Les régulations juridiques de la fin de vie en Belgique, France et Italie. Une reconnaissance progressive du droit à l'euthanasie ?

Thèse de doctorat de l'Université Saint-Louis (Bruxelles)
et de l'Università degli Studi di Ferrara (Italie)
Thèse présentée pour l'obtention du grade de docteur en sciences juridiques

par

Chiara Tamburini

Directeur de thèse : Prof. Yves Cartuyvels

Directeur de thèse : Prof. Alessandro Bernardi

Composition du Jury :

Prof. Christine Guillain (membre du comité d'accompagnement)

Prof. Olivier Paye (membre du comité d'accompagnement)

Prof. Olivier Cahn

Prof. Donato Castronuovo

In memoriam Michel van de Kerchove,
qui nous a honoré de sa présence bienveillante
au début de nos recherches
et n'a jamais quitté nos pensées.

Remerciements

Il serait impossible de citer ici toutes les personnes qui ont, d’une manière ou de l’autre, soutenu ce travail et contribué à sa réalisation et à son aboutissement. Il faudrait commencer par cet homme à l’écharpe rouge qui, en premier, me dit que l’objet de mes questionnements aurait fait une excellente thèse de doctorat : sans ses mots, nous n’en serions tout simplement pas là.

La vie des étudiants travailleurs n’est jamais simple : c’est d’autant plus vrai pour une thèse. Ainsi, le soutien – moral et concret – de mes employeurs successifs, leur amitié, leurs encouragements et même leur intérêt sincère à ces études, m’ont fait sentir moins seule dans le choix quotidien de mener, tout compte fait, un double travail.

J’ai découvert aussi, le long de ce chemin, que la patience de mes proches est incommensurable : je n’ose même pas me souvenir, par pudeur, du nombre de fois où ils ont bien voulu (se laisser imposer de) se taire ou encore se mimétiser au canapé du salon pour ne pas perturber ma concentration.

Un mot de reconnaissance pour toutes ces personnes, dont parfois je n’ai même pas vu le visage, mais qui m’ont permis d’avancer grâce à leur envie de se rendre utiles : les bibliothécaires, les archivistes, les greffiers, les fonctionnaires parlementaires, les bénévoles d’associations, les activistes politiques, ...

Et merci à mon grand-père, qui a choisi le moment de la fin de sa vie dans un lit d’hôpital, en arrêtant lui-même ses traitements : en solitude et dans l’absence d’une loi. Ce travail est, quelque part, son message dans la bouteille.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1 L’objet : la régulation juridique de la fin de vie
2 Un cadre d’interprétation interdisciplinaire
3 La structure de la recherche

PARTIE I : LE DROIT POSITIF EN BELGIQUE, FRANCE ET ITALIE

1 LE DROIT BELGE

1.1 La loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002
1.2 La loi du 28 février 2014, étendant l'euthanasie aux mineurs
1.3 La loi relative aux droits du patient du 22 août 2002
1.4 La loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs
1.5 Le code de déontologie médicale
1.6 Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives

2 LE DROIT FRANÇAIS

2.1 Les dispositions du Code civil
2.2 Les dispositions du Code pénal
2.3 Un aperçu des quatre lois adoptées récemment
2.4 La jurisprudence
2.5 Le code de déontologie médicale
2.6 Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives

3 LE DROIT ITALIEN

3.1 La loi relative au testament biologique du 22 décembre 2017
3.2 La législation concernant les soins palliatifs
3.3 Les dispositions du Code pénal
3.4 La jurisprudence
3.5 Les dispositions du Code civil
3.6 Le code de déontologie médicale
3.7 Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives

PARTIE II :
LE PROCESSUS DE RÉFORME LÉGISLATIVE DANS LES TROIS PAYS. UN OBJET JURIDIQUE, UNE DÉMARCHE SOCIOLOGIQUE.

1 LA BELGIQUE

1.1 Introduction aux règles du jeu parlementaire

1.2 L'historique législatif

1.2.1 Les normes en vigueur avant le changement législatif

1.2.2 Le débat de société croissant

1.2.3 Les travaux parlementaires avant 1999

1.2.4 Considérations conclusives concernant l'historique

1.3 Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2002

1.3.1 La présentation des propositions de loi et le dépôt de propositions additionnelles

1.3.2 Les propositions communes de la majorité gouvernementale

1.3.3 Le débat parlementaire en commissions réunies

1.3.4 Les amendements et le texte adopté en commissions

1.3.5 L'avis du Conseil d'État

1.3.6 Le passage en plénière au Sénat

1.3.7 L'examen analytique des dynamiques parlementaires au Sénat

1.3.8 Le débat et le vote à la Chambre

1.4 Après l'adoption de la loi sur l'euthanasie

1.4.1 Le rejet des recours par la Cour d'Arbitrage

1.4.2 Les rapports bisannuels de la commission fédérale de contrôle et d'évaluation

1.4.3 Les propositions de loi visant à amender la loi de 2002, déposées entre 2003 et 2013

1.4.4 La loi du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs

1.4.5 Les propositions de loi visant à amender la loi de 2002, déposées entre 2014 et 2020

1.4.6 Une dernière affaire (partiellement) en cours

2 LA FRANCE

2.1 Introduction aux règles du jeu parlementaire

2.2 L'historique législatif

2.2.1 Les normes en vigueur avant le changement législatif

2.2.2 Les initiatives législatives antérieures à la loi du 3 février2016 (loi « Claeys-Leonetti »)

2.2.3 Considérations conclusives concernant l'historique

2.3 Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2016

2.3.1 La proposition de loi

2.3.2 La première lecture à l'Assemblée nationale
2.3.3 La première lecture au Sénat
2.3.4 La deuxième lecture à l'Assemblée nationale
2.3.5 La deuxième lecture au Sénat
2.3.6 La proposition de la Commission paritaire
2.3.7 La troisième lecture à l'Assemblée nationale
2.3.8 La troisième lecture et l'adoption au Sénat
2.3.9 L'analyse du débat parlementaire
2.3.10 Réflexions sur les dynamiques politiques sous-jacentes

