



Rapport annuel 2019



Iza Ip

Commission de contrôle
de l'interruption tardive de
grossesse et de l'interruption
de la vie des nouveau-nés

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| 1. Avant-propos | 3 |
| 2. Travaux de la commission en 2019 | |
| 2.1 Trois signalements | 4 |
| 2.2 Conclusions de la commission et enseignements | 4 |
| 2.3 Activités de la commission et points de discussion | 5 |
| 2.4 Présentation des signalements | 6 |
| 3. Règlement et cadre législatif | |
| 3.1 Dispositions générales | 15 |
| 3.2 Procédure et jugement de la commission | 18 |
| 3.3 Contrôle juridique et décision du Collège des procureurs généraux | 20 |
| 4. La commission | 22 |

1 Avant-propos

Le présent rapport annuel rend compte des travaux effectués en 2019 par la commission de contrôle de l'interruption tardive de grossesse et de l'interruption de la vie des nouveau-nés (ci-après : la commission).

La commission évalue à l'aide de critères de rigueur si les interruptions tardives de grossesse (catégories 1 et 2) et l'interruption de la vie des nouveau-nés ont été effectuées avec la rigueur médicale et juridique requise. Ces critères de rigueur sont énoncés dans le Règlement relatif à la commission de contrôle de l'interruption tardive de grossesse et de l'interruption de la vie des nouveau-nés (ci-après : le Règlement).

Durant la période étudiée, la commission a reçu trois signalements d'interruption tardive de grossesse. Aucun cas d'interruption de la vie d'un nouveau-né n'a été signalé. Parmi les trois signalements d'interruption de grossesse tardive, un relevait de la catégorie 1 et deux de la catégorie 2.

Le présent rapport porte sur les signalements reçus mais aussi sur les conclusions et les activités de la commission, ainsi que sur les points de discussion et la réglementation.

En décembre 2019, la commission a perdu l'un de ses membres, Mark van der Hoeven, décédé des suites d'une maladie. Il était actif au sein de la commission en tant que médecin et spécialiste en néonatalogie. Membre suppléant de la commission LZA-LP depuis 2016, il s'était toujours pleinement investi en faveur des principes et des objectifs de la commission. Sa personnalité et sa contribution manqueront grandement à la commission.

Eva Pajkrt

Présidente de la commission
Août 2020

2.

Travaux de la commission en 2019

2.1 Trois signalements

En 2019, la commission a reçu trois signalements d'interruption tardive de grossesse, dont un de catégorie 1 et deux de catégorie 2. Elle s'est estimée compétente pour juger tous ces cas.

2.2 Conclusions de la commission et enseignements

En ce qui concerne les signalements qui lui sont parvenus en 2019, la commission exprime, comme les années précédentes, sa satisfaction quant à l'exhaustivité des formulaires rendus et des documents joints (examens prénatals, sérologiques, cytogénétiques, génétiques et postnatals, IRM, rapports de concertation pluridisciplinaire et des services d'action sociale, secondes opinions et comptes rendus d'entretiens). L'exhaustivité des dossiers de signalement permet à la commission de réaliser directement une évaluation correcte des cas.

En 2018, la commission avait reçu onze signalements d'interruption tardive de grossesse, contre trois en 2019. On constate donc une baisse importante mais un chiffre qui par ailleurs s'inscrit davantage dans la tendance observée en 2016 et 2017.

Récapitulatif des chiffres :

| | Nombre total de signalements | Interruption tardive de grossesse catégorie 1 | Interruption tardive de grossesse catégorie 2 | Interruption de la vie des nouveau-nés |
|------|------------------------------|---|---|--|
| 2016 | 3 | 2 | 1 | - |
| 2017 | 4 | 1 | 2 | 1 |
| 2018 | 11 | 5 | 6 | - |
| 2019 | 3 | 2 | 1 | - |

La commission ne s'explique pas la différence observée pour l'année 2018.

2.3 Activités de la commission et points de discussion

Réunion plénière à Utrecht

La commission s'est réunie en 2019 afin de discuter de la prochaine évaluation du Règlement, prévue pour 2020. La commission est notamment d'avis qu'il faut adapter les définitions de « médecin » et d'« interruption tardive de grossesse », car elles soulèvent des interrogations dans la pratique. Elles ne permettent pas d'établir, par exemple, s'il s'agit du médecin responsable ou du médecin effectuant l'acte. De plus, la commission souhaiterait que le Règlement tienne compte des souffrances futures de l'enfant. L'article 6, point b, stipule qu'un médecin a agi avec la rigueur nécessaire s'il a acquis la conviction que l'enfant à naître est actuellement soumis à des souffrances sans perspective d'amélioration, ou le sera, alors que l'article 7, point a, n'inclut pas cette nuance. La commission a soumis ses propositions au ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports.

