

L'EXCEPTION EUTHANASIQUE EN DROIT BELGE (LOI du 28 MAI 2002, M.B. du 22.06.2002)

J. MASSION¹

Mots-clefs : euthanasie, dépénalisation, état irréversible, souffrance, conditions, patient, médecin, autonomie, solidarité, débat public.

correspondance :

Pr. J. Massion

e-mail : massion@hosp.ucl.ac.be



SUMMARY

After presenting the belgian text of law dated may 28, 2000 in its social and political context, the author underlines the ethical considerations at stake and the values often contradictory presented by supporters and opponents of this law.

The legal approach to address this problem chosen by the belgian legislator is the one of providing a specific law addressing euthanasia. The author analyzes the belgian law and provides the legal definition of euthanasia. He describes the law's domains of application, the conditions imposed to patients and physicians, the different stages of the procedure, the physician's declaration to the Commission and the *a posteriori* control of the procedure put in place by the Federal Commission of control and evaluation of euthanasia. The conclusion points to the shortcomings of the law.

Après avoir situé le contexte social et politique du vote de la loi belge le 28 mai 2002, l'auteur souligne les enjeux éthiques et les valeurs souvent contradictoires invoqués par les partisans et les adversaires de cette loi. La technique juridique utilisée par le législateur belge est celle d'une loi particulière relative à l'euthanasie.

L'auteur analyse ensuite la loi belge et précise la définition de l'euthanasie et son champ d'application, les conditions imposées au patient et au médecin, les diverses phases de la procédure, la déclaration par le médecin et le contrôle *a posteriori* par la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation. La conclusion indique les impasses laissées par la loi.

Après avoir situé le contexte social, ainsi que les fondements éthiques et juridiques de la loi, cette étude expose les divers aspects de l'exception euthanasique en droit belge, à savoir : la définition de l'euthanasie et le champ d'application de la loi, les conditions relatives au patient, les conditions relatives au médecin, ainsi que la déclaration des actes d'euthanasie à une autorité de contrôle. Un aperçu des questions laissées en suspens par la loi conclut cette étude.

LE CONTEXTE SOCIAL

Si la loi néerlandaise sur l'euthanasie a incontestablement influencé la rédaction de la loi belge, la question de l'euthanasie s'est posée de manière très différente dans les deux pays. En effet, la législation néerlandaise a eu pour but de donner à des pratiques professionnelles régulées conjointement par les instances médicales et les parquets, une base légale et de les introduire dans le code pénal. Ce chemin fut long; il dura près de 25 ans.

En 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 eutha-

¹ J.MASSION, professeur émérite de la Faculté de Médecine de l'UCL, vice-président de la Commission d'Éthique Biomédicale Hospitalo-Facultaire de l'UCL. (Adresse E-Mail : massion@hosp.ucl.ac.be). Voir son article sur « Les lois belge et néerlandaise sur l'euthanasie » in Revue générale de Droit médical-Les Etudes hospitalières-Éditions à Bordeaux- L'éthique et la mort-numéro spécial 2004 (207-220).

nasie pratiquée le plus souvent 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 dès 1993 et rejetées tant que la majorité reposait principalement sur les partis sociaux chrétiens du pays. Le Premier ministre 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'euthanasie². Sa conclusion montre clairement la complexité de la situation belge : « le Comité estime ne pas pouvoir et 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 citoyens ».

L'Avis plus détaillé n° 9 du 22 février 1999 concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté, montre un assez large consensus autour de la proposition d'une régulation « procédurale *a priori* » des décisions médicales les plus importantes concernant la fin de vie, y compris l'euthanasie.

Plusieurs propositions de loi sont déposées en 1999³. Un large débat public eut lieu avant la promulgation de la loi. Celle-ci fut proposée à la nouvelle majorité politique, composée des libéraux, des socialistes et des écolos sans les sociaux-chré-

tiens, et votée le 28 mai 2002 après de larges débats en commission et au parlement.

