

# BILAN DE L'EUTHANASIE AUX PAYS-BAS

**Les Pays-Bas sont historiquement le premier pays en Europe à avoir dépénalisé l'euthanasie et le suicide assisté, en 2001. Le nombre de personnes euthanasiées n'a cessé de croître chaque année, dans le cadre d'une évolution culturelle préoccupante, notamment pour les plus fragiles de la société.**

La présente note dresse un bilan approfondi de la situation actuelle, avec les données statistiques et la législation applicable, ou en cours de discussion pour élargir son champ d'application. Elle examine les principales dérives éthiques constatées, avec une interprétation de plus en plus laxiste des organes de contrôle, au point que même l'ONU s'en est préoccupé.

## I – LA SYNTHÈSE

**L'euthanasie est légale aux Pays-Bas depuis maintenant plus de vingt ans**, par une loi du 12 avril 2001 entrée en application le 1<sup>er</sup> avril 2002. Les Pays-Bas sont historiquement le premier pays en Europe à avoir autorisé cette pratique. Depuis cette légalisation, **le nombre d'euthanasies pratiquées a plus que triplé**. Les chiffres présentés chaque année par les comités régionaux d'examen de l'euthanasie montrent également une augmentation du nombre de dérives, et **une interprétation toujours plus large des conditions requises** par la loi de 2001.

Si les conditions strictes établies par la loi n'ont pas évolué stricto sensu, leur interprétation très extensive donne lieu en effet à des **situations de plus en plus discutables** : euthanasie de personnes atteintes de troubles psychiatriques, de personnes démentes, de personnes très âgées ou encore de personnes souffrant de plusieurs pathologies, mais ne respectant pas les conditions initiales requises par la loi. D'autres voix se font entendre, et notamment de la part de certains médecins regrettant **une banalisation de l'euthanasie**.

Alors que les dérives sont dénoncées par certains, d'autres souhaitent élargir les conditions d'accès et de pratique de l'euthanasie. Des pressions fortes s'exercent pour que le Parlement autorise le suicide assisté des personnes de plus de 70 ans qui en feraient la demande, en n'invoquant pas d'autre mobile que l'âge et la « fatigue de vivre ». Les divers projets et propositions de loi déposés ces dernières années n'ont pas encore abouti. Cet élargissement reste à l'agenda de plusieurs formations politiques. En avril 2021, l'organisation '[Coöperatie Laatste Wil](#)' a assigné l'État néerlandais en justice afin de le sommer de permettre le suicide assisté sans motif médical particulier, au nom du droit à l'autodétermination.

## II – LES DONNÉES STATISTIQUES

Les données présentées ci-dessous proviennent du rapport annuel des comités régionaux de l'examen de l'euthanasie ([Regionale Toetsingcommissies Euthanasie, RTE](#)). Ces chiffres ne prennent pas en compte les euthanasies clandestines et les sédations palliatives [cachant en réalité des euthanasies](#).

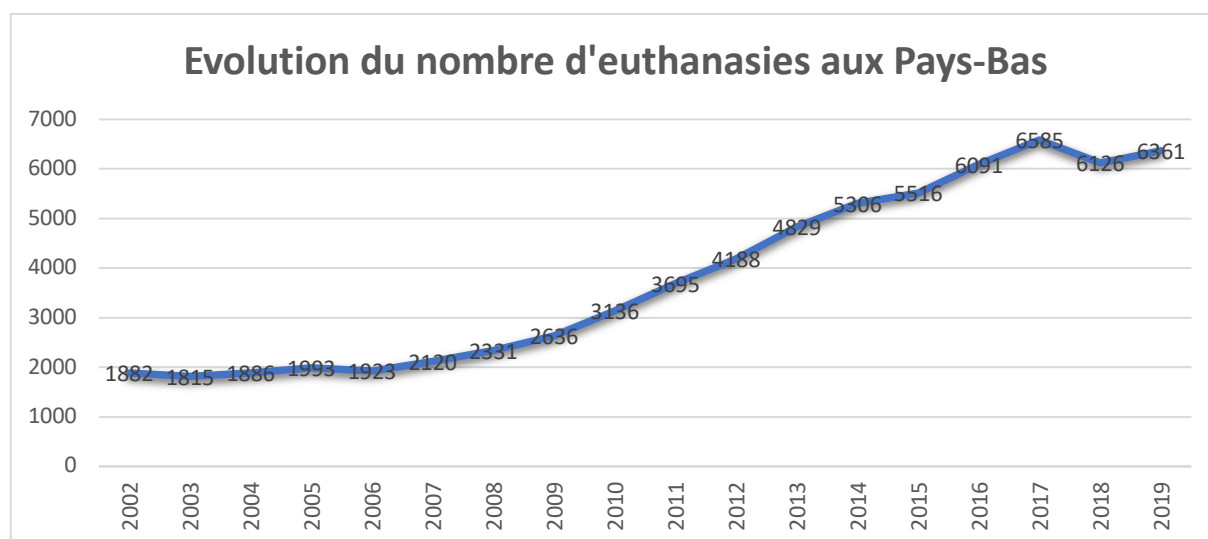
En 2003, première année complète d'application de la loi, on a recensé 1 815 euthanasies. Ce nombre est passé à 4 188 en 2012 et à **6 361 en 2019**. **Le nombre d'euthanasies a donc plus que triplé en vingt ans.**