Par ailleurs, la réunion a également été l'occasion d'adapter les formulaires de signalement, ce qui devrait permettre au médecin d'avoir une meilleure vue d'ensemble des renseignements et des documents nécessaires à la commission, en fonction de la catégorie du signalement. Une liste de contrôle a été dressée à cet effet.

La commission a aussi demandé à ce que ses rapports soient désormais traduits en anglais, et si possible en allemand et en français, afin de les rendre accessibles à un plus large public. Au moment de la publication du présent rapport, une version anglaise de celui de 2018 est déjà disponible sur le site internet. À partir de maintenant, les rapports seront donc en tout cas publiés en anglais.

Refonte du site internet

En collaboration avec un conseiller en communication et un concepteur web du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, la commission a soumis son site à un examen critique. Elle souhaite agencer clairement les contenus par catégories pour que les médecins aient facilement accès à toutes les informations concernant la procédure de signalement ou le rôle de la commission, ainsi qu'à la jurisprudence et aux rapports annuels. Le site internet doit également servir à informer les parents et autres intéressés des tâches de la commission. Consciente que l'interruption tardive d'une grossesse ou l'interruption de la vie d'un nouveau-né est un parcours éprouvant, la commission considère que l'évaluation d'un signalement doit se faire en toute transparence. Le nouveau site internet a été mis en ligne (www.lzalp.nl).

Projet de protocole de soins palliatifs périnataux

À l'invitation de plusieurs pédiatres, certains membres de la commission ont évoqué cette année la possibilité d'un projet de protocole local de soins palliatifs périnataux. La concertation à ce sujet s'est tenue au centre hospitalier universitaire de Groningue (UMCG). L'objectif d'un tel protocole est d'accompagner au mieux la fin de vie d'un nouveau-né dont le décès est attendu à relativement court terme, en définissant les limites entre la démarche palliative en vue d'une mort naturelle et l'interruption active de la vie. Dans la pratique actuelle, les pédiatres optent généralement pour des soins palliatifs, en concertation avec les parents, dans les cas où tout traitement s'avère inutile.

L'enquête sur les décisions médicales en fin de vie chez l'enfant âgé de un à douze ans a également été abordée. Comme l'indique son mandat, la commission ne se penche actuellement que sur les cas concernant des enfants de moins d'un an.

Distinction des signalements de catégories 1 et 2

Si la distinction entre les signalements d'interruption tardive de grossesse de catégorie 1 et ceux de catégorie 2 semble clairement établie, il n'est pas toujours simple de la reconnaître dans la pratique. Cela complique le classement des signalements.

Pour l'année 2019, la commission a reçu un signalement de catégorie 1 qu'elle a finalement estimé devoir classer en catégorie 2. Le médecin signaleur a dû constituer un nouveau dossier sur cette base. La commission hésitant elle-même sur la catégorie à choisir dans certains cas, elle comprend parfaitement que cela ne soit pas toujours évident pour les médecins.

Comme indiqué au chapitre 3 du présent rapport, elle note que le classement d'un signalement influence la suite de la procédure.

2.4 Présentation des signalements

Les signalements reçus en 2019 sont présentés de façon anonymisée dans un résumé contenant le jugement de la commission.

Signalement 1

Interruption tardive de grossesse de catégorie 1

Diagnostic et pronostic

Les examens révèlent que l'enfant est atteint de trisomie 13, une anomalie due à la présence dans les cellules d'un chromosome 13 surnuméraire. Le pronostic est défavorable. Il s'agit d'une altération chromosomique sévère dans laquelle l'enfant présente généralement des malformations cérébrales, cardiaques et rénales ainsi que des anomalies de la face, une fente labio-palatine et un lourd handicap mental. La présence de doigts ou d'orteils surnuméraires (polydactylie) est également fréquente. La plupart des enfants décèdent in utero. Environ 10 % de ceux qui naissent vivants atteignent l'âge d'un an.

Il n'existe aucune possibilité de traitement susceptible d'améliorer le pronostic.