L'opinion publique s'est inquiétée de l'effet incitatif d'une législation en la matière. A ce propos, quelques études semblent indiquer que la dépénalisation de l'euthanasie aux Pays-Bas n'a pas entraîné de développement de leur nombre⁴. 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 aux Pays-Bas. Une étude de Veldik⁵ a montré que sur 203 patients souffrant de sclérose amyotrophique latérale et décédés durant la période de 1994 à 1999 aux Pays-Bas, 17 % ont choisi l'euthanasie et 3 % le suicide assisté, soit un patient sur cinq souffrant de cette terrible maladie.

Une étude intéressante sur les causes de décès en Belgique (Flandres)⁶ 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. Le premier rapport de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation a montré que la pratique de l'euthanasie concernait une vingtaine de déclarations mensuelles et toujours pour des patients souffrant d'une pathologie extrêmement lourde⁷.

LES FONDEMENTS ÉTHIQUES 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, Hélène Dupuis (4) reprend parmi les arguments en faveur de l'euthanasie et loin en tête :

- le principe d'autonomie ou de disposition de soi, qui signifie que le patient garde le contrôle du dernier état de sa vie,

² 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.

³ MAHOX-VANLERBERGHE le 14 juillet, MONFILS le 20 juillet, Lozie-Deroeck le 30 septembre, Leduc le 12 octobre, Nyssens le 16 novembre et Vandenberghe le 17 novembre.

⁴ Cfr H.M. DUPUIS. "Euthanasia in the Netherlands: 25 years of experience", in Legal Medicine 5 (2003) S60-S64.

⁵ J. VELDİK & al. "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

⁶ L. DELIENS & al. "End-of-life decision in medical practice in Flanders, Belgium : a nationwide survey" Lancet, 356 (2000) 1806-1811

⁷ Rapport de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie aux Chambres législatives (22 septembre 2002 - 31 décembre 2003) du 22 juin 2004, p. 27.

- le principe de bienfaisance (traduction moderne du *primum non nocere*) du médecin qui doit le mener au respect du choix de son patient à l'égard de la fin de sa vie,
- le principe de tolérance qui conduit les citoyens 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.

L'opinion que le principe d'autonomie prime tous les autres principes est contestée ou tempérée 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. Ainsi, Meulenbergs et Schotsmans⁸ appellent ce débat celui de « l'autonomie comme disposition de soi » face à « l'autonomie relationnelle ». En se référant entre autres à Levinas, 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 proposition n°3 du Conseil Consultatif National de Bioéthique (le CCNB), celle de la procédure « *a priori* » qui recueillait le plus large consensus au sein du Conseil. Cette proposition souhaitait imposer une forme d'accord ou au moins d'avis favorable d'une instance éthique de l'hôpital préalablement à la pratique de l'euthanasie. Le texte de la loi a opté pour la procédure de contrôle *a 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 éthiquement, selon ces auteurs, le recours éventuel à l'euthanasie.

D'autres instances comme la Fédération des Institutions Hospitalières Catholiques Flamandes⁹ ont préconisé le passage obligé de la demande d'euthanasie par un « filtre palliatif ». D'autres

auteurs, comme Dijon¹⁰, dénoncent l'excès de subjectivité 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 » a été très important dans l'élaboration de la loi, de même que la « protection du patient » contre des abus en particulier l'absence de consentement, ainsi que « la transparence et le contrôle social »¹¹. C'est au nom de cette sécurité juridique que la demande émanant tant du corps médical que des députés sociaux-chrétiens, d'inclure dans la loi la notion de « l'état de nécessité »¹² comme cause de justification (c'est-à-dire supprimant l'infraction) 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 transposer dans un texte de loi. L'application de ce concept présuppose une procédure pénale à l'encontre du médecin qui l'aurait pratiquée, au cours de la quelle le médecin aurait pu invoquer ce principe jurisprudentiel. Cette procédure restait particulièrement lourde vis-à-vis du médecin.

