

LES LOIS BELGE ET NEERLANDAISE SUR L'EUTHANASIE

Par le Professeur J. MASSION¹

L'objet de cette étude est la présentation des deux lois récentes édictées en Belgique² et aux Pays-Bas³ sur l'euthanasie, avec l'espoir qu'elle puisse contribuer au débat public auquel nombre de pays sont confrontés à propos de la réglementation sur la fin de vie, en ce compris l'euthanasie.

Après avoir situé le contexte social, ainsi que les fondements éthique et juridique de ces lois, nous développerons en les comparant les aspects suivants : la définition et le champ d'application de l'euthanasie, les conditions relatives au patient, les conditions relatives aux médecins, ainsi que la déclaration des actes d'euthanasie à une autorité de contrôle. Nous concluons par un aperçu des questions laissées en suspens.

I Le contexte social.

La question de l'euthanasie s'est posée de manière très différente en Belgique et aux Pays-Bas. En effet aux Pays-Bas la législation a eu pour but de donner à des pratiques professionnelles régulées conjointement par la déontologie et les parquets, une base légale et de les introduire dans le code pénal. Ce chemin fut long ; il dura près de 25 ans. La Commission d'Etat sur l'euthanasie des Pays-Bas avait donné déjà en 1985 une définition de l'euthanasie qui ne se retrouve pas dans la loi néerlandaise, mais qui a inspiré la loi belge. Des aménagements législatifs et réglementaires avaient été adoptés en 1993 et les commissions régionales de contrôle y avaient été installées dès 1998. Nous verrons, d'ailleurs, que la loi néerlandaise maintient une partie du contrôle a posteriori auprès des organisations professionnelles médicales, ce qui n'est pas le cas de la loi belge.

Du côté de la Belgique, il n'existait pas d'entente ni de structure de contrôle mixte entre les parquets et les organisations professionnelles médicales. Les tribunaux ne réagissaient que sur dénonciation d'une euthanasie pratiquée en dehors de la volonté du patient et l'inculpation visait l'homicide volontaire (article 392 et ss. du code pénal). Des propositions de loi furent présentées par plusieurs députés et refoulées tant que la majorité reposait essentiellement sur les partis sociaux chrétiens du pays. Le premier J.-L. DEHAENE avait même gelé la discussion des lois bioéthiques dans le pré-accord de son dernier gouvernement (1995 – 1999).

Entre-temps, le Conseil National Consultatif de Bioéthique (CCNB) a rendu plusieurs avis sur cette matière. Ainsi, le 12 mai 1997 il rendit un Avis n° 1 aux Présidents de la Chambre et du Sénat concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie⁴ et dont la conclusion montre clairement la complexité de la situation belge : « le Comité estime ne pas pouvoir et

¹ J.MASSION, Professeur émérite de la Faculté de Médecine de l'U.C.L., vice-président de la Commission d'éthique biomédicale hospitalo-facultaire de l'UCL. (Adresse Email : massion@hosp.ucl.ac.be)

² Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (B), entrée en vigueur le 23 septembre 2002.

³ Loi du 28 novembre 2000 sur le contrôle de la fin de vie à la demande et de l'aide au suicide (« Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding ») (NL) entrée en vigueur le 1er avril 2002. (www.justitie.nl)

⁴ L. CASSIERS, Y. ENGLERT, A.VAN ORSHOVEN et E. VERMEERSCH (éds) Les avis du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique 1996 – 2000, De Boeck Université, 2001.

ne pas devoir trancher dans un débat où les orientations éthiques et les conceptions de la vie sont fondamentalement divergentes. Toutefois, et bien que quelques membres continuent de rejeter toute forme (même procédurale) de licéité du geste euthanasique, le Comité constata que de nombreux membres ont pu, par-delà leurs divergences à première vue irréductibles qui les séparaient, rapprocher leurs points de vue, ce qui laisse présager, selon eux, qu'il doit être possible d'arriver à une solution pratique au problème de l'euthanasie. Et, en tout état de cause, le Comité tout entier engage les autorités à susciter, sur cette question, un large débat démocratique entre les principaux acteurs concernés, et plus largement entre tous les citoyens⁵. » L'Avis plus détaillé n° 9 du 22 février 1999 concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté⁶, montre un assez large consensus autour de la proposition d'une régulation « procédurale à priori » des décisions médicales les plus importantes concernant la fin de vie, y compris l'euthanasie. Plusieurs propositions de loi sont déposées en 1999⁷. Un large débat public eut lieu avant la promulgation de la loi. Celle-ci fut proposée à la nouvelle majorité politique sans les sociaux-chrétiens, et votée après de larges débats en commission et au parlement.