Sur l'année 2019, les Pays-Bas ont comptabilisé **17 euthanasies par jour**, sur une population de 17,3 millions d'habitants. Cela représente **4,2 % de l'ensemble des décès** de l'année.

80 % de ces euthanasies ont été pratiquées sur des patients souffrant de maladies telles qu'un cancer, une pathologie du système nerveux, une pathologie cardiovasculaire ou pulmonaire. Les autres euthanasies sont liées à des polyopathologies (13%), des infirmités liées au grand âge (3%), ou encore à des troubles psychiatriques (1%) et démences (3%).

80% des personnes ont été euthanasiées chez elles et, dans 83% des cas, par le médecin de famille.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution du nombre d'euthanasies et de suicides assistés ayant été réalisés depuis 2002.



### III – LA LÉGISLATION

#### **A) La loi de 2001 : légalisation de l'euthanasie et de l'aide au suicide**

L'euthanasie est devenue légale aux Pays-Bas par la loi du 12 avril 2001, dite « [Loi de contrôle d'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide](#) », qui a été mise en application à partir du 1er avril 2002. Elle est le fruit d'une évolution historique qui a commencé dès les années 70-80, avec une jurisprudence pénale plus « compréhensive » pour les médecins et plusieurs propositions de loi : voir **chronologie en annexe**.

Sans dépénaliser l'euthanasie à proprement parler, la législation néerlandaise actuelle la permet dans certains cas précis. En effet, l'euthanasie, l'incitation au suicide et l'aide au suicide demeurent juridiquement des infractions pénales. Mais la loi introduit une excuse exonératoire de responsabilité pénale au profit du médecin qui **respecte cinq « critères de minutie »** :

- 1) La demande du patient doit être volontaire et mûrement réfléchie. Le consentement du patient qui n'est plus en état de l'exprimer peut être pris en compte, s'il a préalablement établi une déclaration écrite en ce sens et est âgé d'au moins 16 ans.
- 2) Les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration.
- 3) Le patient doit avoir été pleinement informé de sa situation et des perspectives qui sont les siennes.
- 4) Le médecin et le patient sont parvenus conjointement à la conclusion qu'il n'existe pas d'autre solution raisonnable.
- 5) Un autre médecin indépendant doit avoir été consulté et doit avoir donné par écrit son avis sur les critères de minutie. Dans l'hypothèse où la demande d'euthanasie est formulée par un patient souffrant de troubles mentaux, deux médecins indépendants doivent avoir été consultés, dont au moins un psychiatre.

**La loi s'applique également aux mineurs** : elle prévoit que le médecin peut accepter la demande d'un mineur, à condition que ses parents soient associés à sa prise de décision (lorsque le mineur a entre 16 et 18 ans) ou donnent leur accord (lorsqu'il a entre 12 et 15 ans). Par ailleurs, depuis 2005, un protocole appelé « [protocole de Groningen](#) » énumère les conditions et les étapes à suivre dans le cadre des décisions de fin de vie de jeunes enfants, essentiellement des nouveau-nés.

#### **B) Les pressions pour élargir les possibilités d'euthanasie ou de suicide assisté**

Régulièrement, divers organismes se positionnent en faveur d'une interprétation plus large de la loi de 2001 afin d'ouvrir l'accès à l'euthanasie à de nouvelles situations non prévues à l'origine.

##### 1. Les personnes « fatiguées de vivre »

En octobre 2016, le gouvernement néerlandais a déposé un projet de loi visant à autoriser un nouveau cadre juridique pour [l'assistance au suicide des personnes âgées](#), même si elles ne sont pas souffrantes, en invoquant la notion de « vie accomplie » ou « achevée » (*voltooid leven*). Le principe directeur ne serait donc pas de soulager la souffrance, is de respecter l'autonomie. Selon le gouvernement, les personnes concernées « *ne voient plus de possibilité pour donner un sens à leur vie, vivent mal leur perte d'indépendance, ont un sentiment de solitude* ».