Quant aux Eglises chrétiennes et aux autres religions, leur opposition à toute forme d'euthanasie se fonde, essentiellement, sur le fait que la vie est un don de Dieu créateur, dont l'homme ne peut disposer librement. La Déclaration des Evêques de Belgique prône explicitement le respect fondamental de la vie humaine et, d'abord, celle des personnes les plus vulnérables, tout en marquant un grand intérêt pour les diverses formes de soulagement de la douleur et d'accompagnement humain et spirituel des personnes en fin de vie¹³.

⁸T. MEULENBERGS ET P. SCHOTSMANS "Law-making, Ethics and Hastiness. The debate on euthanasia in Belgium", in Ethical Perspectives 9 (2002) 86-95

⁹C. GASTMANS. "Caring for a dignified end of life 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 et R. Janssens. "Palliative Care and Euthanasia. Belgian and Dutch Perspectives" ib. p.156-175

¹⁰X.DIJON. La réconciliation corporelle. Une éthique du droit médical. Presses universitaires de Namur, 1998, p. 213.

¹¹ Voir l'étude de T. VANSWEEVELT, « De euthanasiewet : de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid », T.Ge.z./ Rev. DR. Santé, 8 (2002-2003) 218-278.

Voir également les études suivantes : « L'euthanasie, un an après la loi ». Numéro spécial 32 de la revue ETHICA CLINICA, décembre 2003, de la Fédération des Institutions hospitalières de Wallonie, asbl. et "Euthanasia in the Low Countries", Numéro spécial de ETHICAL PERSPECTIVES – Journal of the European Ethics Network, European Centre for Ethics, Catholic University of Leuven, 9 (2002) 2-3, ainsi que M.Dupuis « La dimension éthique du problème de l'euthanasie » in LOUVAIN MEDICAL, numéro spécial 121(2002) S140-144 et « Palliatieve zorg en medisch begeleid sterven » Themanummer ACTA HOSPITALIA, 2003/4.

¹²Défini 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

LES FONDEMENTS JURIDIQUES

Les lois qui dépénalisent l'euthanasie peuvent le faire selon des modalités de technique juridique différentes soit par une modification du code pénal en y incluant une exception soumise à certaines règles précises, soit par une loi particulière sur l'euthanasie. Mais, de toute manière elles maintiennent avec force l'interdit du meurtre. L'euthanasie constitue, donc, une transgression de ce principe fondateur et sa pratique ne peut être considérée que comme une exception soumise à des conditions très strictes contenues dans sa dépénalisation.

Aux Pays-Bas, le législateur a procédé à une modification du code pénal par une loi qui a défini les conditions, appelées « critères de minutie », auxquelles le médecin doit répondre 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 néerlandais a vu la même exception être insérée à l'art.294 al.2. Les conditions sont les mêmes dans les deux cas.

Le législateur belge, par contre, a opté pour une loi particulière, celle du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (M.B.du 22.06.02) entrée en vigueur le 22 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 et 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 ou d'un crime 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 ter, au moins lorsque le suicidaire est en état de péril grave¹⁴.

LA DÉFINITION ET LE CHAMP D'APPLICATION DE LA LOI BELGE

- a) 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.¹⁵

- b) De plus, la loi qui dépénalise l'euthanasie ne modifie pas le code pénal. Celui-ci reste entier et ses articles 393 à 397 qui définissent les infractions de 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 de la dépénalisation.
- c) L'assistance au suicide pose manifestement un problème puisqu'elle est absente de cette loi, malgré la critique émise par le Conseil d'État à l'égard du législateur dans son avis sur le projet de loi sur l'euthanasie quant à la justification de cette absence (11).

Outre le fait qu'il n'y ait pas de jurisprudence belge à ce sujet, nous pensons, avec NYS (15 bis), qu'une motivation déterminante à ne pas légiférer dans le domaine du suicide assisté a été la position de l'Ordre des Médecins, dont le code de déontologie interdisait formellement cette assistance à l'article 95 de son code. De plus, on ne constatait pas de besoin de régulation de la pratique de l'euthanasie comme aux Pays-Bas.