Ce qui fait dire à NYS⁸ que le but de la loi néerlandaise était de codifier des pratiques existantes et de la loi belge de modifier le comportement à l'égard de leurs patients en fin de vie.

Quelques études semblent indiquer que la dépénalisation de l'euthanasie aux Pays-Bas n'a pas entraîné de développement de leur nombre⁹. Une étude sur les causes de décès en Belgique (Flandres)¹⁰ a montré qu'en 1998 le nombre d'euthanasies pratiquées à l'insu du patient était près de trois fois plus important que celles pratiquées à la demande du patient. Depuis 2000, selon les Commissions régionales des Pays-Bas, le nombre des euthanasies qui leur sont déclarées sont légèrement en baisse. La raison n'en est pas encore connue. De toute manière, le nombre des euthanasies (connues) par rapport aux situations de fin de vie semble peu important. Une étude de VELDIK¹¹ a montré que sur 203 patients souffrant de sclérose amyotrophique latérale et décédés durant la période de 1994 à 1999 aux P.-B., 17% ont choisi l'euthanasie et 3% le suicide assisté, soit un patient sur cinq souffrant de cette terrible maladie.

II Le fondement éthique de la loi.

Le débat sur le principe d'autonomie ou de libre disposition de soi est central dans la justification de la réglementation de la fin de vie, en ce compris l'euthanasie. On le trouve affirmé par la majorité des commentateurs. Ainsi en faisant le point sur l'euthanasie aux P.-B. après 25 années d'expérience H. DUPUIS¹² reprend parmi les arguments en faveur de l'euthanasie et loin en tête le principe d'autonomie ou de détermination de soi, qui signifie

⁵ op.cit. p. 15.

⁶ op.cit. pp. 93-116.

⁷ MAHOUX-VANLERBERGHE le 14 juillet, MONFILS le 20 juillet, LOZIE-DEROECK le 30 septembre, LEDUC le 12 octobre, NYSSSENS le 16 novembre et VANDENBERGHE le 17 novembre.

⁸ H. NYS "Euthanasia in the Low Countries. A comparative analysis of the law regarding euthanasia in Belgium and the Netherlands" Ethical Perspectives 9 (2002) 2-3, 73p.

⁹ cfr H.M. DUPUIS "Euthanasia in the Netherlands: 25 years of experience", in Legal Medicine 5 (2003) S60-S64.

¹⁰ L. DELIENS & alii "End-of-life decision in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey" Lancet, 356 (2000) 1806-1811

¹¹ J. VELDIK & alii "Euthanasia and physician-assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands" The New England Journal of Medicine, vol. 346, N° 21 – may 23, 2002
www.nejm.org

¹² Heleen M. DUPUIS « Euthanasia in the Netherlands: 25 years of experience in Legal Medicine 5 (2003) S60-S64

que le patient garde le contrôle du dernier état de sa vie . Quant au médecin, le principe de bienfaisance doit le mener au respect du choix de son patient à l'égard de la fin de sa vie. Vient, ensuite, le principe de tolérance qui conduit à accepter le pluralisme moral à l'égard de la fin de la vie, à rendre une procédure licite et à laisser la liberté de conscience au médecin et aux auxiliaires . C'est l'option procédurale adoptée par les deux lois .

Lorsque ce principe d'autonomie est avancé comme primant les autres principes, il est contesté ou tempéré par ceux qui invoquent simultanément le principe de solidarité ou la dimension relationnelle constitutive de la solidarité humaine . Les courants de pensée inspirés par l'intersubjectivité estiment que la personne humaine ne peut se définir que par la présence simultanée de ces deux principes d'autonomie et de solidarité et pas seulement par l'un d'entre eux . MEULENBERGS & SCHOTSMANS ¹³ appellent ce débat celui de l'autonomie comme disposition de soi face à l'autonomie relationnelle . En se référant entre autres à LEVINAS¹⁴ , ils montrent que l'intersubjectivité constitutive de l'homme dans sa relation avec les autres implique une obligation à l'égard d'autrui, y compris à la fin de la vie. Et de regretter que le législateur belge se soit écarté de la 3^{ème} proposition du Conseil Consultatif National de Bioéthique, le CCNB , celle de la procédure « à priori » qui recueillait le plus large consensus au sein du Conseil et impliquait une forme d'accord ou au moins d'avis favorable d'une instance éthique de l'hôpital préalablement à la pratique de l'euthanasie, pour ne retenir que la procédure avec contrôle « à posteriori » par une commission ad hoc après que l'acte d'euthanasie soit posé, sans exiger la consultation et l'analyse préalables qui fondaient mieux, à leur avis, éthiquement le recours à l'euthanasie. D'autres instances comme la Fédération des Institutions Hospitalières Catholiques Flamandes¹⁵ a préconisé le passage obligé de la demande d'euthanasie par un « filtre palliatif » . D'autres auteurs, comme DIJON¹⁶, dénoncent l'excès de subjectivation de l'euthanasie pratiquée à la demande même du patient. « Car, dit-il, le droit, qui donne la forme sociale à l'exigence morale de la reconnaissance d'autrui, ne peut s'énoncer que dans la relation . Donc, la mort, parce qu'elle coupe la relation , ne peut entrer comme telle dans l'ordre du droit » .