Souffrances de la femme

Dès la découverte de sa grossesse, et avant qu'elle ait connaissance du diagnostic et du pronostic concernant l'enfant, la femme a indiqué qu'elle considérait sa famille comme complète. Elle aurait choisi d'avorter si elle avait découvert cette grossesse à un terme moins avancé.

La femme et son partenaire ont été informés du diagnostic et du pronostic.

La poursuite de la grossesse jusqu'au terme a également été discutée avec la femme, qui n'en avait pas la force psychique. Vu le pronostic défavorable, la femme et son partenaire font une demande orale d'interruption de grossesse à 24 semaines et 3 jours.

Discussion au sein de l'équipe médicale

La décision d'interrompre la grossesse est prise à l'issue d'une concertation multidisciplinaire ad hoc dont les membres s'accordent pour reconnaître le diagnostic et le pronostic et pour donner suite à la demande d'interruption de grossesse de la mère.

Mise en œuvre

Le fœticide est pratiqué à un stade de 26 semaines et cinq jours de grossesse, après administration de fentanyl à l'enfant. Le travail est déclenché par l'administration de mifépristone et de misoprostol. L'enfant naît sans vie le lendemain.

Considérations de la commission

Catégorie 1

L'enfant étant atteint de trisomie 13, la commission conclut qu'il s'agit d'une interruption tardive de grossesse de catégorie 1.

Demande de la femme

Selon le compte rendu transmis à la commission, la femme et son partenaire ont fait une demande orale d'interruption de grossesse. La commission juge que leur décision à cet égard a été scrupuleuse et mûrement réfléchie.

Informations complètes sur le diagnostic et le pronostic et absence d'autre solution raisonnable

La commission constate que la femme et son partenaire ont été informés de façon complète. Le médecin, en concertation avec la femme et son partenaire, est parvenu à la conclusion qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable.

Consultation de l'équipe médicale

La commission conclut que la demande d'interruption de grossesse a été examinée et pesée au sein de la concertation multidisciplinaire. Cela a été consigné par écrit. Le diagnostic, le pronostic et l'acceptation de la demande d'interruption de grossesse de la femme ont fait l'objet d'un consensus général.

Rigueur médicale

La commission considère que la décision de procéder au fœticide a été prise de façon scrupuleuse et mûrement réfléchie et que sa mise en œuvre a respecté la rigueur médicale requise.

Jugement

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

Signalement 2

Interruption tardive de grossesse de catégorie 2

Diagnostic et pronostic

Le signalement concerne une grossesse gémellaire. Les examens révèlent chez les deux fœtus un oligohydramnios et des reins trop développés hyperéchogènes, évocateurs d'une dysplasie rénale multikystique. Deux mutations pathogènes du gène PKHD1 sont constatées, évocatrices d'une polykystose rénale autosomique récessive de type 4. Le pronostic est pessimiste. Les chances de survie des deux enfants sont très faibles. Les fœtus ne produisant pas d'urine, il n'y a pas de liquide amniotique et le développement des poumons est entravé, ce qui signifie que des problèmes respiratoires entraîneront très probablement le décès des enfants peu après la naissance. De plus, leur fonction rénale sera très gravement atteinte sans possibilité d'amélioration. Selon la gravité constatée, deux cas de figure se posent: une espérance de vie extrêmement réduite en l'absence totale de fonction rénale, ou la nécessité d'une prise en charge dès la prime enfance (dialyse ou transplantation) en cas d'insuffisance rénale, ce qui implique pour les enfants un suivi médical à vie.

Souffrances de la femme et de l'enfant

Dans le cas où les enfants survivraient aux problèmes respiratoires, ils resteraient donc atteints d'insuffisance rénale à vie, ce qui implique une lourde et permanente prise en charge thérapeutique. La situation entraîne une souffrance psychique pour la femme et son partenaire. Ayant la certitude que les perspectives de leurs enfants sont extrêmement défavorables et souhaitant leur épargner les souffrances décrites, ils renoncent à mener la grossesse à son terme.

Discussion au sein de l'équipe médicale et deuxième avis

La décision d'interrompre la grossesse a été prise à l'issue d'une concertation multidisciplinaire. Un deuxième avis a par ailleurs été demandé à un centre hospitalier universitaire d'une autre région. Le diagnostic et le pronostic ont fait l'objet d'un consensus général.

Mise en œuvre

Le fœticide a été pratiqué à 27 semaines et 5 jours de grossesse en administrant du chlorure de potassium par le cordon ombilical. Le travail a ensuite été déclenché par l'administration de mifegyne et de misoprostol, après quoi les enfants sont nés sans vie le même jour.