Pourtant, une commission composée principalement de médecins, de philosophes et de juristes avait conclu en février 2016 que cette notion de « vie accomplie » ne pouvait être retenue. Ces experts

considèrent que la loi de 2002 est déjà suffisamment large, et surtout que ce pourrait être la porte ouverte à des euthanasies sous l'influence de certaines familles désireuses « d'en finir » avec des proches âgés et fragilisés. Ces craintes sont partagées par certains partis politiques qui estiment qu'un éventuel texte ne peut que mener à « *une pression sur les autres personnes âgées qui vont se sentir de trop dans la communauté* ». [Un professeur d'éthique médicale](#) considère ainsi que l'initiative du gouvernement « *prouve que nous n'avons pas réussi à intégrer réellement les personnes âgées dans notre société* ». [La Société royale néerlandaise pour la promotion de la médecine](#) (KNMG) a indiqué également, dans un communiqué de mars 2017 – et réaffirmé en [janvier 2020](#) – qu'« *une telle proposition radicale n'est pas souhaitable pour des raisons pratiques et de principe* ».

Le projet de loi de 2016 n'ayant pu aboutir, une nouvelle proposition de loi a été déposée en juillet 2020 par la députée Pia Dijkstra du parti D66 (gauche libérale), visant à dépénaliser l'euthanasie pour « vie accomplie » à partir de 75 ans, en dehors de toute condition médicale. Ce type de demande serait alors pris en charge par un "accompagnateur de fin de vie" (*levenseindebegeleider*) (et non plus par un médecin), qui sera amené à s'entretenir avec la personne âgée afin de vérifier que la demande de mourir est "libre, réfléchie et persistante", et afin de discuter de l'opportunité d'impliquer ses proches dans la discussion. L'accompagnateur devra avoir la conviction qu'il n'existe pas d'autre "aide" souhaitable pour cette personne.

La consultation publique lancée par les autorités en 2019 avait pourtant conclu à un tel désir d'euthanasie sans raison médicale chez [à peine 0,18% des personnes de plus de 55 ans](#).

Cet élargissement reste quoi qu'il en soit à l'agenda de plusieurs formations politiques.

## 2. L'euthanasie pour les mineurs de moins de 12 ans

La loi néerlandaise actuelle permet l'euthanasie des enfants à partir de 12 ans (pour la période 2002-2015, 7 cas ont été déclarés), et le [Protocole de Groningen](#) de 2005 permet l'euthanasie des nouveau-nés atteints d'une grave affection et dont la "qualité de vie" est estimée insatisfaisante.

A partir de 2014, la *NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde* – Association néerlandaise de Pédiatrie), dans le cadre de sa Commission Ethique et Droit, a proposé des débats sur l'ouverture de l'euthanasie aux [enfants de moins de 12 ans](#) (la décision serait prise par les parents et le médecin, sans nécessairement avoir l'accord de l'enfant). Dès 2015, la *NVK* a officiellement pris [position en faveur de l'euthanasie des enfants entre 1 et 12 ans](#), en se fondant sur une analyse de la capacité de discernement. Dans les cas où les enfants ne pourraient ni comprendre ni s'exprimer, le médecin, en accord avec les parents, pourrait lui-même décider l'euthanasie, comme cela se fait déjà pour les nouveau-nés.

La ministre de la santé de l'époque, Edith Schippers, a précisé en mai 2016 qu'il n'y a pas besoin de nouvelle loi pour élargir ces pratiques, en affirmant : « *C'est une méprise de croire que le cadre légal actuel ne permet pas de provoquer la mort des enfants gravement malades. En effet, un médecin en cas de « force majeure » peut toujours faire appel à l'état de nécessité.* »

Sur la base de ces différentes prises de position, le nouveau Ministre néerlandais de la santé, Hugo De Jonge, a indiqué en octobre 2020 confirmer la dépénalisation prochaine de [l'euthanasie sur les enfants de moins de 12 ans](#), le cas échéant sans leur consentement. Cette dépénalisation se fera sans passer par le Parlement, par le biais d'un règlement ministériel interprétatif de la loi actuelle.

### 3. Le développement du don d'organes après euthanasie

Après un premier prélèvement en 2012, la pratique se développe pour contribuer à pallier le manque d'organes disponibles. [Un cas emblématique a été médiatisé en mars 2016](#), avec l'euthanasie d'un homme « qui a permis de sauver cinq vies ».