En dehors des discussions relatives à la liberté et à la dignité basées sur des conceptions philosophiques différentes voire contradictoires, l'argument de la protection juridique du médecin et de son patient a été très important dans l'élaboration des deux lois, de même que la protection du patient contre des abus en particulier l'absence de consentement, ainsi que la transparence et le contrôle social ¹⁷. Il faut dire que c'est au nom de cette sécurité juridique que la demande alternative, émanant tant du corps médical que des sociaux-chrétiens,

¹³ T. MEULENBERGS & P. SCHOTSMANS „Law-making, Ethics and Hastiness . The debate on euthanasia in Belgium , in Ethical Perspectives 9 (2002) 86-95

¹⁴ Voir E. LEVINAS *Entre nous-Essais sur le penser-à-l'autre* .Ed.Grasset, 1991.

¹⁵ C. GASTMANS “Caring for a dignified end of live in a Christian health-care institution . The view of Caritas Catholica Vlaanderen ” in Ethical perspective 9 (2002) 2-3,134-145; voir également B. BROECKAERT & R. Janssens “Palliative Care and Euthanasia . Belgian and Dutch Perspectives ” ib. p.156-175

¹⁶ X.DIJON *La réconciliation corporelle . Une éthique du droit médical* . Presses universitaires de Namur , 1998,p. 213 .

¹⁷ Voir l'étude de T. VANSWEEVELT , « De euthanasiewet : de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid », T.Gez./ Rev. DR. Santé , 8 (2002-2003) 218-278 . Voir également « L'euthanasie, un an après la loi » . N° spécial 32 de la revue ETHICA CLINICA, décembre 2003 , de la Fédération des Institutions hospitalières de Wallonie, asbl. et “ Euthanasia in the Low Countries”, N° spécial de ETHICAL PERSPECTIVES – Journal of the European Ethics Network, European Centre for Ethics, Catholic University of Leuven , 9 (2002) 2-3 et “Palliatieve zorg en medisch begeleid sterven” Themanummer ACTA HOSPITALIA , 2003 / 4 .

d'inclure dans la loi la notion de « l'état de nécessité »¹⁸ comme cause d'excuse pour le médecin qui aurait pratiqué une euthanasie a été rejetée par le parlement .Il s'agit, en effet , d'une notion jurisprudentielle impossible à mettre dans un texte de loi .

Quant aux Eglises chrétiennes et aux autres religions leur opposition se fonde sur le fait que la vie est un don de Dieu créateur, dont l'homme ne peut disposer librement¹⁹ .

III Le fondement juridique .

Nous sommes en présence de deux lois qui dépénalisent l'euthanasie selon des modalités de technique juridique différentes²⁰.

En effet, la loi belge donne une reconnaissance légale à l'euthanasie par une loi particulière du 22 mai 2002 (entrée en vigueur le 20 septembre 2002). Celle-ci ne modifie pas le code pénal belge dont les articles 393,394 et 397 qui incriminent le meurtre, l'assassinat et l'empoisonnement, peuvent être invoqués à l'encontre des médecins qui pratiquent une euthanasie en dehors du cadre très strict de la loi . Malgré l'absence d'un délit relatif au suicide, l'assistance (médicale) au suicide qui n'est pas reprise par la loi belge sur l'euthanasie , peut être poursuivie du chef de non assistance à personne en danger prévue aux articles 442 bis et 422 ter²¹.

Les Pays-Bas ont procédé par une modification de leur code pénal par une loi qui a défini les conditions , appelés « critères de minutie »²² auxquels doit répondre le médecin pour que l'action qui met fin aux jours d'un autre, à la demande expresse et sérieuse de ce dernier, ne soit pas punissable .(art.293 al.2 du code pénal) et qu'il ait fait mention de son intervention au médecin légiste de sa commune . .De même, l'assistance au suicide qui constitue une infraction du code pénal a vu la même exception être insérée à l'art.294 al.2 qui devient: « celui qui, intentionnellement, aide autrui à se suicider ou lui procure les moyens lui permettant de se suicider est, en cas de décès, puni d'une peine de prison d'une durée maximale de trois ans ou d'une amende de quatrième catégorie . Le second alinéa de l'article 293 est applicable » . Les conditions sont les mêmes dans les deux cas .