Considérations de la commission

Catégorie 2

Vu la nature du diagnostic et du pronostic, la commission considère qu'un traitement médical après la naissance aurait été inutile. Il n'existe aucun doute raisonnable quant au diagnostic posé et au pronostic en découlant.

Souffrances sans perspective d'amélioration, actuelles ou à prévoir, de l'enfant à naître

Sur la base des informations fournies par le médecin, la commission juge que, si les enfants avaient survécu à la période postnatale, il était prévisible qu'ils auraient souffert sans perspective d'amélioration du fait d'une grave insuffisance rénale et de problèmes respiratoires. Dans le cas où cela n'aurait pas entraîné leur décès, ils seraient restés entièrement dépendants d'une très lourde prise en charge médicale à vie.

Il n'existait aucune possibilité de traitement susceptible d'améliorer le pronostic.

Informations complètes sur le diagnostic et le pronostic et absence d'autre solution raisonnable

La commission constate que les parents ont été informés de façon complète au sujet du diagnostic et du pronostic. La possibilité de mener la grossesse à son terme a également été évoquée avec eux, comme cela ressort du rapport du médecin. Le médecin, la femme et son partenaire sont parvenus ensemble à la conclusion qu'il n'existait aucune autre solution à la situation des enfants et de la mère.

Demande expresse de la mère en vue d'une interruption de grossesse

Selon le compte rendu transmis à la commission, la femme et son partenaire ont fait une demande écrite d'interruption de grossesse. La commission juge que leur décision à cet égard a été scrupuleuse et mûrement réfléchie.

Consultation d'au moins un autre médecin indépendant

La commission note que la demande d'interruption de grossesse a été examinée à deux reprises au sein d'une concertation multidisciplinaire, une fois dans le centre hospitalier de prise en charge et une fois dans le cadre d'un deuxième avis. Indépendamment les uns des autres et à l'unanimité, les participants à ces concertations multidisciplinaires ont estimé qu'aucun doute n'existait quant au diagnostic et au pronostic très pessimiste en découlant.

Rigueur médicale

La commission juge que l'interruption tardive de grossesse a été pratiquée dans les règles et avec la rigueur médicale requise.

Jugement

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

Signalement 3

Interruption tardive de grossesse de catégorie 2

Diagnostic et pronostic

Les examens révèlent que l'enfant est atteint de chondrodysplasie ponctuée rhizomélique de type 1, une grave maladie peroxisomale entraînant un nanisme rhizomélique, des troubles sévères de la croissance, une cataracte bilatérale (précoce et sévère), des problèmes respiratoires, des anomalies de la colonne vertébrale, des contractures, des calcifications, des douleurs et une raideur articulaires, une impossibilité de s'alimenter autrement que par sonde, de l'épilepsie ainsi qu'un lourd retard de développement. Le pronostic est très pessimiste. Il est à prévoir que l'enfant présentera un lourd retard de développement réduisant fortement son espérance de vie. Après sa naissance, il sera totalement dépendant de la prise en charge médicale, n'aura aucune autonomie et ne pourra pas communiquer.

Il n'existe aucune possibilité de traitement susceptible d'améliorer le pronostic.

Souffrances de la femme et de l'enfant

L'enfant souffrirait d'un grave retard dans son développement et aurait probablement besoin d'un traitement antalgique à vie accompagné d'une prise en charge thérapeutique lourde et intensive. Savoir que leur enfant présenterait un grave retard de développement, qu'il souffrirait en permanence et que son espérance de vie serait très réduite est une source de souffrances psychiques pour la femme et son partenaire. Ils bénéficient d'une prise en charge par le service social médical.

Discussion au sein de l'équipe médicale et seconde opinion

La décision d'interrompre la grossesse a été prise à l'issue de deux concertations multidisciplinaires. Un deuxième avis a par ailleurs été demandé à un centre hospitalier universitaire d'une autre région. Le diagnostic et le pronostic ont fait l'objet d'un consensus général.

Mise en œuvre

À 34 semaines et 4 jours de grossesse, un antalgique a d'abord été administré à l'enfant en intramusculaire après quoi le fœticide a été pratiqué par l'injection intracardiaque de lidocaïne. Le travail a été déclenché par l'administration de misoprostol à la suite de quoi l'enfant est né sans vie.