3 L'ITALIE

3.1 Introduction aux règles du jeu parlementaire
3.2 L'historique législatif
3.2.1 Les normes en vigueur avant le changement législatif
3.2.2 Les initiatives législatives antérieures à 2013
3.2.3 Considérations conclusives concernant l'historique
3.3 Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2017
3.3.1 Les propositions et projets de loi déposés mais restées sans suite concernant l'euthanasie
3.3.2 Le processus parlementaire concernant le testament de vie à la Chambre
3.3.3 Le processus parlementaire au Sénat
3.4 Réflexions sur les dynamiques politiques sous-jacentes

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1 Les paradigmes socio-politiques dominants dans les trois pays
1.1 Le modèle belge : le pluralisme segmenté
1.2 Le modèle français : le républicanisme
1.3 Le modèle italien : le « pacte social »
2 Un chemin commun vers la liberté individuelle, une amplitude distincte selon le pays
2.1 Des changements importants en l'espace de deux décennies
2.2 Convergences et divergences dans les évolutions du contenu législatif
3 Le rôle du droit pénal et des principes juridiques mobilisés
3.1 Criminalisation *versus* décriminalisation et pluralisme
3.2 La liberté individuelle et les autres droits humains
3.3 Le besoin de sécurité juridique
3.4 Décriminalisation/dépénalisation et langage
3.5 La valeur symbolique du droit pénal
4 Le rôle des rapports de force électoraux et des stratégies des partis

4.1 Des majorités politiques innovantes
4.2 Des stratégies basées sur l'initiative parlementaire
4.3 Un réformisme radical ou modéré selon les cas
5 Observations comparatives finales et pistes de réflexion

GLOSSAIRE

Cette section contient – en ordre alphabétique – les principales définitions juridiques et médicales relatives à la fin de vie. Elle a l'ambition de fournir un instrument utile, non pas d'être exhaustive.

« Acharnement thérapeutique » ou « obstination déraisonnable » : le fait de pratiquer ou d'entreprendre des actes ou des traitements médicaux alors qu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

« Arrêt de(s) traitement(s) » : la limitation ou l'abstention des traitements actifs ou des traitements de réanimation, l'arrêt des dispositifs de survie artificielle ou de suppléance vitale ou l'arrêt des traitements curatifs ou de confort.

« Assistance médicale au suicide » ou « suicide médicalement assisté » : l'acte de fournir un environnement et des moyens nécessaires à une personne pour qu'elle se suicide avec l'assistance d'un médecin. Dans ce cas, c'est le « patient » lui-même qui déclenche sa mort et non pas un tiers.

« Déclaration anticipée », « directives anticipées », « testament de vie » ou « testament biologique » : volonté ou souhait que le patient peut consigner par écrit pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté.

« Décriminalisation » : le processus tendant non seulement à la suppression de l'application de toute sanction pénale à l'égard d'un comportement déterminé, mais encore à la suppression de son statut même de « crime » (au sens large), c'est-à-dire d'infraction pénale[1].

[1] M. van de Kerchove, *Le droit sans peines. Aspects de la dépénalisation en Belgique et aux États-Unis*, Bruxelles, Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis, 1987, p. 311.

« Dépénalisation » : le processus générique tendant à réduire l'application de sanctions pénales à l'égard d'un comportement déterminé, cette réduction pouvant aboutir à leur suppression pure et simple[2].

« Double effet » : l'administration d'analgésiques à des doses élevées (avec le but/effet de soulager la douleur) qui accélèrent éventuellement le décès (effet non recherché). Ainsi, l'argument du « double effet » signifie que l'un des effets est bon et voulu, et l'autre est prévu mais pas voulu.

« Euthanasie » : l'acte, pratiqué par un tiers (normalement un médecin), qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

« Légalisation » : la suppression de toute interdiction juridique en ce qui concerne l'accomplissement d'un comportement déterminé et la reconnaissance d'une « permission » de l'accomplir[3].

« Objectif » (adj.) : dont la réalité s'impose à l'esprit indépendamment de toute interprétation[4].

« Réglementation » : la reconnaissance d'un droit à l'accomplissement d'un comportement, mais dont l'exercice est assorti de conditions plus ou moins restrictives[5].

« Sédation profonde et continue » ou « sédation terminale » : sédation palliative provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie (et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie).

« Soins palliatifs » : soins prodigués à la personne en fin de vie pour lui soulager ses douleurs, préserver sa dignité humaine et maintenir une certaine qualité de vie.

---

2 *Ibid.*, p. 311.
3 *Ibid.*, p. 313.
4 Dictionnaire Larousse.
5 M. van de Kerchove, *Le droit sans peines. Aspects de la dépénalisation en Belgique et aux États-Unis, op. cit.*, p. 314.