¹⁸ Défini comme « la situation exceptionnelle non expressément prévue par le législateur, dans laquelle le praticien de l'art de guérir peut être amené à outrepasser les limites de la loi » par C. HENNAU-HUBLET . L'activité médicale et le droit pénal . Les délits d'atteinte à la vie, l'intégrité physique et la santé des personnes . Bruylant Bruxelles ,1987,n°39-40 . Voir T. VANSWEEVELT La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital . Bruylant, Bruxelles,1996, n°372 à 375

¹⁹ Voir l'étude de J. JANS « Christian Churches and Euthanasia in the Low Countries . Background, Argumentation and Commentary ».Ethical perspectives 9 (2002) 2-3,119-133 ; celle de B. CADORE et alii « L'euthanasie, le débat nécessaire » in Lumière et Vie 238 (1998) ; et pour l'Eglise catholique le texte de la SACREE CONGREGATION DE LA FOI . Déclaration sur l'euthanasie, in Documentation Catholique du 20 juillet 1980, n° 1790 .

²⁰ Voir à ce sujet H. NYS « Euthanasia in the Low Countries . A comparative analysis of the law regarding euthanasia in Belgium and the Netherlands » in Ethical Perspective 9(2002)2-3,73-85 ; et SENAT FRANCAIS- Etudes de législation comparée L'euthanasie . Service des études européennes(juillet 2002)LC 109-(Site web : www.sénat.fr) . Voir aussi J. POUSSIN-PETIT « Chronique de droit des personnes et de la famille en droits néerlandais et luxembourgeois » Revue droit de la famille, janvier 2004, p. 8 et ss. et « Chronique du droit des personnes et de la famille en Belgique » Revue droit de la famille, novembre 2003, p.13 et ss.

²¹ Au moins lorsque le suicidaire est en situation de péril grave , selon H. NYS. La médecine et le droit , Kluwer, 1995,n°723 ; dans tous les cas selon X. DIJON, Le sujet de droit en son corps, Larcier,1982, n°862 et Y-H.LELEU et G. GENICOT Le droit médical . Aspects juridiques de la relation médecin-patient, DeBoeck Université,2001, n°234 . Il faut cependant noter qu'il n' y a aucune jurisprudence belge en la matière .

²² « Zorgvuldigheidseisen » à l'art .2 de la loi néerlandaise .²

IV Comparaison à gros traits des deux lois .

Avant d'exposer plus en détail le contenu des lois, il nous a semblé utile d'en dresser un tableau comparatif montrant les similitudes et les différences essentielles .

1) On peut constater la grande similitude des deux lois, notamment , dans les domaines suivants :

- elles dépénalisent l' euthanasie, c'est-à-dire l'intervention destinée à mettre fin à la vie d'une personne à sa demande expresse,
- si elle est réalisée par un médecin,
- qui respecte des conditions relatives à l'état du patient et à la procédure ,
- et accepte la procédure de contrôle a posteriori auprès d'une commission

De plus ces deux lois :

- reconnaissent la validité des demandes anticipées d'euthanasie,
- ne limitent pas l'euthanasie à une demande d'un patient en phase terminale ,et l'autorisent moyennant des conditions supplémentaires en Belgique pour des patients qui ne sont pas en phase terminale,
- traitent de la demande des mineurs avec, cependant des solutions différentes .

2) Par contre, elles diffèrent essentiellement sur les points suivants :

- le suicide assisté autorisé dans la loi néerlandaise et ignoré de la loi belge,
- les mineurs refusés en principe en droit belge et acceptés en droit néerlandais selon les règles générales de consentement pour les mineurs,
- les conditions relatives à l'état de santé et à la procédure à respecter par le médecin qui sont plus détaillées en droit belge ..

Nous allons développer le contenu de ces lois et souligner les différences dans chaque élément majeur du contenu .

V La définition et le champ d'application .

