il peut décider de malgré tout pratiquer l'euthanasie.

De plus, l'intervention du médecin consultant est minimisée du fait que les Commissions n'ont pas d'objection à ce qu'il rende visite au patient, pour la première fois, peu de temps avant l'euthanasie, et même le jour-même, ce qui laisse à peine quelques heures au premier médecin pour prendre en compte l'avis du consultant, avant de procéder à l'euthanasie déjà planifiée.

Il existe des cas d'euthanasies de patients atteints d'un handicap mental. Dans ce genre de cas, la consultation d'un deuxième médecin spécialisé dans les soins des personnes atteintes d'un handicap mental est conseillée, mais pas obligatoire. (p. 43) Ceci pose sérieusement la question du caractère « volontaire et mûrement réfléchi » de la demande d'euthanasie.

Enfin, il arrive que le médecin consultant ne puisse plus communiquer avec le patient si celui-ci se trouve dans un état de coma ou de conscience minimale entre la consultation du premier et du deuxième médecin. Selon les RTE, cela n'empêchera pas d'exécuter l'euthanasie.

Ces différents points illustrent la très faible posture du médecin consultant dans la procédure d'euthanasie.

Les médecins sommés de rendre des comptes

Tout en laissant le choix au médecin de pratiquer l'euthanasie, le Code requiert qu'il justifie un certain nombre de ses décisions, comme par exemple les raisons pour lesquelles il ne tient pas compte de l'avis du médecin consultant. (p. 26)

Les Commissions vérifieront aussi l'absence de toute relation personnelle, organisationnelle ou d'influence (par exemple si deux praticiens opèrent régulièrement comme praticien l'un de l'autre). (p. 26) Le médecin devra encore s'expliquer devant la Commission s'il a pratiqué l'euthanasie d'une personne à un stade avancé de démence et incapable d'exprimer sa volonté.

On assiste ainsi peu à peu à un alourdissement de la procédure en matière d'euthanasie et à une « mise sous tutelle » des médecins.

Le patient qui refuse un traitement ou des soins palliatifs peut se voir refuser l'euthanasie...ou non

L'intention de la loi, selon le Code, est de donner au patient un rôle central dans l'appréciation du caractère « raisonnable » d'un traitement ou de soins alternatifs à l'euthanasie. Cependant, le patient peut se voir refuser l'euthanasie s'il refuse un traitement ou des soins proportionnés et qui peuvent remédier substantiellement à ses souffrances. En effet, le critère de l'absence de perspective d'amélioration des souffrances n'est alors plus rempli. (p. 23 et 39)

Cependant, le Code énonce que le refus d'une sédation palliative qui pourrait raisonnablement soulager des souffrances insupportables, n'est pas un obstacle à la mise en œuvre de l'euthanasie. Contradiction ?

L'euthanasie pour vie accomplie est exclue – nécessité du fondement médical

Le Code rappelle que les souffrances menant à l'euthanasie doivent comporter un fondement médical, ce qui exclut le cas de la vie accomplie. (p. 19) (Voir Dossiers de l'IEB : [Euthanasie et « vie accomplie » aux Pays-Bas](#) et [en Belgique](#))

Les Commissions font la distinction entre la « fatigue de vie » ou « vie accomplie », et l'accumulation d'affections dégénératives liées à la vieillesse. Ces « pathologies gériatriques » peuvent justifier selon elles, une euthanasie. (p. 20) **Considérer la vieillesse et les affaiblissements qu'elle entraîne comme justifiant de mettre fin à ses jours pose néanmoins de sérieuses questions**, à la fois sur le sens qu'une telle vision laisse à une vie âgée, et sur le message de (non-)solidarité que perçoit la société dans une « euthanasie des vieux ».

Les souffrances, basées sur un fondement médical, doivent être **actuellement ressenties**. Et paradoxalement, les Commissions estiment que l'angoisse que le patient éprouve devant la **dégradation à venir** de sa santé peut être un élément déterminant de ses souffrances. (p. 21)

Le Code mentionne les cas d'euthanasies simultanées pour un couple, en demandant qu'il y ait un médecin consultant différent pour chaque patient. (p. 27) Le médecin qui *pratiquera* les deux euthanasies peut donc être le même. N'est-il pas interpellant qu'il soit procédé à des euthanasies simultanées étant donné que l'avancement de la maladie est propre à chaque patient et que la mort de l'un ne peut en aucun cas constituer un fondement médical pour l'euthanasie de l'autre.

Le testament de « vie » ou la volonté figée

Dans le cas où le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté (ex : coma ou démence), la loi autorise son euthanasie à condition qu'il ait rédigé une déclaration anticipée d'euthanasie du temps où il en était encore capable. Les autres critères de rigueur doivent aussi être respectés dans la mesure du possible.

Pour estimer si une solution alternative à l'euthanasie est jugée raisonnable par le patient, le médecin doit se baser sur sa déclaration anticipée. De même pour le caractère insupportable des souffrances. En principe, le caractère insupportable des souffrances doit se vérifier au moment de l'euthanasie. Or, le médecin va juger que le patient souffre **actuellement** de façon insupportable, sur base d'une déclaration **parfois vieille de plusieurs années**. La volonté et le ressenti actuels du patient (pour le peu qu'ils soient exprimables), sont donc secondaires. L'essentiel semble figé dans ce « testament de mort », au risque de conduire à un réel « forçage psychique » sur la manière dont la personne prévoit de mourir, selon [les mots du psychologue Marc Huon](#).

Comme pour rassurer les médecins et l'opinion publique à la suite de l'euthanasie pour laquelle un médecin est actuellement poursuivi en justice (la patiente, atteinte de démence, se débattait au moment de l'injection létale), **les Commissions semblent faire primer la déclaration anticipée sur la volonté actuelle du patient** : « *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. (...) 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.* » Semant la confusion, les Commissions poursuivent en recommandant au médecin d'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.* » (p. 37)

Une telle confusion n'ouvre-t-elle pas la porte à des euthanasies contre la volonté actuelle du patient, si difficile à percevoir soit cette volonté en raison de la maladie mentale ?

L'application d'une déclaration anticipée d'euthanasie, telle que déduite par les Commissions, a de quoi interpeler : ainsi, un patient qui a rédigé une déclaration anticipée d'euthanasie et se trouve dans un coma ou un état de conscience minimale (dû aux médicaments administrés), **bien que réversibles et ne présentant pas de signes de souffrances**, peut néanmoins se faire euthanasier. En Belgique au contraire, la déclaration anticipée d'euthanasie ne trouve à s'appliquer qu'en cas de coma irréversible. (Voir [Flash Expert](#)).

Par contre, le patient plongé dans un coma ou un état de conscience minimale **irréversibles** et qui ne donne **pas de signes de souffrances**, ne peut obtenir l'euthanasie sur base de sa déclaration anticipée, car **il ne répond pas au critère de souffrance insupportable**. (p.47)