« Subjectif » : qui relève du sujet défini comme être pensant, comme conscience individuelle, par opposition à objectif[6].

[6] Dictionnaire Larousse.

ACRONYMES DES PARTIS POLITIQUES

Cette section contient l'explication des acronymes et l'indication de la qualification, voire de l'appartenance philosophique des partis politiques belges, français et italiens au temps des faits traités, divisés par pays et en ordre alphabétique.

Belgique :

AGALEV: Anders Gaan Leven – écologiste

CD&V : Christen-Democratisch en Vlaams – social-chrétien.

CVP : Christelijke Volkspartij – social-chrétien[7].

ECOLO : Écologiste.

PRL : Parti Réformateur Libéral– libéral.

FDF : Front Démocratique des Francophones – régionaliste francophone.

MCC: Mouvement des Citoyens pour le Changement – démocrate-chrétien.

MR[8] : Mouvement Réformateur – libéral.

PS : Parti Socialiste – socialiste.

PSC : Parti Social-Chrétien.

ROSSEM : libertarien.

SP : Socialistische Partij – socialiste.

SP.A[9] : Socialistische Partij Anders – socialiste.

VL.BLOK : Vlaams Blok – indépendantiste flamand.

VLD : Vlaamse Liberalen en Democraten – libéral.

VU : Volksunie – nationaliste flamand.

VU-ID : Volksunie-ID21 – nationaliste flamand.

France :

EELV[10] : Europe Écologie Les Verts – écologiste.

FdG : Front de Gauche – socialiste radical.

---

7 En 2001, le CVP devient CD&V.

8 Le MR est issu de la fusion entre PRL, PFF, FDF et MCC.

9 En 2001, le SP devient SP.A.

10 En 2010, « Les Verts » deviennent « EELV ».

FN : Front National – nationaliste.

Les Verts – écologiste.

LR : Les Républicains[11] – conservateur.

PCF : Parti Communiste français – communiste.

PRG : Parti Radical de Gauche – socialiste radical.

UMP : Union pour un Mouvement Populaire – conservateur.

Italie[12] :

AN : Alliance Nationale – nationaliste.

DS : Démocrates de Gauche – social-démocrate.

FI : Force Italie – libéral-conservateur.

FdI : Frères d'Italie – nationaliste.

La Margherita : La Marguerite – catholique progressiste.

LN (ou LNP) : Ligue du Nord (ou Ligue du Nord Padanie) – régionaliste.

MDP : Mouvement démocratique et progressiste – socialiste.

M5S : Mouvement Cinq Etoiles – antisystème.

NCD : Nouveau centre démocratique – catholique conservateur.

PD : Parti Démocrate – social-démocrate.

PDL : Peuple des Libertés – libéral-conservateur.

PDS : Parti Démocrate de Gauche – social-démocrate.

PLI[13]: Parti Libéral Italien – libéral.

PR[14] : Parti Radical italien – libertarien.

RC/PRC : Parti de la Refondation Communiste – socialiste radical.

SI : Gauche Italienne – socialiste radical.

SEL : Gauche Écologie Liberté – socialiste, écologiste et libertarien.

UDC : Union Démocrates de Centre – catholique conservateur.

---

11 En 2015, l'UMP devient Les Républicains.

12 Au Parlement italien, souvent les noms des groupes politiques ne correspondent pas (ou pas totalement) aux noms des partis politiques les composant. De plus, fréquemment les groupes parlementaires se décomposent et recomposent pendant la même législature. C'est pour cette raison que nous indiquons ici les partis et non pas les groupes parlementaires, qui ne sont indiqués qu'en note en bas de page dans les chapitres pertinents.

13 Le parti est dissous en 1994.

14 Le parti nait d'une scission du PLI (*supra*) en 1955.

Verdi : Verts – écologiste.

INTRODUCTION

La question de l'euthanasie[1] figure parmi les problématiques les plus sensibles au plan éthique. Nous irons jusqu'à dire qu'elle est la question la plus sensible en raison de ses effets extrêmes et irréversibles sur la vie de la personne. De ce fait, le degré d'acceptation de l'euthanasie par la société est révélateur du degré d'acceptation du droit de disposer de son corps et de sa vie, en tension avec le principe de la protection de la vie. Comme l'observe Tanguy Chatel, « cristallisant par nature les idéologies et les croyances, les terreurs, les fantasmes et les projections, la question de la mort est revenue sur le devant de la scène en faisant aujourd'hui l'objet de toutes les passions et des plus vifs combats »[2].

Puisque ce thème soulève de multiples interrogations à caractère éthique, social et culturel, il se prête ainsi volontiers à des réflexions relatives à la manière dont les pouvoirs publics le disciplinent par la régulation juridique, notamment du point de vue législatif. Le concept de « régulation juridique » est relativement flou et polysémique : nous l'entendrons ici au sens classique qui indique les normes du droit en vigueur, ensemble avec les dynamiques de la production du droit[3]. Par l'expression « pouvoirs publics », nous nous référons, comme le fait Olivier Corten[4], à l'ensemble des institutions constitutionnelles[5], adoptant ainsi une perspective institutionnaliste du pouvoir que nous préférons à la perspective substantialiste ou à la perspective interactionniste[6]. Ainsi, la perspective ici adoptée « s'étend à l'analyse des processus d'élaboration et d'application des règles

---

1 Comme nous l'avons vu dans le glossaire (*supra*), on entend pour « euthanasie » l'acte, pratiqué par un tiers (normalement un médecin), qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

2 T. Chatel, « La mort moderne : 'tabous' et représentations », *Cités*, vol. 66, no. 2, 2016, p. 48.

3 Pour un examen des différentes acceptions, *cf.* entre autres J. Chevalier, « La régulation juridique en question », *Droit et Société*, 49-2001, p. 830 et s.