Catégorie 2

Vu la nature du diagnostic et du pronostic, la commission considère qu'un traitement médical après la naissance aurait été inutile. Il n'existe aucun doute raisonnable quant au diagnostic posé et au pronostic en découlant.

Souffrances sans perspective d'amélioration, actuelles ou à prévoir, de l'enfant à naître

Considérant les informations fournies par le médecin, la commission juge qu'il était prévisible que l'enfant souffrirait sans perspective d'amélioration d'un grave retard de développement, de troubles de la respiration et de la déglutition, d'anomalies osseuses et d'épilepsie. Après sa naissance, il aurait souffert en permanence, aurait été totalement dépendant de la prise en charge médicale, n'aurait eu aucune autonomie et n'aurait pas pu communiquer. Il n'existait aucune possibilité de traitement susceptible d'améliorer le pronostic.

Informations complètes sur le diagnostic et le pronostic et absence d'autre solution raisonnable

La commission constate que la femme et son partenaire ont été informés de façon complète, y compris sur la possibilité de mener la grossesse à son terme, comme cela ressort du rapport du médecin. Le médecin, en concertation avec la femme et son partenaire, est parvenu à la conclusion qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable.

Demande expresse de la mère en vue d'une interruption de grossesse

Selon le compte rendu transmis à la commission, la femme et son partenaire ont fait une demande orale d'interruption de grossesse. Il ressort du rapport que leur demande était volontaire et ferme et leur décision mûrement réfléchie.

Consultation d'au moins un médecin indépendant

La commission note que la demande d'interruption de grossesse a été examinée à trois reprises par une équipe de concertation multidisciplinaire, deux fois dans le centre hospitalier de prise en charge et une fois hors de la région dans le cadre d'un deuxième avis. Cela a été consigné par écrit. Indépendamment les uns des autres et à l'unanimité, les participants à ces concertations multidisciplinaires ont estimé qu'aucun doute n'existait quant au diagnostic et au pronostic très pessimiste en découlant.

Rigueur médicale

La commission considère que la mise en œuvre a été faite avec la rigueur médicale requise.

Jugement

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

3.

Règlement et cadre législatif

3.1 Dispositions générales

La révision du Règlement au 1^{er} février 2016 s'est traduite par la reformulation des critères de rigueur, la clarification de certains aspects médicaux et juridiques, et l'extension de la compétence de contrôle de la commission aux interruptions tardives de grossesse de catégorie 1.

Définitions pertinentes

Par **interruption tardive de grossesse** on entend un traitement visant l'arrêt de la gestation, et par conséquent la mort, d'un fœtus viable après 24 semaines pour cause de graves pathologies fœtales établies.

Une **interruption tardive de grossesse de catégorie 1** concerne les cas dans lesquels on peut raisonnablement présumer que l'enfant à naître ne pourra pas survivre hors du corps maternel. L'enfant à naître est atteint d'une pathologie incurable qui provoquera inévitablement sa mort à la naissance ou directement après.

Une **interruption tardive de grossesse de catégorie 2** concerne les cas dans lesquels l'enfant à naître est atteint d'une ou plusieurs pathologie(s) provoquant des anomalies graves et incurables ou n'a probablement qu'une chance très limitée de survivre.

Un **nouveau-né** est un enfant de moins d'un an.

Par **interruption de la vie d'un nouveau-né**, on entend le fait d'abrégé délibérément la durée de vie d'un nouveau-né soumis à des souffrances insupportables et sans espoir d'amélioration (souffrances actuelles) ou dont on peut prévoir qu'il le sera à terme (souffrances à venir). L'état de santé du nouveau-né n'offre aucune perspective de vie tant soi peu autonome.

Le **médecin** est celui qui effectue l'acte médical conduisant à l'interruption tardive de grossesse ou à l'interruption de la vie d'un nouveau-né. C'est souvent le médecin traitant. Si, du fait de circonstances particulières, un collègue, un spécialiste en formation ou un autre praticien impliqué effectue l'acte à la demande du médecin traitant, c'est toujours ce dernier qui est contrôlé pour ce

qui concerne le respect des critères de rigueur. Il en est autrement dans le cas où le traitement ou la mise en œuvre de l'acte est transféré à un autre médecin. Ce dernier sera alors considéré comme le médecin traitant et c'est lui qui sera contrôlé pour ce qui concerne le respect des critères de rigueur.

Un **signalement** est une notification que le médecin ayant pratiqué l'interruption tardive de grossesse de catégorie 1 ou 2 ou l'interruption de la vie d'un nouveau-né est tenu de faire à la commission à l'aide du formulaire¹ établi à cet effet.