*Début 2017, des directives organisant le don d'organe après euthanasie (Richtijn orgaandonatie na euthanasie) ont été élaborées, à la demande de la ministre de la santé, par des professionnels de la santé, des associations de patients, des éthiciens et des proches de patients. [Ce manuel pratique multidisciplinaire \(Richtijn orgaandonatie na euthanasie\)](#) a été mis au point pour expliquer en détail la procédure médicale combinant euthanasie puis don d'organes. Ces directives, contraignantes pour l'ensemble des médecins et hôpitaux, insistent sur le fait que l'euthanasie doit être effectuée dans un hôpital, et non comme la plupart du temps au domicile par le médecin traitant : cela doit permettre de prélever les organes dans les minutes qui suivent le décès, avec une équipe dédiée dans une autre salle d'opération. Dans un [article publié en 2018](#) dans le *Canadian Medical Association Journal*, deux médecins néerlandais proposent toutefois désormais de sédaté le patient chez lui, entouré de ses proches, avant de l'acheminer en ambulance jusqu'à l'hôpital où un médecin provoquera sa mort dans la salle d'opération, quelques minutes avant le prélèvement.*

Au-delà des préoccupations de techniques médicales, les questions éthiques demeurent en réalité nombreuses. L'objectif clairement affiché est de faciliter le prélèvement d'organes sur des personnes décédées par euthanasie : grâce à ces nouvelles directives, le nombre d'organes disponibles post-mortem aux Pays-Bas devrait être doublé. Par ailleurs, jusqu'il y a peu, tant le corps médical que les directives de la Fondation Néerlandaise de Transplantation considéraient que le patient désirant l'euthanasie devait aborder de lui-même le sujet du don d'organes, sans que le médecin en ait pris l'initiative. Cependant, telle que modifiée en 2020, la loi sur le don d'organes prévoit désormais que le médecin aura dorénavant l'obligation de consulter le Registre des donneurs et prendra l'initiative, si le patient ne le fait pas, de [demander à ce dernier s'il souhaite donner ses organes après son euthanasie](#).

On peut craindre que la pression médicale ou celle de la société pour obtenir des organes amène des personnes « à se sacrifier », au nom d'une conception erronée de la solidarité entre malades et bien-portants.

### 4. La pilule du suicide

[L'association Coöperatie Laatste Will \(« Coopération pour la dernière volonté »\)](#) a annoncé en septembre 2017 mettre à disposition de ses membres qui le souhaitent un produit pour provoquer la mort en une heure, sans nécessiter l'encadrement d'un médecin. Forte de 3 500 adhérents ayant une moyenne d'âge de 70 ans, cette association milite pour « le droit de mourir dans la dignité » quand la personne l'aura décidé, et pas forcément dans le cas où elle souffre de manière inapaisable. Plusieurs personnes sont depuis lors décédées après s'être vu fournir la substance létale par le biais de l'association « coopérative ». L'association a annoncé cesser son activité de fourniture de produits létaux après l'ouverture d'une enquête par le Ministère public néerlandais en mars 2018 pour organisation criminelle.

En avril 2021, *Coöperatie Laatste Wil* a [assigné l'État néerlandais en justice](#), accompagnée de 33 corequérants individuels, afin de le sommer de permettre le suicide assisté sans motif médical particulier, au nom du droit à l'autodétermination.

## **IV – UNE MULTIPLICATION DES DÉRIVES CONSTATÉES**

Si la loi n'a pas formellement évolué depuis 2001, l'interprétation de celle-ci a laissé libre cours à des pratiques de plus en plus permissives. La loi prévoit des conditions relativement strictes, mais la pratique tend à élargir l'interprétation de celles-ci pour rendre l'euthanasie plus accessible.

### **A) Des euthanasies au détriment des soins palliatifs**

#### **1. La loi sur l'euthanasie est intervenue « beaucoup trop tôt »**

En décembre 2009, Madame Els Borst, ministre de la Santé des Pays-Bas en 2001, responsable de la loi légalisant l'euthanasie, s'est confiée dans un ouvrage d'entretiens avec Anne-Mei The, anthropologue et juriste : pour elle, la légalisation de l'euthanasie est intervenue « beaucoup trop tôt ». Elle pense que les pouvoirs publics n'ont pas prêté l'attention nécessaire aux soins palliatifs et à l'accompagnement des mourants. « *Aux Pays-Bas, nous avons d'abord écouté la demande politique et sociale en faveur de l'euthanasie. Évidemment, ce n'était pas dans le bon ordre.* » Elle met en cause notamment la « pression sociale » venant des médecins, qui cherchaient à soulager leurs patients de leurs souffrances sans avoir à réaliser des « bricolages » illégaux.