4 O. Corten, « Éléments de définition pour une sociologie politique du droit », *Droit et société*, n°39, 1998, p. 356.

5 Par « institutions constitutionnelles » nous pensons ici à toutes les institutions prévues par la Constitution, donc notamment les institutions qui expriment les pouvoirs législatif, exécutif et judiciaire.

6 La perspective substantialiste s'intéresse aux sujets « ayant » le pouvoir, la perspective interactionniste s'intéresse à la mobilisation des ressources pour obtenir un certain résultat. O. Corten, « Éléments de définition pour une sociologie politique du droit », *op. cit.*, p. 356.

juridiques, au cours desquels les rapports de pouvoir sont particulièrement importants »[7]. Le processus législatif retiendra donc toute notre attention[8].

Quant à l'actualité de la thématique, en Europe, le cadre a évolué de manière diversifiée mais importante pendant les deux dernières décennies. Certains pays européens ont adopté des lois en matière d'euthanasie (notamment les Pays-Bas et le Grand-Duché du Luxembourg, en plus de la Belgique). Ceux-ci vont s'ajouter à la Suisse, pays qui autorise depuis longtemps (sous certaines conditions) le suicide assisté[9]. Ainsi, les promulgations d'une loi sur l'euthanasie en Belgique (loi de 2002, amendée en 2014), d'une part, et d'une loi sur la fin de vie en France (loi de 2016, après une première loi en 2005) et en Italie (loi de décembre 2017), de l'autre, ont attiré notre attention et confirmé l'intérêt du choix du sujet (et des pays[10]). Par ailleurs, la bataille législative et judiciaire continue de sévir en Italie, qui a vu récemment un conflit de pouvoirs se dérouler au plus haut niveau institutionnel – entre la Cour Constitutionnelle et le Parlement – concernant la dépénalisation de l'assistance médicalisée au suicide[11]. Ce qui nous confirme, si besoin était, l'actualité de la thématique de la régulation juridique de la fin de vie.

1. L'objet : la régulation juridique de la fin de vie

7 *Ibid.*, p. 357. O. Corten y précise que « la notion de pouvoir apparait ainsi plus opérationnelle que la notion d'État, qu'elle recouvre et élargit de manière à pouvoir régir tout groupe organisé de manière stable. On pense en premier lieu aux partis, aux syndicats, aux groupes de pression et à leur rôle dans la prise de décision ».

8 *Cf.* infra, § 2B.

9 En effet, si en Suisse, et depuis longtemps déjà, l'assistance au suicide n'est pas punissable pour autant qu'elle ne répond pas à un mobile égoïste (grâce à une interprétation *a contrario* de l'art. 115 du code pénal) alors que l'euthanasie reste punissable, les Pays Bas, par l'adoption de la loi du 12 avril 2001 (Loi relative au contrôle de l'interruption de vie sur demande et de l'aide au suicide), ont concrétisé plus récemment en une législation une pratique sur l'euthanasie et le suicide assisté qui était bien ancienne et était, par ailleurs, déjà partiellement reconnue dans une règlementation depuis les années 90 (M.-L. Delfosse, « Vers la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (II). Une approche des débats parlementaires et de leurs prolongements », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2019/24 n° 2429-2430, p. 20). Le Grand-Duché du Luxembourg, pour sa part, a adopté une législation dépénalisant l'euthanasie et le suicide assisté le 16 mars 2009 (ce qui a amené le Benelux à être la seule macro-région européenne où l'euthanasie est formellement dépénalisée par la loi). Le Premier Ministre luxembourgeois, Jean-Claude Juncker, avait informé la presse, déjà le 10 janvier 2003, que le gouvernement allait élaborer un projet de loi sur l'encadrement en fin de vie à la suite d'un mandat émanant de la Commission Éthique de la Chambre des députés.

10 *Cf. infra*, § 1A.

11 *Cf. infra*, § 3.4.

L’objet de la présente recherche porte sur l’étude des législations de trois pays européens, la Belgique, la France et l’Italie, relatives principalement à l’euthanasie, mais aussi au suicide assisté et plus largement à la fin de vie.

La signification du mot « euthanasie » a beaucoup évolué dans l’histoire. Elle est passée de « bonne mort ou mort douce et sans souffrance »[12] à « mort provoquée pour épargner au malade des souffrances physiques ou psychiques insoutenables »[13]. Une définition non controversée de l’euthanasie n’est toutefois pas simple à expliciter aujourd’hui, notamment dans un contexte comparatif comme le nôtre. En effet, dans les pays où une législation existe déjà, comme en Belgique, la tâche est allégée par une référence au texte de loi. Dans les pays où une législation spécifique n’existe pas, comme en France et en Italie, la définition même de l’euthanasie fait l’objet d’âpres débats.