1) Selon la loi belge, l'euthanasie est définie par l'article 2 comme « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci » .La dépénalisation de l'euthanasie n'apparaît qu' à l'article suivant qui stipule que « Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il... » respecte une série de conditions . Le « tiers » prévu par la loi est, donc, bien le médecin et lui seul . Il ne peut s'agir d'un acte délégué à un stagiaire ou une infirmière par exemple . Une controverse a lieu sur le point de savoir si l'acte d'euthanasie est un acte médical ou un acte social . Selon la réponse à donner à cette question, des conséquences différentes sont attachées à cet acte, notamment du point de vue de la continuité des soins et de la position de la direction des hôpitaux en ce domaine .²³

De plus, la loi qui dépénalise l'euthanasie ne modifie pas le code pénal . Celui-ci reste entier et ses articles 393à 397 qui définissent l'homicide , l'assassinat, le meurtre ou l'empoisonnement restent les chefs de poursuite à l'égard de ceux qui ne respectent pas les conditions strictes et restrictives de la dépénalisation .

²³ Voir à ce sujet E. DE KEYSER. « Euthanasie . Een medische handeling ? » in Nieuw Juridisch weekblad, N° 45 (2003) 1067-1073 .

L'assistance au suicide pose manifestement un problème puisqu'elle est absente de cette loi, malgré le fait que le Conseil d'Etat ait remarqué qu'il n'y avait pas de différence de principe entre le suicide assisté et l'euthanasie. Outre le fait qu'il n'y ait pas de jurisprudence belge à ce sujet, nous pensons avec NYS²⁴ qu'une motivation déterminante a été la position de l'Ordre des médecins dont le code de déontologie interdisait formellement cette assistance²⁵ à l'article 95 de son code et l'absence de besoin de régulation de la pratique de l'euthanasie comme aux P.-B.. Par contre, l'assistance au suicide peut tomber sous le coup de la législation sur la non-assistance de personne en danger (cfr. supra). Si le Parlement belge n'a pas voulu régler légalement l'assistance au suicide, on peut cependant considérer avec VANSWEEVELT²⁶ que lorsque seule la technique de l'euthanasie et du suicide assisté diffère, l'assistance prêtée par un médecin au suicide d'un patient en respectant toutes les conditions exigées pour la dépenalisation de l'euthanasie tomberait dans le champ d'application et sous la protection juridique de la loi sur l'euthanasie. Le Conseil national de l'Ordre des Médecins a rejoint cette position dans son Avis très important du 22 mars 2003²⁷ qui a adapté le Code de Déontologie, de telle sorte qu'il ne soit pas en contradiction avec une loi votée démocratiquement.

Il faut rappeler que le médecin n'a pas d'obligation de répondre positivement à la demande d'euthanasie que lui formule un patient. En effet, l'article 14 de la loi prévoit explicitement que « La demande et la déclaration anticipée de volonté n'ont pas de valeur contraignante. Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie. Aucune personne n'est tenue de participer à une euthanasie ». Telle est l'affirmation claire de la liberté thérapeutique. Ainsi, dans cet esprit, les hôpitaux doivent prendre des mesures concrètes qui sauvegardent la liberté de conscience des médecins, des pharmaciens et du personnel infirmier. En cas de refus, cependant, le médecin est tenu d'en informer en temps utile le patient et à la demande du patient de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

2) Du côté de la loi néerlandaise, nous ne trouvons pas la définition de l'euthanasie admise antérieurement par la jurisprudence, mais une exception à l'article 293 du code pénal qui stipule : « Celui qui met fin aux jours d'un autre, à la demande expresse et sérieuse de ce dernier, est puni de... ». Et à l'alinéa 2 : « L'action visée à l'alinéa précédent n'est pas punissable, dans la mesure où elle est réalisée par un médecin qui satisfait aux 'critères de minutie' mentionnés à l'art.2 de la loi .. ». Même insistance sur le caractère volontaire et sérieux de la demande du patient, même mention expresse du médecin et des conditions de la dépenalisation.

Par contre, la loi néerlandaise prévoit explicitement la dépenalisation de l'assistance au suicide aux mêmes conditions que celle de l'euthanasie, car cette assistance peut être poursuivie selon l'article 294 du code pénal. Elle insiste sur l'intention d'aider autrui au suicide ou de lui procurer les moyens lui permettant de se suicider.

²⁴ op.ci.p.75

²⁵ Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale : article 95 « Le médecin ne peut pas provoquer la mort d'un malade ni l'aider à se suicider ». Contrairement à la situation française, le Code de déontologie médicale belge n'a fait l'objet d'aucune approbation par un Arrêté Royal ni par une loi.

²⁶ op.cit.pp ;226-227

²⁷ Avis du Conseil National de L'Ordre : Avis relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie in Bulletin du Conseil National de l'Ordre des Médecins, N° 100, juin 2003, p.6-9.