#### **2. Des sédations inappropriées et des euthanasies masquées.**

En 2013, le centre intégral du cancer néerlandais (NKNL) [a dénoncé des euthanasies masquées](#) et des soins inappropriés apportés aux patients. Chaque année, 1700 cas de sédations en fin de vie pourraient relever de pratiques inadéquates cachant des euthanasies.

Dans [le 3<sup>ème</sup> rapport quinquennal](#) (2012-2016) d'évaluation de la loi néerlandaise, publié en juillet 2017, l'étude des certificats de décès montre que les « sédations profondes et continues jusqu'au décès » sont passées de 8,2% des décès en 2005 à 18% en 2015. Cette forte augmentation pose la question de mieux comprendre si cette technique relève des soins palliatifs ou des pratiques euthanasiques.

Par ailleurs, [une étude rendue publique](#) le 26 août 2016, réalisée auprès de médecins du SCEN (*Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland*), soutient que beaucoup d'euthanasies seraient pratiquées parce que la personne qui en demande une n'aurait pas bénéficié d'une prise en charge adéquate.

### **B) Les personnes souffrant de troubles psychiatriques**

La loi dispose explicitement que la demande du patient doit être volontaire et mûrement réfléchie. De ce fait, accorder l'euthanasie à des patients qui souffrent de troubles psychiatriques ou de démence pose problème. Pour une décision aussi irréversible que l'euthanasie, la question de la liberté de choix se pose pour toute personne, jusqu'au dernier moment. Lorsque le patient est atteint de troubles relatifs à sa santé mentale, l'expression de sa volonté demeure encore plus difficile à établir. Pourtant les cas d'euthanasie dans ces situations ne sont pas rares. La référence à une directive anticipée (document écrit préalablement, demandant l'euthanasie dans les cas où la personne serait amenée par la suite à ne plus pouvoir donner son consentement) est fréquente pour justifier l'euthanasie des personnes démentes.

En 2016, un médecin gériatre a euthanasié une patiente atteinte de la maladie d'Alzheimer sans son consentement effectif au moment de l'acte, en versant préalablement un sédatif dans son café, à son insu. Dans cette affaire dite de la « *koffie-euthanasie* », la patiente avait certes rempli une directive anticipée d'euthanasie mais se débattait néanmoins au moment de l'injection létale. Le médecin et la famille ont alors retenu de force la patiente. La Commission de contrôle de l'euthanasie ainsi que les

[tribunaux néerlandais](#) – en ce compris la [Cour suprême](#) – ont tous considéré qu’aucune infraction n’avait été commise.

Le rapport 2009 des commissions régionales de contrôle fait état de 12 cas d’euthanasies pratiquées pour des maladies neurologiques, dont des personnes démarrant la maladie d’Alzheimer. Selon [les données de 2019](#), 230 euthanasies ont été déclarées cette année-là pour des pathologies psychiatriques (68 cas) et des démences (162 cas). La capacité d’une personne psychologiquement atteinte à donner son consentement n’est pas évidente à établir, et beaucoup de médecins refusent de pratiquer ce type d’euthanasies. La question des « souffrances sans perspective d’amélioration » peut aussi être soulevée pour certains cas de psychiatrie.

Le 16 février 2017, [une pétition signée par 350 médecins](#) dénonce les euthanasies de personnes démentes, et la multiplication des « cas limites ». « *Donner une injection mortelle à un patient atteint de démence avancée, sur la simple base d’une déclaration anticipée ? À quelqu’un qui n’est pas en mesure de confirmer qu’il veut mourir ? Nous nous y refusons. Notre réticence morale à mettre fin à un être humain sans défense est trop grande.* »

En dépit de ces observations critiques, dans la dernière version de leur [Code des Bonnes pratiques](#) publiée en 2020, les commissions de contrôle néerlandaises autorisent désormais explicitement le médecin confronté au cas d’une personne atteinte de démence qui n’est pas en mesure de consentir à l’euthanasie à lui donner la mort sur la base de sa déclaration anticipée. En outre, le document des commissions de contrôle invite le médecin – comme ce fut le cas lors de la *koffie-euthanasie* – à administrer une sédation au patient à son insu, afin d’éviter toute résistance au moment de l’injection létale.