Nous n’aspirons pas ici à essayer de synthétiser en une seule formule ce débat aux multiples facettes, juridiques, philosophiques, éthiques, culturelles, religieuses, scientifiques et médicales. Nous prendrons dès lors comme référence la définition belge, seule référence législative précise en l’état, parmi les ordres juridiques des trois pays étudiés dans cette recherche. La loi belge définit l’euthanasie comme « l'acte, pratiqué par un tiers (*généralement un médecin*), qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci »[14].

Les normes ou pratiques concernant le suicide (médicalement) assisté ou l’aide (médicale) au suicide seront aussi prises en compte, considérant que dans ce cas, la seule différence, avec l’euthanasie, réside en l’acteur mettant en œuvre le geste létal. Dans le cas du suicide assisté, cet acteur est la personne elle-même dès lors que le suicide assisté est généralement défini comme l'acte de fournir un environnement et des moyens nécessaires à une personne pour qu'elle se suicide avec l’assistance d’un médecin. Dans ce cas, c'est le patient lui-même qui déclenche sa mort et non pas un tiers. Les deux actes sont majoritairement assimilés dans le débat politique et social, ainsi que dans l’interprétation de

12 Dictionnaire Littré.
13 Dictionnaire Petit Larousse.
14 Ceci ne nous empêchera bien évidemment pas de prendre en compte d’autres définitions issues des débats nationaux en France et en Italie.

la législation en Belgique[15]. La différence juridique et formelle ne devrait toutefois pas être sous-estimée.

Au plan subjectif, trois modes d'expression de la volonté du patient peuvent être associés à l'acte euthanasique :

1. l'acte est effectué sur un patient qui le veut, à sa demande (acte volontaire);
2. l'acte est effectué sur un patient qui est hors d'état d'exprimer sa volonté et n'a pas exprimé sa volonté auparavant (acte involontaire[16]);
3. l'acte est effectué sur un patient qui ne le veut pas (acte non volontaire[17]).

Nous adopterons une approche ouverte et fonctionnelle qui, s'adaptant à notre objet d'étude de manière pragmatique et par opposition à l'approche formaliste, privilégiera les actes mettant fin intentionnellement (donc les actes volontaires) à la vie d'une personne par l'injection d'une substance mortelle (« euthanasie »), tout en nous permettant en même temps d'examiner les différentes formes et possibilités d'intervention médicale en fin de vie : la prise en compte d'autres formes d'intervention (en plus du suicide assisté, aussi l'arrêt de traitement[18] ou la sédation terminale[19]) sera utile afin de mettre l'emphase sur les évolutions des législations des trois pays vers la reconnaissance d'un droit à une fin de vie digne[20]. Sont donc visés ici non seulement l'euthanasie et le suicide assisté mais plus largement le respect du principe de l'autonomie personnelle et du droit individuel de disposer de son corps et de sa vie.

---

15 *Cf. infra*, § 1.1.1.

16 On pense ici aux cas où le médecin ou la famille prennent une décision à la place du patient.

17 Dans ce cas, il s'agit bien évidemment d'un acte criminel.

18 Comme nous l'avons vu dans le glossaire (*supra*), l'arrêt de traitement est la limitation ou l'abstention des traitements actifs ou des traitements de réanimation, l'arrêt des dispositifs de survie artificielle ou de suppléance vitale ou l'arrêt des traitements curatifs ou de confort.

19 *Ibid.* : la sédation profonde et continue ou sédation terminale est la sédation palliative provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie (et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie).

20 Dans ce cadre, il pourra nous arriver d'avoir recours aux définitions – controversées – d'« euthanasie passive » (débrancher un appareil dont l'arrêt provoque la mort, limiter un traitement ou l'usage d'une machine, ou prescrire un traitement antidouleur dont la nécessaire escalade induit la mort) et « euthanasie active » (administration d'une substance toxique pour provoquer délibérément la mort, acte auquel nous pouvons rattacher l'assistance au suicide) seulement lorsque ce choix terminologique est retenu dans le débat d'un pays. Le cas échéant, cela répondra donc uniquement à des critères pragmatiques et n'impliquera aucun cautionnement d'une terminologie que nous considérons non appropriée.

Il y a lieu de souligner aussi que notre étude vise à faire émerger le poids, le rôle et la reconnaissance du droit à l'auto-détermination et de la liberté à disposer de son propre corps. Or, il n'échappe à personne, dans ce contexte, que les actes involontaires et non volontaires ne peuvent avoir la même pertinence que celle des actes strictement volontaires : en effet, on ne perçoit guère de libre disposition ou d'auto-détermination dans un acte imposé par un tiers, contre ou en l'absence d'une manifestation de volonté de l'intéressé. Nous allons donc nous concentrer sur les normes concernant les actes volontaires et passerons rapidement sur les autres normes.

Nous observerons en outre l'évolution des législations concernant les modes d'expression juridiquement valables de la volonté du patient, notamment par le truchement du testament biologique ou du testament de vie, puisque cet aspect est sans aucun doute interconnecté aux choix effectués en fin de vie et à la possibilité de s'autodéterminer.