Enfin, il faut observer qu'aucune des deux lois ne régule d'autres formes de soins ou de décisions médicales en fin de vie, tels que les traitements contre la douleur qui raccourcissent la vie d'un patient ou la suspension ou l'arrêt de traitements dits futiles .

VI Les conditions relatives au patient .

1) Les conditions belges

Trois conditions sont imposées au médecin qui doit s'assurer que :

a) le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande .

Seuls les adultes auxquels la loi ajoute les mineurs émancipés (càd. ayant au moins 15 ans), par exemple par le mariage, peuvent introduire une demande , ce qui exclut les mineurs . De plus le patient doit être capable , ce qui exclut formellement les malades mentaux . De plus ils doivent être conscients .

Une procédure particulière est prévue pour les malades devenus inconscients et qui ont rédigé une « Déclaration anticipée » rédigée par écrit au cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie . Elle doit avoir été établie par écrit en présence de deux témoins, moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté. Elle peut être faite, retirée ou adaptée à tout moment .Enfin, elle peut contenir la désignation d'une ou de plusieurs « personnes de confiance » majeures et classées par ordre de préférence , dont la seule mission est de mettre le médecin au courant de la volonté du patient . Un A.R. du 2 avril 2003 a précisé les modalités de cette déclaration anticipée .

b) la demande est volontaire, réfléchie et répétée et elle ne résulte pas d'une pression extérieure .

Cette condition montre combien le législateur a mis l'accent sur la volonté de la personne demanderesse et veut s'assurer du caractère volontaire de sa démarche . La demande doit être actée par écrit . Le document doit être rédigé, daté et signé par le patient . S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient .L'ensemble des documents sont consignés dans le dossier médical du patient . Celui-ci peut, évidemment révoquer sa demande à tout moment .

c) le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable .

Nous sommes en présence de deux éléments qui sont soumis à l'appréciation du médecin : l'un est objectif : il concerne la situation médicale sans issue et due à une pathologie grave et incurable ou à un accident dont le médecin doit vérifier le diagnostic et le pronostic ; l'autre est plus subjectif et concerne l'état d'une souffrance physique et psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée dont le patient fait état . La question de savoir si les deux conditions sont-elles cumulatives mérite d'être discutée . Nous le pensons avec Nys²⁸ ; en effet, le premier élément est d'ordre médical ; le patient n'est généralement pas à même d'estimer si sa situation médicale est sans issue et le refus d'un traitement par le patient pour une situation curable ne la rend pas incurable . De même l'absence d'une souffrance dans une situation médicale incurable ne justifie pas à elle seule une demande d'euthanasie, pas plus qu'une souffrance insupportable sans situation pathologique sans issue ne justifierait une

²⁸ op.cit.p.78

demande de la part d'un patient dépressif ou mental , ce que la loi n'a manifestement pas autorisé .

2) Les conditions néerlandaises .

Elles sont moins détaillées, mais précises . Il s'agit des « critères de minutie » que le médecin qui pratique une euthanasie doit obligatoirement respecter pour bénéficier de la dépenalisation de celle-ci .

a) L'article 2 , al.3 et 4 de la loi comporte des dispositions explicites concernant les « demandes de mineurs » , dont on peut estimer qu'ils ont pu apprécier raisonnablement leurs intérêts en la matière, dont elle distingue la situation selon l'âge :

- entre 16 et 18 ans la demande d'un adolescent peut être acceptée par le médecin à condition que les parents soient associés à leur décision ;
- entre 12 et 16 ans la demande d'un enfant peut être acceptée par le médecin à condition que les parents consentent à sa décision .

Ces conditions sont, en réalité, reprises de la loi sur l'accord (le consentement) du patient en matière de traitement médical et incorporée au code civil en 1995 .

De plus, une procédure de « demande anticipée » est prévue pour les patients âgés d'au moins 16 ans pour l'hypothèse où ils soient inconscients au moment où la question pourrait se poser. La seule condition est que la demande anticipée soit écrite .

b) La demande doit être « volontaire et mûrement réfléchie » . Cette dernière caractéristique d'une demande bien réfléchie (een weloverwogen verzoek) implique, pour VANZWEEVELT²⁹, trois aspects : la capacité de décision (wilsbekaamheid) du patient, la réalité de la demande et l'information préalable à la demande .Pour le premier point, les auteurs néerlandais reconnaissent une capacité de décision potentielle chez certains patients psychiatriques .Encore faudrait-il qu'ils ne soient pas exclus du champ d'application de la loi et que l'ensemble des autres critères soient vérifiés , pour que leur demande puisse être validée .

c) Les souffrances du patient doivent être « insupportables et sans perspective d'amélioration (sans espoir) ». Sur ce dernier point , il convient de citer la jurisprudence néerlandaise qui éclaire ces notions .