Par **médecin indépendant** on entend un médecin qui n'est pas rattaché à l'hôpital ou au centre hospitalier dans lequel a lieu l'interruption tardive de grossesse ou l'interruption de la vie d'un nouveau-né, qui possède une expertise concernant la pathologie touchant le fœtus ou le nouveau-né, et qui n'a pas de relation thérapeutique avec le patient.

Par **jugement** on entend le résultat de l'évaluation menée par la commission concernant la rigueur avec laquelle le médecin a agi dans le cadre de l'interruption tardive de grossesse ou de l'interruption de la vie d'un nouveau-né.

Évaluation

Les interruptions tardives de grossesse de catégorie 1 et 2 et l'interruption de la vie des nouveau-nés sont en principe passibles de poursuites pénales (articles 82a, 289 et 296 du Code pénal néerlandais), sauf s'il est possible d'invoquer un motif de force majeure. Il ne peut y avoir force majeure que s'il est avéré, au vu des considérations médico-scientifiques, que les pathologies sont d'une sévérité telle que toute intervention médicale, y compris après la naissance, serait inutile. La commission vérifie si tel est le cas à l'aide des critères de rigueur mentionnés aux articles 5, 6 et 7 du Règlement.

Critères de rigueur

Article 5 Règlement

En cas d'interruption tardive de grossesse de catégorie 1, le médecin a agi avec la rigueur requise s'il a satisfait aux exigences fixées dans la législation et la réglementation applicables ainsi que dans les normes professionnelles en vigueur (c'est-à-dire la loi sur l'interruption volontaire de grossesse et le protocole de l'Association néerlandaise d'obstétrique et de gynécologie - NVOG).

Article 6 Règlement

En cas d'interruption tardive de grossesse de catégorie 2, le médecin a agi avec la rigueur requise si :

- a. il a acquis la conviction que l'enfant à naître est atteint d'une pathologie ou combinaison de pathologies de telle nature qu'aucun traitement postnatal ne serait engagé car toute intervention serait inutile selon les conceptions médicales dominantes, et qu'il n'existe aucun doute raisonnable quant au diagnostic posé et au pronostic en découlant, selon les conceptions médicales dominantes ;
- b. il a acquis la conviction que l'enfant à naître est actuellement soumis à des souffrances sans perspective d'amélioration, ou le sera ;
- c. il a informé exhaustivement les parents du diagnostic et du pronostic en découlant. Cela implique notamment que le médecin doit, avec les parents, avoir acquis la conviction qu'il n'existe aucune autre solution raisonnable dans la situation où l'enfant à naître se trouve ;
- d. la mère a expressément demandé l'interruption de la grossesse pour cause de souffrances physiques ou psychiques ;
- e. le médecin a consulté au moins un autre médecin indépendant qui a consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur susmentionnés ou, si une telle consultation n'était raisonnablement pas possible, il a consulté l'équipe médicale qui a consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur susmentionnés ;
- f. l'interruption de grossesse a été effectuée avec la rigueur médicale requise.

Article 7 Règlement

En cas d'interruption de la vie d'un nouveau-né, le médecin a agi avec la rigueur requise si :

- a. il a la conviction que le nouveau-né subit des souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, ce qui signifie notamment que l'arrêt des traitements médicaux est justifié, toute intervention étant inutile selon les conceptions médicales dominantes et aucun doute raisonnable n'existant quant au diagnostic posé et au pronostic en découlant, selon les conceptions médicales dominantes ;
- b. il a informé exhaustivement les parents du diagnostic et du pronostic en découlant et est parvenu, en concertation avec les parents, à la conclusion qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans la situation où se trouve le nouveau-né ;
- c. les parents ont donné leur accord pour l'interruption de la vie ;
- d. le médecin a consulté au moins un autre médecin indépendant qui a consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur susmentionnés ou, si une telle consultation n'était raisonnablement pas possible, il a consulté l'équipe médicale qui a consigné par écrit son jugement quant au respect des critères de rigueur susmentionnés ;
- e. l'interruption de la vie a été pratiquée avec la rigueur médicale requise.