A. Les « droits malheureux » comme limite à l'intervention pénale ?

Tout au long de notre travail, nous garderons à l'esprit que l'objet de notre étude n'est pas simplement « le droit » ou « les droits de la personne », mais bien le droit applicable et les droits des personnes qui se trouvent dans une condition de souffrance spécifique, soit dans une condition différente de celle des autres sujets de droit. C'est ce que Massimo Donini appelle « la nécessité de droits malheureux »[21], soit les droits fondamentaux de la personne malade. Or, que ces droits s'appliquent à une personne se trouvant en stade terminal ou à une personne dépendant d'un appareil ou d'un traitement médical pour sa survie, on se trouve dans un contexte spécifique qui change significativement la donne. Ainsi, le législateur peut être mené, dans le recours à ce type de droits, à adopter une approche différente par rapport aux malades, indépendamment de sa position philosophique habituelle vis-à-vis des droits et libertés d'autodétermination de la personne.

[21] M. Donini, « La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale », *Riv. it. med. leg.*, 2016, vol. 38, II, p. 555-81.

C’est ce qu’illustre le législateur belge qui (à l’instar du législateur hollandais, par ailleurs) a choisi de limiter la possibilité de demander une euthanasie à la personne qui non seulement en exprime la demande (élément subjectif) mais qui, en outre, se trouve dans une situation médicale sans issue imposant au patient une souffrance insupportable (élément objectif)[22].

B. Le choix des trois pays

Nous avons choisi de centrer nos recherches sur l’examen du droit positif de trois pays : la Belgique, la France et l’Italie. Ce choix s’explique par différents facteurs. Tout d’abord, la tradition catholique commune à ces pays. Les pays de culture catholique apparaissent, en effet, plus intéressants par rapport aux autres au regard de notre objet d’étude car c’est là que des questions de laïcité ont donné lieu, et donnent encore lieu aujourd’hui, à de forts enjeux sociétaux[23].

Ensuite, le deuxième facteur expliquant notre choix est constitué par les différents degrés de laïcisation des trois sociétés qui – toutes – sont « laïques » mais chacune de manière différente (approche nuancée de la laïcité). En effet, la Belgique se pose comme un espace de pluralisme idéologique et philosophique : les autorités publiques interviennent de manière positive pour soutenir les diverses tendances philosophiques et religieuses qu’elles reconnaissent comme représentatives dans leurs activités considérées comme d'utilité publique, en veillant à ce qu'aucune d'entre elles n'acquière une position dominante qui pourrait nuire aux droits et libertés des autres[24]. La Constitution française, en revanche, proclame que « la France est une république indivisible, laïque, démocratique et sociale »[25]. La laïcité, telle que développée dans ce pays, prend acte de la diversité des citoyens et met l’État en position de respecter cette diversité en s’abstenant de privilégier une conviction[26].

---

[22] F. Judo, « La législation sur l’euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique : un train peut en cacher un autre », *Laennec*, 2013/2 Tome 61, p. 72.

[23] A. Dierkens (éd. par -), *Pluralisme religieux et laïcités dans l'Union européenne*, Problèmes d’histoire des religions, Tome 5/1994, Éditions de l'Université de Bruxelles, CIERL, 2006, p. 7.

[24] Ces aspects seront développés largement *infra*, dans les conclusions générales (voir notamment le § 1.1).

[25] Art. 1, Constitution de 1958 modifiée par la loi constitutionnelle n° 2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la Ve République.

[26] *Cf.* V. de Coorebyter, « Laïcité : la mauvaise réputation », *Les @nalyses du CRISP en ligne*, 3 mars

La tonalité dominante du concept juridique de laïcité en France est donc celle d'une neutralité des collectivités publiques face à la pluralité des courants philosophiques et religieux. Il s'agit d'une conception fondamentalement « moniste » de l'ordre juridique et politique, où la Nation est réputée « une et indivisible », recherchant avant tout l'unité du corps social et politique[27]. L'Italie, quant à elle, se pose comme un modèle de « pacte social » : lors de l'élection de l'Assemblée Constituante chargée d'écrire la première Constitution républicaine (1946), les deux composantes principales de la représentation politique étaient le parti catholique[28] et le bloc socialiste[29]. Il en est résulté un texte constitutionnel exprimant un véritable « pacte social » entre ces deux tendances (le courant de pensée libéral étant resté élitaire et n'ayant jamais trouvé d'importante expression parlementaire). Aujourd'hui l'État italien se dit « laïc » tout en attribuant un rôle privilégié à l'Église catholique. Le débat social et politique demeure, quant à lui, fortement influencé par le Vatican[30].

Enfin, le troisième facteur pris en compte est la relative diversité des législations en matière d'euthanasie et de fin de vie que ces pays proposent. Au moment où nous avons commencé notre recherche, en novembre 2013, l'état du droit positif dans les trois pays pouvait, dans ses grandes lignes, se résumer comme suit[31] : la Belgique avait décriminalisé l'euthanasie et, par analogie, le suicide assisté, en 2002[32], et des débats étaient en cours afin d'étendre cette législation aux mineurs. La France s'était dotée en 2005 d'une loi sur les droits du patient[33] qui permettait l'arrêt des traitements[34], la rédaction de directives

2017, p. 2.

27 Voir *infra*, dans les conclusions générales (§ 1.2).

28 Democrazia Cristiana : démocratie chrétienne.

29 Partito Comunista : parti communiste, toutefois promouvant des politiques socialistes / sociale-démocrates.

30 Voir *infra*, conclusions générales (§ 1.3).

31 Dans la Partie I, *infra*, nous analyserons dans les détails chacune des lois en vigueur.

32 Loi relative à l'euthanasie, 28 mai 2002, *M.B.* du 22 juin2002, p. 28515-20.

33 Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, *JORF* du 23 avril 2005, p. 7089.