### **C) La clinique de fin de vie : un moyen de contourner le refus des médecins**

Alors que la loi prévoit explicitement que le médecin et le patient doivent conjointement parvenir à la conviction qu’il n’existe pas d’autre solution, certaines associations considèrent que la volonté du patient doit toujours primer, et que le refus d’un médecin de pratiquer une euthanasie ne doit pas empêcher celle-ci d’avoir lieu.

En 2012, l’association NVVE (association pour la fin de vie volontaire) a mis en place des « [équipes volantes](#) » permettant de donner satisfaction aux personnes dont les médecins traitants refusent l’euthanasie. Une trentaine d’équipes mobiles seraient ainsi constituées d’un médecin et d’un infirmier. L’association, avec un objectif de réaliser 1000 euthanasies par an, a également ouvert une « clinique de la mort » à la Haye, spécialisée dans les euthanasies. Dénommée « *Levenseindekliniek* » (« clinique de la fin de vie ») jusqu’en 2019, le centre a opté pour l’appellation explicite « *Expertisecentrum euthanasie* » (« centre d’expertise de l’euthanasie »).

La mise sur pied de ce dispositif est alors [critiqué par l’association KNMG](#), regroupant 53 000 médecins, ces « équipes volantes » ne connaissant pas suffisamment bien les patients pour être à même de juger de leur état : « *Nous ne sommes pas contre l’euthanasie s’il n’y a pas d’autre alternative. Mais l’euthanasie est un processus compliqué, à l’issue d’un traitement à long terme d’un patient, basé sur une relation de confiance. Il faut avoir une approche holistique du traitement du patient et voir notamment s’il existe une alternative à l’euthanasie : nous doutons sérieusement que cela puisse être fait par un médecin uniquement chargé de pratiquer des euthanasies.* »

Selon les [chiffres du centre](#), les médecins de la clinique de fin de vie seraient responsables de 898 cas d’euthanasie en 2019, contre 107 en 2013 (voy. le [rapport des commissions régionales](#)). Ceux-ci acceptent effectivement les cas les plus tangents et « complexes » que les autres médecins ne jugent

pas forcément justifiés, en dépit du fait qu'ils ne sont pas réellement inquiétés par la commission de contrôle ou la justice (voir ci-dessous).

## **V – UN CERTAIN LAXISME DES ORGANES DE CONTROLE**

Si la loi n'a pas formellement évolué depuis 2001, l'interprétation de celle-ci s'avère extensive.

### **A) Les commissions régionales de contrôle ont une interprétation extensive de la loi**

Les cinq commissions régionales de contrôle mises en place en 2002 sont des organes chargés d'étudier les signalements de cas d'euthanasie et de vérifier que les médecins agissent conformément aux critères de minutie. Ils rendent chaque année un rapport sur les euthanasies pratiquées dans leur région.

Dès 2008, [un rapport officiel français relève que le taux de signalement des cas d'euthanasie est en constante augmentation chaque année](#). Mais le taux d'euthanasies clandestines est encore estimé à 20% en 2005, ce qui pose la question de la transparence de cette législation. Ce rapport montre également « *qu'aucune poursuite pénale n'a été exercée à l'encontre d'un médecin sur les fondements des articles 293 (euthanasie) et 294 (aide au suicide assisté) du code pénal. 24 cas litigieux ont été transmis par les commissions de contrôle au Collège des procureurs généraux en 6 ans. Dans la plupart des cas, les médecins concernés ont été invités à s'entretenir avec le Procureur de la Reine pour un simple rappel à l'ordre, le parquet, semble-t-il, n'ayant pas été saisi de deux avis de violation de la loi par le même médecin* ».

En 2016, [ces commissions](#) n'ont demandé des informations complémentaires que pour 77 cas sur 6 091, soit 1,3% du total. Sur ces 77 cas, 10 euthanasies ont eu lieu alors que les médecins n'ont pas respecté les conditions requises.

[Le 3<sup>ème</sup> rapport quinquennal](#) (2012-2016) d'évaluation de la loi néerlandaise, publié en juillet 2017, donne les statistiques globales suivantes :

- 0,2% des cas déclarés à la commission de contrôle ont été jugés non-conformes aux critères de minutie établis par la loi (76 cas sur les 43 171 cas déclarés entre 2002 et 2015).
- La commission de contrôle a demandé des clarifications au médecin dans 4% des cas déclarés.
- Dans 1% des cas déclarés, la commission de contrôle a convoqué le médecin à l'une de ses séances afin de clarifier l'affaire.