Dans un arrêt très important, la Cour Suprême des Pays-Bas a décrété en 1994, dans l'affaire CHABOT ,³⁰ qu'un patient ayant une souffrance de nature mentale n'était pas dans un état de souffrance sans espoir, s'il refusait l'option d'un traitement raisonnable . La loi belge, par contre, laisse la liberté au patient d'accepter ou de refuser un traitement disponible pour soulager sa douleur, même s'il s'agit d'une douleur de nature mentale , car l'élément de la souffrance est un critère subjectif dont l'évaluation est laissée au patient³¹ .

Par contre, dans un arrêt récent de la même Cour relatif à l'affaire BRONGERSMA³², à la question de savoir si des personnes souffrant du mal de vivre ou d'en avoir assez de vivre, sans souffrir d'une maladie somatique ou psychique reconnue dans la classification médicale pouvaient entrer en considération pour une euthanasie ou une aide au suicide, la Cour a

²⁹ T. VANZWEEVELT « De euthanasiewet .. »,op.cit.n°66,67

³⁰ Hoge Raad, 21 juni 1994,N.J.B.,1994, 893 .

³¹ voir NYS op.cit.pp.78-79 .

³² H.R., 24 december 2002, nr 00797/02 (www. rechtspraak.nl) cité et commenté par T.VANSWEEVELT, op.cit.n°78-78bis

répondu négativement . Ce point de principe est très lourd de signification, car il montre le lien nécessaire entre une souffrance et une pathologie classée .

Un dernier point à mentionner ici est le fait qu'aucune des deux lois ne requiert que le patient soit « en phase terminale », bien que la loi belge prévoit , contrairement à la loi néerlandaise, des conditions supplémentaires dans ce cas . A noter qu'aucune définition scientifique ni légale n'a été donnée à la phase dite terminale de la fin de vie . Cette notion est qualifiée par des commentateurs de « casse-tête »³³ et sujette à controverse .

VII Conditions relatives au médecin .

1) Dans la loi belge .

Après s'être assuré de l'état du patient tel que défini par la loi, le médecin doit respecter une « procédure » très détaillée par la loi (article 3al.1 et 2), à laquelle le médecin peut ajouter des conditions complémentaires que lui inspireraient l'exercice de son art ou ses convictions éthiques personnelles .

a) Il doit dans tous les cas :

- informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter sur sa demande, évoquer les possibilités thérapeutiques envisageables et les soins palliatifs . Il doit, précise le texte, arriver, avec le patient , à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation
- s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique et de sa volonté réitérée,
- consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, celui-ci doit être indépendant et compétent quant à la pathologie ,
- s'entretenir de la demande avec l'équipe soignante,
- rencontrer les proches désignés par le patient,
- s'assurer que le patient ait pu rencontrer toute personne de son choix .

b) Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra pas à brève échéance, il doit en outre,

- consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie qui s'assure de l'état du patient, de sa souffrance et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il doit être indépendant du médecin traitant et du premier consultant ,
- laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie .

c) Dans le cas d'une déclaration anticipée, la loi prévoit certaines obligations spécifiques pour le médecin qui doit :

- s'assurer de l'état du patient à savoir qu'il est atteint d'une affection ou pathologie grave et incurable, qu'il est inconscient et que cette situation est irréversible ,
- consulter un autre médecin sur l'irréversibilité de la situation médicale,
- s'entretenir de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante, la personne de confiance désignée par le patient et avec les proches .

On le voit, la dépénalisation de l'euthanasie est un chemin étroit, aux conditions restrictives et strictes, qui ne vise qu'une part très faible des situations douloureuses des patients , qui met l'accent sur la demande claire et répétée des patients et cherche ainsi à écarter les euthanasies pratiquées à l'insu des patients .

2) Dans la loi néerlandaise .

³³ T. VANSWEEVELT, op.cit. p. 250-252

Le médecin doit respecter les « critères de minutie » énoncés par la loi .

Ainsi , après avoir vérifié que la demande du patient est libre et réfléchie , que ses souffrances sont sans perspective d'amélioration et insupportables, qu'il a informé le patient et qu 'il est arrivé avec lui à la conviction qu'aucune autre solution n'était envisageable, il doit consulter un autre médecin indépendant qui examine le patient et son opinion écrite sur l'observation des critères de minutie, le médecin peut pratiquer l'interruption de la vie « avec toute la rigueur médicale requise » .