34 Comme nous l'avons vu dans le glossaire (*supra*), l'arrêt des traitements est la limitation ou l'abstention des traitements actifs ou des traitements de réanimation, l'arrêt des dispositifs de survie artificielle ou de suppléance vitale ou l'arrêt des traitements curatifs ou de confort.

anticipées[35] et le recours aux soins palliatifs[36], mais pas l'euthanasie, ni le suicide médicalement assisté. L'Italie, enfin, ne s'était dotée d'aucune législation spécifique, l'arrêt des soins étant implicitement autorisé par la Constitution mais faisant l'objet de nombreuses affaires judiciaires, tandis que l'euthanasie et le suicide assisté étaient interdits pénalement. Ainsi, à cette époque, la situation dans les trois pays pouvait globalement s'analyser comme exprimant trois niveaux différents de l'évolution des droits et libertés en fin de vie. Là où la Belgique offrait aux patients (majeurs) la possibilité de choisir différentes options en fin de vie, jusqu'au « droit de mourir » (euthanasie), la France permettait de se « laisser mourir » par le biais de l'arrêt de traitement et l'Italie ne permettait globalement aucun choix en fin de vie.

Au cours de nos recherches, la situation a évolué de manière sensible, et ce, dans les trois pays. Ainsi, en 2014, la Belgique a finalisé l'extension de la législation sur l'euthanasie aux mineurs[37]. En 2016, la France a adopté une nouvelle loi renforçant les droits du patient en fin de vie[38], en rendant notamment contraignantes les directives anticipées et en établissant dans la loi le droit à recevoir une « sédation profonde et continue » jusqu'à la mort. En décembre 2017, l'Italie s'est dotée d'une législation[39] qui ressemble grandement à la loi française de 2016. Suite à ces changements législatifs, on peut constater que la Belgique s'est confirmée avant-gardiste dans ce domaine, tandis que l'Italie a opéré un véritable bond en avant qui lui a permis de réglementer d'un coup sur le plan législatif, non seulement l'arrêt de traitement, mais également les directives anticipées et la sédation terminale.

Le cadre de l'évolution des droits et libertés en fin de vie a donc changé depuis le début de nos recherches : nous nous retrouvons à ce jour avec un pays à la pointe (la

35 *Ibid. :* les déclaration anticipée ou directives anticipées ou testament de vie ou testament biologique expriment la volonté ou le souhait que le patient peut consigner par écrit pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté.

36 *Ibid. :* les soins palliatifs sont les soins prodigués à la personne en fin de vie pour lui soulager ses douleurs, préserver sa dignité humaine et maintenir une certaine qualité de vie.

37 Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs, 28 février 2014, *M.B.* du 12 mars 2014, entrée en vigueur le 22 mars 2014.

38 Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, *JORF* n° 0028 du 3 février 2016.

39 Legge 22 dicembre 2017 n. 219, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, *G.U.* Serie Generale, n. 12 del 16 gennaio 2018.

Belgique), et deux autres pays qui, pour différents qu'ils soient dans leur conception de la laïcité de l'État, se trouvent dans une situation similaire du point de vue du droit positif, ayant tous deux fait des progrès substantiels vers les droits et libertés, notamment à l'autodétermination et au droit de disposer de son corps.

Ces évolutions nous interpellent davantage, quant aux raisons tant de ces différences que de ces (nouvelles) similitudes. C'est ce constat d'évolution qui nous pousse à placer les raisons d'une telle progression au centre de notre recherche et qui justifie le choix d'ouvrir notre questionnement à une dimension sociologique.

C. Le contexte européen

Comme nous venons de le constater, le contexte européen a pu nous donner des occasions de réflexion. Par ailleurs, comme nous le verrons lors de l'analyse des débats parlementaires [40], l'expérience de certains pays européens a favorisé des influences transnationales souvent fertiles. Toutefois, nous n'examinerons pas en profondeur le niveau européen parce que, premièrement, notre recherche n'a pas l'ambition d'être une thèse en droit européen et que, deuxièmement, notre objet d'étude demeure encore aujourd'hui du ressort de la compétence essentiellement nationale sur le plan législatif. Nous nous bornerons ainsi, pour ce qui est du niveau européen, à évoquer en passant les signaux politiques et jurisprudentiels pertinents et les questions liées aux droits de l'homme.

Nous avons en Europe deux grandes organisations supranationales : le Conseil de l'Europe et l'Union Européenne. Les deux organisations ont, parmi leurs buts principaux, la défense des droits fondamentaux. Toutefois, du point de vue législatif, aucune des deux organisations n'a produit de texte concernant *stricto sensu* l'euthanasie ou la fin de vie. Cependant, nous rencontrons des dispositions (plus ou moins contraignantes selon les cas) qui s'approchent du sujet de notre étude et qui sont souvent mentionnées comme référence ou même comme base juridique dans les législations nationales respectives[41].

---

40 *Cf. infra*, Partie II.