Ce rapport en conclut : « *Lorsqu'un médecin a agi de manière non-conforme aux critères de minutie mais apparemment avec bonne foi, la commission préfère adopter à son égard une attitude éducative plutôt que d'entamer des poursuites.* »

Le sérieux du contrôle de l'euthanasie a par ailleurs été largement remis en cause par David Miller and Scott Kim, chercheurs du département de bioéthique au National Institute of Health (NIH) (USA), à travers un article paru dans le [British Medical Journal Open](#) en 2017.

### **B) Pour la Justice, aucune dérive constatée depuis 2001**

Quant à la justice, elle se montre particulièrement large également : en témoigne [l'affaire Albert Heringa](#), dans laquelle un homme a été acquitté en appel, alors même qu'il avait assisté sa mère au



suicide dans des conditions contraires à la loi. Une décision discutable, « *au motif qu'il avait agi dans une « situation d'urgence », ayant eu à décider entre respecter la loi ou se plier à une « obligation morale non écrite » en procurant à sa mère les produits mortels lui permettant de se suicider. »*

En 2014, par trois fois, [la clinique de fin de vie a été blâmée](#) par les commissions régionales de contrôle pour insuffisance d'instruction des dossiers de demande, mais cette clinique a continué de développer son activité sans être inquiétée. En 2015, [deux euthanasies](#) ont été jugées non conformes aux exigences de la loi par les commissions de contrôle. Malgré cela, aucune poursuite pénale n'a été engagée contre la clinique de fin de vie, pourtant responsable de ces actes.

Plusieurs autres cas controversés ont été médiatisés. À titre d'exemple, en 2016, [un alcoolique de 41 ans](#) a été euthanasié à sa demande. Une jeune femme de 20 ans, [abusée plusieurs fois](#) sexuellement dans son enfance, et souffrant de séquelles psychologiques, a également été euthanasiée, les médecins ayant conclu que ses souffrances physiques et mentales étaient devenues insupportables. Rappelons enfin le cas survenu en février 2017 concernant [une résidente de maison de retraite](#) souffrant de la maladie d'Alzheimer : la commission de contrôle avait alors transmis ce cas à la justice non pour obtenir la condamnation du médecin, mais pour que soit clarifié le pouvoir du médecin dans une telle situation. La Cour suprême a d'ailleurs finalement [validé une telle procédure](#), désormais intégrée dans le code de bonnes conduites des commissions régionales de contrôle.

## **VI – LE MAL-ETRE D'UNE PARTIE DU CORPS MEDICAL**

### **A) Une absence de clause de conscience pour les médecins**

Aux Pays-Bas, les médecins ne bénéficient pas de clause de conscience formelle, c'est-à-dire d'un droit de refuser une opération d'euthanasie pour des raisons personnelles, morales ou éthiques. Les [directives de la KNMG](#) (Association médicale royale néerlandaise), mises en place en 2011, précisent les conditions de pratique de l'euthanasie, et incluent le médecin dans le processus de décision pour certaines opérations.

Dans ses recommandations conclusives, [le 3ème rapport quinquennal](#) (2012-2016) d'évaluation de la loi néerlandaise souligne cependant que « *le gouvernement devrait réaffirmer le fait que les médecins ne sont pas tenus d'accéder aux demandes d'euthanasie.* » Le rapport fait également la suggestion suivante : « *Abandonner l'idée d'inclure dans la loi euthanasie le devoir de référer à un confrère pour les médecins qui refusent une demande d'euthanasie ou de suicide assisté (Clause de conscience).* »

En ce qui concerne la sédation palliative, c'est normalement au médecin de prendre la décision, avec l'accord du patient. Cependant, en mars 2017, un médecin néerlandais, spécialiste en gériatrie, a été [condamné d'un blâme par le conseil de discipline](#) des soins de santé de la Haye. Il avait refusé de sédaté une patiente, considérant que celle-ci était calme, dormait bien, et réagissait bien aux doses de morphine, et qu'aucun symptôme réfractaire n'avait été observé. Le Conseil a considéré que le médecin devait prendre en compte la souffrance psychique d'être encore en vie, et que le seul fait de vouloir mourir pouvait être qualifié de symptôme réfractaire.

### **B) Un poids psychologique important chez les médecins**

Des personnalités telles que le [professeur Theo Boer](#) dénoncent un glissement vers la banalisation et une perte de contrôle de l'euthanasie, qui tendrait à devenir la manière de mourir par défaut des patients atteints de cancer.