Ceci nous reporte à une autre source d'obligations d'ordre déontologique et qui ont fait l'objet au fil du temps de ces accords entre les organisations médicales professionnelles et les parquets . Elles ont, aussi, servi de critères d'appréciation pour les Commissions régionales de contrôle néerlandaises . Ainsi, comme le rappelle NYS³⁴, le médecin est responsable à la fois devant les juridictions pénales et devant le droit disciplinaire .

La procédure est la même pour le patient en phase terminale et celui qui n'est pas dans une phase terminale .

Dans le cas de déclaration anticipée prévue par l'article 3, al.3 , l'euthanasie peut se faire si le médecin a bien vérifié la déclaration anticipée et s'il a respecté les critères de minutie mutatis mutandis .

VIII La procédure de contrôle a posteriori .

Les deux lois ont recours à un contrôle « a posteriori » assez semblable en faisant de la notification du médecin à une instance une condition formelle de la dépénalisation et en instituant un intermédiaire entre le médecin et la justice, à savoir une commission ad hoc . Je me tiendrai aux principes du contrôle, sans pouvoir entrer dans le mode de fonctionnement de ces organes .

En Belgique, le médecin adresse une déclaration auprès de la « Commission fédérale de contrôle et d'évaluation ». Celle-ci évalue le document d'enregistrement rempli par le médecin . En cas de doute, elle peut convoquer le médecin et se prononce dans un délai de deux mois . Lorsque, à la majorité des 2/3 des membres, elle estime que les conditions n'ont pas été respectées par le médecin, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient .

Aux Pays-Bas , la loi précise que si la mort est le résultat d'une euthanasie, le médecin ne doit pas rédiger de certificat de décès , mais notifier immédiatement au médecin légiste de la commune la cause du décès en complétant un formulaire spécial et détaillé, et en joignant la justification de l'observation des critères de minutie . Il revient au pathologiste de transmettre ce dossier à la Commission régionale de contrôle . Celle-ci vérifie sa teneur, peut convoquer le médecin et statue dans les six semaines . Elle avertit le Conseil des Procureurs généraux et l'Inspecteur régional, lorsqu'elle estime que le médecin n'a pas respecté les conditions de la loi .

Le rôle de ces commissions est essentiel tant pour le respect de la loi que pour l'interprétation des conditions ou critères imposés aux médecins . Cette interprétation est bien entendu sujette à réformée par une décision judiciaire, en cas de saisine du tribunal par le Procureur .

³⁴ H.NYS op.cit.p.81

IX Points de suspension .

Après l'exposé sommaire des deux lois, il convient d'attirer l'attention du lecteur sur le fait que ces outils bien imparfaits et controversés sont le fruit d'un long travail de maturation à l'intérieur de deux opinions publiques et contribuent à la réflexion des citoyens sur ce moment capital de leur dernier acte de vie qu'est leur mort .

Les questions en suspens tiennent, en dehors de la réflexion éthique sur la matière , à des questions plus juridiques liées tant à des définitions de concepts et de termes rencontrés dans les situations aussi variées que lourdes de souffrances au terme de nos vies d'hommes et de femmes . Les médecins en évaluent particulièrement bien le poids et gardent un rôle prédominant dans chacune d'elles .

Inévitablement vont se poser les questions angoissantes pour nous tous, qui nous posons les questions de sens, à savoir comment réagir et comment marquer des balises en droit à l'égard de la fin de vie des plus faibles , des enfants, des personnes âgées plongeant dans une démence progressive, de certains handicapés et de malades mentaux , qui tôt ou tard peuvent devenir à leur tour des demandeurs d'euthanasie ou d'assistance au suicide et qui ont le plus besoin de la protection même de la société ?

Le droit a pour mission de traduire des valeurs, dont notre société pluraliste nous apprend qu'elles sont diverses et parfois contradictoires tout en respectant le socle commun des Droits de l'Homme . Elle nous apprend, de ce fait, la tolérance et la reconnaissance de l'autre comme différent . Elle nous demande, aussi, de la protéger contre les dérives possibles liées aux techniques elles-mêmes, qui pourraient se traduire, à n'y pas prendre garde, par des formes d'eugénisme ou être liées à un défaut de solidarité qui pourrait nous mener à des formes d'exclusion , de domination et finalement d'injustice .

Enfin, une réflexion citoyenne sur la fin de vie s'impose . Le choix revient à chacun de nous selon ses convictions et ses valeurs , tout en apprenant à respecter celles des autres .. Un débat public est nécessaire pour mettre au jour la diversité de nos pensées et de nos façons d'apprécier la réalité de notre vie et des solutions qui puissent convenir au plus grand nombre dans notre cité . Puisse ce travail y contribuer .