Interruption tardive de grossesse pour cause de pathologie maternelle : pas d'obligation de signalement

Si l'interruption de grossesse après 24 semaines est le seul et nécessaire moyen de traiter une grave pathologie de la mère, elle est considérée comme un acte médical acceptable, adéquat et inévitable. En règle générale, un tel acte représente un cas de force majeure et n'est à ce titre pas passible de poursuites pénales. Les ministres n'ont pas jugé nécessaire de soumettre ces cas à la même évaluation que les interruptions tardives de grossesse liées à l'état de santé de l'enfant à naître et leur signalement à la commission n'est donc pas requis.

Comme tout décès, le décès du fœtus doit en revanche être signalé au médecin légiste de la commune qui en informe à son tour le procureur. Par ailleurs, l'Inspection de la santé et de la jeunesse (IGJ) a une mission de contrôle. Si elle constate un grave manquement aux normes professionnelles, elle peut déposer un signalement ou une plainte auprès du ministère public. Dans ce cas, et dans le cas où le procureur reçoit une plainte ou un signalement par un autre canal, le ministère public intervient. Dans tous les autres cas d'interruption tardive de grossesse pour cause de pathologie maternelle, le rôle du procureur se limite à l'appréciation du permis d'inhumer ou d'incinérer².

3.2 Procédure et jugement de la commission

Avant de procéder à une interruption tardive de grossesse ou à une interruption de la vie d'un nouveau-né, le médecin informe les parents de la procédure. Ces derniers doivent donner leur accord concernant la procédure et la transmission du dossier aux instances concernées. À défaut d'accord des parents, le médecin peut décider de stopper la procédure.

Dans les cas d'interruption tardive de grossesse de catégorie 2 et d'interruption de la vie d'un nouveau-né, il est obligatoire de consulter un médecin indépendant, sauf si cela est raisonnablement impossible.

Le médecin informe le médecin légiste de la commune de l'acte qu'il a effectué : interruption tardive de grossesse de catégorie 1 ou de catégorie 2, ou interruption de la vie d'un nouveau-né. Le médecin légiste examine le corps et vérifie les moyens utilisés. Il contacte ensuite le procureur, qui délivre le permis d'inhumer ou

² Directives relatives au lancement de poursuites en cas d'interruption tardive de grossesse et d'interruption de la vie d'un nouveau-né, numéro d'enregistrement 2017A003, Journal officiel n° 68445, 1er février 2017.

d'incinérer. Le médecin légiste n'intervient pas dans la procédure de signalement. C'est le médecin qui transmet à la commission le formulaire de signalement dûment rempli et accompagné de tous les documents complémentaires pertinents.

Dans un délai de six semaines à compter de la réception du signalement, la commission transmet par écrit son jugement au médecin et, en cas d'interruption tardive de grossesse de catégorie 2 et d'interruption de la vie d'un nouveau-né, au Collège des procureurs généraux du ministère public. Ce délai peut être prolongé de six semaines au maximum.

Un avis important

Le jugement de la commission revêt un poids important pour le Collège des procureurs généraux, qui se prononce de façon indépendante sur les cas d'interruption tardive de grossesse de catégorie 2 et d'interruption de la vie d'un nouveau-né.

Interruption tardive de grossesse de catégorie 1

Dans les cas d'interruption tardive de grossesse de catégorie 1, si la commission juge que les critères de rigueur ont été respectés, la procédure est terminée.

Si elle conclut en revanche au non-respect des critères de rigueur, elle transmet son jugement à l'IGJ, qui peut décider d'ouvrir une enquête et de prendre à l'encontre du médecin des mesures qu'elle définit.

Interruption tardive de grossesse de catégorie 2 et interruption de la vie d'un nouveau-né

Dans les cas d'interruption tardive de grossesse de catégorie 2 et d'interruption de la vie d'un nouveau-né, si la commission juge que les critères de rigueur ont été respectés, elle transmet son jugement au Collège des procureurs généraux, qui décide ou non d'engager des poursuites.

Si elle conclut en revanche au non-respect des critères de rigueur, elle transmet son jugement au Collège des procureurs généraux et à l'IGJ. Chacune de ces instances décide, en fonction de ses propres compétences et responsabilités, de prendre ou non à l'encontre du médecin des mesures qu'elle définit.

3.3 Contrôle juridique et décision du Collège des procureurs généraux

La commission tient à préciser plus avant le contrôle exercé par le Collège des procureurs généraux et sa décision finale concernant les cas d'interruption tardive de grossesse de catégorie 2 et d'interruption de la vie d'un nouveau-né.