Par contre, l'assistance au suicide peut tomber sous le coup de la législation sur la non-assistance

¹⁴ Pour l'Eglise catholique voir le texte de la SACREE CONGREGATION DE LA FOI. Déclaration sur l'euthanasie, in DOCUMENTATION CATHOLIQUE du 20 juillet 1980, n° 1790, la Déclaration des EVEQUES DE BELGIQUE sur l'euthanasie du 16 mai 2002 in PASTORALIA, 6(2002)156; l'étude de B. Cadore et al. « L'euthanasie, le débat nécessaire » in Lumière et Vie 238 (1998) et celle de J. Jans. « Christian Churches and Euthanasia in the Low Countries. Background, Argumentation and Commentary ». *Ethical perspectives* 9 (2002) 2-3, 119-133.

¹⁵ 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.

¹⁶ Voir à ce sujet E. DE KEYSER. « Euthanasie. Een medische handeling ? » in Nieuw Juridisch weekblad, N° 45 (2003) 1067-1073.

^{186a} H. NYS. « Euthanasia in the Low Countries. A comparative analysis of the law regarding euthanasia in Belgium and in the Netherlands ». *Ethical Perspectives*. 2002 : 9 (2-3) : p. 75.

de personne en danger (cf. supra). Si le Parlement belge n'a pas voulu régler légalement l'assistance au suicide, on peut cependant considérer avec Vansweevelt 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 dépénalisation de l'euthanasie, devrait tomber 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 2003¹⁶, relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie, qui a adapté le Code de Déontologie, de telle sorte qu'il ne soit pas en contradiction avec la loi sur l'euthanasie votée démocratiquement.

d) Pas de caractère contraignant de la demande d'euthanasie.

Il faut rappeler que le médecin n'a pas d'obligation morale ou légale 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 de lui donner les raisons de son refus. De plus, à la demande du patient, il communique le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance du patient.

LES CONDITIONS RELATIVES AU PATIENT

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 (c'est-à-dire 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 juridiquement, ce qui exclut formellement les malades mentaux. Enfin, il doit être conscient.

Une procédure particulière est prévue pour les malades devenus inconscients et qui ont rédigé une « *Déclaration anticipée* » par écrit au cas où ils ne pourraient plus manifester leur volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si celui-ci constate :

- que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- qu'il est inconscient,
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

Cette déclaration anticipée doit avoir été établie par écrit en présence de deux témoins majeurs et qui n'ont pas d'intérêt matériel au décès, 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 une des missions 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 est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer la déclaration anticipée, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son

¹⁶ Avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins : « 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.

choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient. L'ensemble des documents est consigné 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, 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** : il concerne l'état d'une souffrance physique ou psychique, constante et insupportable qui ne peut être apaisée, dont le patient fait état.

Les deux conditions sont cumulatives. 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 et ne peut justifier à elle seule une demande d'euthanasie. De même, une situation médicale incurable ne justifie pas à elle seule une demande d'euthanasie, pas plus qu'une souffrance insupportable, qu'elle résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, ne justifierait une demande d'euthanasie de la part d'un patient dépressif ou mental, ce que la loi n'a manifestement pas autorisé.

CONDITIONS RELATIVES AU MÉDECIN

Après s'être assuré de l'état du patient tel que défini par la loi, le médecin doit respecter une « procédure » très détaillée (article 3 al.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 :*

- vérifier que la demande du patient est volontaire,
- informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec lui

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 au cours de plusieurs entretiens,
- consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, celui-ci doit être indépendant tant à l'égard du patient que du médecin traitant et compétent quant à la pathologie et s'assurer du caractère constant, insupportable et inapaisable de la douleur physique ou psychique,
- 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.