En 2015, [une enquête](#) a été menée auprès de 500 médecins par la fédération médicale néerlandaise (KNMG) et met en exergue le ressenti de ces derniers par rapport à l'euthanasie. Les médecins dénoncent une banalisation de l'acte, en déplorant que de plus en plus de patients souhaitent recourir à l'euthanasie comme substitut à la mort naturelle. 60 % d'entre eux estiment subir « *une pression de la part des patients ou de la famille pour les pousser à pratiquer l'euthanasie* » et 90 % considèrent que l'on sous-estime la charge que l'euthanasie représente pour les médecins.

La pétition des médecins concernant les personnes démentes souligne aussi que l'euthanasie est un acte difficile pour les médecins (cf § IV-B).

## **VII – LES CRITIQUES D'OBSERVATEURS ETRANGERS**

### **A) Une loi floue pour les parlementaires français**

[Des parlementaires français ont étudié la loi néerlandaise en 2008](#), au cours d'un voyage d'étude approfondi. Il ressort de leur analyse que l'application de cette loi présente plusieurs caractéristiques qui posent question : « *les critères d'évaluation du degré de la souffrance du patient sont flous, l'existence même d'un contrôle a posteriori faisant porter la vérification plus sur le respect de la procédure que sur la réalité des motifs médicaux ; l'appréciation du médecin est subjective et la méconnaissance de la loi n'est pas sanctionnée. Il y a quelque paradoxe à revendiquer haut et fort un droit à l'autonomie de la personne et à s'en remettre avec cette réglementation à la décision du médecin, cette législation consacrant de fait le pouvoir médical* ».

### **B) Une interpellation du Comité des Droits de l'homme de l'ONU**

En juillet 2009, dans son rapport périodique relatif aux Pays-Bas, [le Comité des Droits de l'Homme de l'ONU](#) s'est inquiété du nombre élevé de cas d'euthanasies et de suicides assistés dans ce pays. Il a « *demandé instamment* » aux Pays Bas de réviser sa législation pour se mettre en conformité avec les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966.

Deux sujets ont été abordés en particulier :

- Le nombre important d'euthanasies et de suicides assistés, et sa progression chaque année.
- Certaines modalités posent question : le fait d'autoriser un médecin à mettre fin à la vie d'un patient sans recourir à l'avis d'un juge, et le fait que le deuxième avis médical requis puisse être obtenu au travers d'une ligne téléphonique d'urgence.

Malgré ces critiques, les Pays-Bas n'ont pas revu leur législation. Le nombre d'euthanasies a continué à progresser chaque année, avec une interprétation de plus en plus extensive de la loi et une pression croissante de certains d'en élargir la portée.

Dans son [rapport périodique suivant](#), adopté en 2019, le Comité des Droits de l'Homme réitère ses inquiétudes quant à l'encadrement de la pratique de l'euthanasie aux Pays-Bas, s'interrogeant notamment sur « *les critères applicables à l'aide médicale à l'interruption de la vie, [...] les modalités d'application de ces critères et les garanties juridiques et institutionnelles mises en place pour s'assurer que les professionnels de la santé respectent la décision du patient, qui doit être libre, éclairée, explicite et dépourvue d'ambiguïté* ».

# ANNEXE

## Les évolutions du cadre légal avant la loi de 2001

**1973** : une première décision judiciaire enfreint la loi, un médecin n'est condamné qu'à une peine symbolique pour avoir pratiqué une euthanasie sur sa mère. D'autres jugements similaires suivent.

**27 novembre 1984** : la Cour Suprême des Pays-Bas introduit dans la jurisprudence la notion de « force majeure », qu'un médecin peut invoquer lorsqu'il a eu recours à une euthanasie mais qu'il a agi en conscience et dans le respect de l'éthique médicale.

**1988** : proposition de loi prévoyant une modification du Code pénal, pour dépénaliser les actes d'euthanasie ou de suicides assistés. Elle aboutit en 1989 sur un accord selon lequel il faut créer une commission nationale d'enquête.

**1<sup>er</sup> novembre 1990** : une procédure est instaurée pour réglementer la déclaration des médecins en cas d'euthanasie.

**8 novembre 1991** : le gouvernement fait une proposition au Parlement néerlandais pour dépénaliser « de fait » (et non « en droit ») l'euthanasie. Il ne s'agit pas de légaliser l'euthanasie, mais de légaliser la possibilité de déclaration de décès par euthanasie. Implicitement, le projet de loi reconnaît que l'euthanasie peut être un acte médical légitime.

**9 février 1993** : cette proposition de loi est acceptée par le Parlement et entre en vigueur.

**Fin des années 90** : débats parlementaires pour dépénaliser « en droit » l'euthanasie et le suicide assisté, aboutissant à la loi du 12 avril 2001.

20/04/2021