Éléments répréhensibles sur le plan pénal

Le Collège des procureurs généraux contrôle si des faits pénalement répréhensibles peuvent être reprochés au médecin concernant une interruption tardive de grossesse ou une interruption de la vie d'un nouveau-né. Si tel est le cas, il décide s'il est opportun d'engager des poursuites. Si le médecin a agi dans le respect des critères de rigueur, rien ne pourra en principe lui être reproché sur le plan pénal. Si le médecin n'a pas respecté les critères de rigueur, il est davantage exposé au risque de se voir reprocher des faits répréhensibles sur le plan pénal. Le lancement ou non de poursuites pénales dépend des faits et des circonstances dans le cas individuel concerné.

Pour beaucoup de médecins, l'interruption tardive de grossesse de catégorie 2 et l'interruption de la vie d'un nouveau-né sont des problématiques difficiles. Il s'agit souvent de cas complexes qui confrontent le médecin à des dilemmes éthiques délicats. La procédure nécessite beaucoup de temps et d'énergie et se conclut par un contrôle juridique à l'aune du droit pénal (articles 82a, 286 et 296 du Code pénal néerlandais). Du fait de la sensibilité de ce sujet aux niveaux éthique, social et politique, il est important que les actes du médecin soient contrôlables et retraçables.

Le Règlement fixe les cadres que doit respecter le médecin s'agissant d'interruption tardive de grossesse et d'interruption de la vie des nouveau-nés. Cela revient, globalement, à respecter les normes professionnelles du milieu médical. L'examen des cas déjà soumis à un contrôle juridique peut contribuer au développement des connaissances au sein de la profession en mettant en lumière les points faisant débat. Si le monde médical parvient sur ces points à une position commune, celle-ci peut être intégrée aux normes professionnelles en vigueur.

Les cas d'abus ou de grave violation des critères de rigueur font l'objet d'une enquête pénale aboutissant éventuellement à des poursuites. Jusqu'à présent, aucun des signalements examinés par le Collège des procureurs généraux n'a donné lieu à une enquête pénale ni au lancement de poursuites.

Directives

Les Directives relatives au lancement de poursuites en cas d'interruption tardive de grossesse et d'interruption de la vie d'un nouveau-né (2017A003) fournissent des informations complémentaires sur les décisions que peut prendre le Collège des procureurs généraux et les circonstances susceptibles d'entraîner des poursuites. Ces directives sont publiées (en néerlandais uniquement) sur le site internet de la commission (www.lzalp.nl) sous la rubrique *Wet & Regeling* (Législation et Règlement).

Évaluation

Le Collège des procureurs généraux et la commission évaluent chaque année conjointement les signalements reçus. Chaque cas est unique et ancré dans des circonstances spécifiques. Si un cas soulève des difficultés particulières, la commission et le Collège des procureurs généraux procèdent à un échange de vues et proposent des solutions qui sont ensuite examinées au niveau administratif et, le cas échéant, formalisées.

4

La commission

La commission est composée de six membres. La présidence est assurée par l'un des quatre praticiens formés ou exerçant dans les disciplines concernées (gynécologie, néonatalogie et neurologie pédiatrique). Les deux autres membres sont un spécialiste des questions éthiques ou philosophiques et un juriste. Chaque membre a un suppléant. La commission est assistée par un secrétaire.

Membres

- M^{me} E. Pajkrt, gynécologue (présidente)
- M^{me} A. de Die, juriste (présidente suppléante)
- M. O. Brouwer, neuropédiatre
- M^{me} J. Kok, pédiatre/néonatalogiste (n'exerçant plus depuis juin 2019)
- M. F. Klumper, gynécologue
- M^{me} M. Verkerk, éthicienne

Membres suppléants

- M^{me} A. Coumans, gynécologue
- M^{me} R. Wijne, juriste
- M. M. Willemsen, neuropédiatre
- M. M. van der Hoeven, pédiatre/néonatalogiste (décédé en décembre 2019)
- M^{me} G. Manten, gynécologue
- M^{me} M. de Vries, éthicienne médicale

Secrétariat

- M^{me} S. van Leeuwen, secrétaire (jusqu'au 1^{er} mars 2019)
- M^{me} M. Eltink, secrétaire (à partir du 1^{er} mars 2019)
- M^{me} C. Manders, secrétaire suppléante (à partir du 1^{er} mars 2019)
- M^{me} K. van Maaren-Heijmans, assistante

Édition

Commission de contrôle de l'interruption tardive
de grossesse et de l'interruption de la vie des nouveau-nés

Réalisation

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