Il convient de remarquer que le texte précise que la demande du patient doit être actée par écrit. Le document doit être rédigé, daté et signé par le patient ou, s'il n'est pas en état de le faire, par une personne majeure sans intérêt matériel au décès du patient et en présence du médecin. De plus, le patient peut révoquer sa demande à tout moment. Enfin, l'ensemble des demandes et démarches ou rapports du (des) médecins sont consignés dans le dossier médical du patient.

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 pathologique grave et incurable, qu'il est inconscient et que cette situation est irréversible,
- consulter un autre médecin sur l'irréversibilité de la situation médicale du patient; il doit être indépendant à l'égard tant du

patient que du médecin traitant, qui met la personne de confiance éventuellement désignée par le patient, au courant des résultats de cette consultation,

- 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, l’exception euthanasique par 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’encontre de la volonté ou à l’insu du patient.

LA PROCÉDURE DE CONTRÔLE A POSTERIORI

La loi belge a recours, comme d’ailleurs la loi néerlandaise, à un contrôle *a posteriori* assez semblable en faisant de la notification du médecin d’un acte d’euthanasie à une instance officielle une condition formelle de la dépénalisation de l’euthanasie 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.

Ainsi, le médecin belge adresse une déclaration auprès de la « Commission fédérale de contrôle et d’évaluation » chargée du contrôle *a posteriori* de la pratique de l’euthanasie au cas par cas, et d’une évaluation tous les deux ans adressée aux Chambres législatives.

La Commission évalue le document d’enregistrement rempli par le médecin. Ce document appelé déclaration comporte deux volets : le premier scellé contient l’identité du patient, du médecin et de la personne de confiance ; le second, toutes les données relatives à l’euthanasie. En cas de doute sur le respect des conditions légales, la Commission peut lever l’anonymat relatif au médecin et lui demander de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l’euthanasie. La Commission se prononce dans un délai de deux mois. Lorsque, à la majorité des 2/3 des membres, la Commission estime que les conditions légales n’ont pas été respectées par le médecin, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

Le rôle de cette Commission 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 être réformée par une décision judiciaire, en cas de poursuite.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Outre l’affirmation du caractère non contraignant de la demande d’euthanasie, comme évoqué ci-dessus, la loi précise :

- par une fiction juridique, dont les juristes et le législateur ont le secret, que la personne décédée à la suite d’une euthanasie dans le respect des conditions légales est « réputée décédée de mort naturelle » pour ce qui concerne l’exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d’assurance ; ceci est une conséquence logique et nécessaire de l’existence même de la loi,
- les dispositions de l’article 909 du code civil qui stipule que les médecins, officiers de santé et pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu’elle aurait faite en leur faveur pendant le cours de leur maladie, sont applicables aux membres de l’équipe soignante,
- la loi est entrée en vigueur le 22 septembre 2002.

POINTS DE SUSPENSION

Après l’exposé sommaire de la loi, il convient d’attirer l’attention du lecteur sur le fait que ce texte imparfait et controversé est le fruit d’un long travail de maturation à l’intérieur de l’opinion publique et du Parlement et contribue 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 en fin de vie. Les médecins en évaluent particulièrement bien le poids et gardent un rôle prédominant dans chacune d’elles. Mais la volonté du patient reste première.

Inévitablement vont se poser les questions aiguës 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 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 soutenues par la majorité des citoyens dans un

cadre qui régleme la vie sociale. Notre société pluraliste nous apprend que ces valeurs sont diverses, évolutives et parfois contradictoires, dans le respect du socle commun des Droits de l'Homme, de la tolérance et de la reconnaissance de l'autre comme différent. Elle nous demande, aussi, de la protéger contre les dérives possibles liées aux techniques inventées par l'homme, telles que certaines formes d'eugénisme ou des dérives liées à un défaut de solidarité qui mènerait à des formes d'exclusion, de domination et finalement d'injustice ou de manque de respect de la personne humaine.