41 C'est par exemple le cas de la législation italienne (art. 1 de la loi de 2017, *cf.* annexe IV).

Au niveau de l'Union Européenne, si les Traités de 1957 ne prévoyaient pas explicitement la protection des droits humains, dès 1974, la Cour de Justice a affirmé que les droits fondamentaux font partie des principes généraux du droit qu'elle se devait de sauvegarder et qu'elle s'inspirerait, pour ce faire, des traditions constitutionnelles communes aux États membres. Parmi les droits fondamentaux individuels les plus importants reconnus à ce jour par la Cour, on trouve le droit à la dignité humaine, qui a été notamment reconnu en premier par l'arrêt Casagrande du 3 juillet 1974[42]. Par ailleurs, la Cour de Justice a confirmé que le droit à la dignité humaine constitue un principe général du droit[43] et dans une autre affaire, la Cour a non seulement confirmé que le droit fondamental à la dignité humaine fait partie du droit de l'Union mais a aussi affirmé le droit à l'intégrité de la personne[44], en soulignant que ce dernier comprend, dans le cadre de la médecine et de la biologie, le consentement libre et éclairé du donneur et du receveur. Elle a donc reconnu « le droit des personnes à disposer d'elles-mêmes par un consentement éclairé »[45]. Toutefois, la Cour ne s'est jamais exprimée sur le droit à la vie (ou à la mort).

Par ailleurs, la Charte des droits fondamentaux proclamée à Nice en décembre 2000 constitue le premier catalogue écrit de droits au niveau européen. Même si ce texte ne contient pas de normes régissant expressément l'euthanasie, il contient toutefois trois dispositions pertinentes dans son Chapitre I sous l'intitulé « Dignité ». L'Article 1 (dignité humaine), selon lequel « la dignité humaine est inviolable » et « doit être respectée et protégée ». L'Article 2 (droit à la vie), aux termes duquel « toute personne a droit à la vie. Nul ne peut être condamné à la peine de mort, ni exécuté »[46]. L'Article 3 (droit à l'intégrité de la personne) qui est ainsi libellé : « Toute personne a droit à son intégrité physique et mentale. Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doivent notamment être respectés : a) le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par

---

42 C.J.C.E., arrêt du 3 juillet 1974, Donato Casagrande c. Landeshauptstadt München, C-9/74.

43 C.J.C.E., arrêt du 14 octobre 2004, Omega Spielhallen- und Automatenaufstellungs-GmbH c. Oberbürgermeisterin der Bundesstadt Bonn, C-36/02.

44 C.J.C.E., arrêt du 9 octobre 2001, Pays-Bas c. Parlement européen et Conseil, C-377/98.

45 *Cf.* § 80.

46 Les explications relatives à la Charte, établies sous l'autorité du Praesidium de la Convention qui a élaboré la Charte et mises à jour sous la responsabilité du Praesidium de la Convention européenne qui a élaboré le projet de Traité constitutionnel, peuvent nous venir en aide afin de mieux éclairer la portée de ses dispositions. Celles concernant l'art. 2 explicitent le renvoi général à la Convention européenne des droits de l'homme, ce qui implique aussi un renvoi à sa jurisprudence.

la loi, b) l'interdiction des pratiques eugéniques, notamment celles qui ont pour but la sélection des personnes, c) l'interdiction de faire du corps humain et de ses parties, en tant que tels, une source de profit, d) l'interdiction du clonage reproductif des êtres humains »[47]. En conclusion, les textes fondamentaux de l'Union européenne et la jurisprudence de la Cour de Justice, tout en ayant touché de près aux questions de notre intérêt, n'ont jamais véritablement traité ni de l'euthanasie ni du droit de mourir.

Le Conseil de l'Europe exprime son pouvoir normatif au travers de conventions internationales sur nombre de sujets, parmi lesquels figurent au premier plan les droits de l'homme. Le premier traité élaboré par le Conseil a été la *Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales*, ouverte à la signature à Rome le 4 novembre 1950. Le premier droit énoncé par la Convention est le droit à la vie (article 2). Cet article débute par une affirmation solennelle : « le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi ». Cette disposition nous interpelle. Le concept de « droit à la vie » et l'interdiction « d'infliger la mort intentionnellement » se prêtent à des interprétations très différentes concernant notamment la possibilité de pratiquer l'euthanasie. Par ailleurs, l'article 3 prescrit que « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». Pourrait-on considérer l'acharnement thérapeutique[48], ou encore le maintien en vie en des conditions indignes, comme un traitement dégradant ?

Nous n'examinerons pas ici dans les détails la jurisprudence de la Cour de Strasbourg, car malheureusement elle n'a pas répondu à nos questionnements : lors de tous les arrêts pertinents par rapport au sujet de notre recherche (nous pensons notamment aux célèbres affaires *Sanles Sanles c. l'Espagne*[49], *Pretty c. Royaume-Uni*[50] ou *Lambert et autres*

---

47 Concernant l'art. 3, dans les explications nous constatons aussi un renvoi mais cette fois au Conseil de l'Europe et à sa Convention d'Oviedo (*cf. infra*).

48 Comme nous l'avons vu dans le glossaire (*supra*), l'acharnement thérapeutique (ou obstination déraisonnable) est le fait de pratiquer ou d'entreprendre des actes ou des traitements médicaux alors qu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

49 Cour eur. D. H., 48335/99, *Sanles Sanles c. l'Espagne*, déc. 26 octobre 2000. Dans cette affaire, la Cour, par une décision d'irrecevabilité *ratione personae*, évite de se prononcer au fond.

50 Cour eur. D. H., 2346/02, *Pretty c. Royaume-Uni*, arrêt 29 avril 2002.

c. France[51]), la Cour a montré « une attitude particulièrement déférente envers les autorités de l'État intéressé, considérant que, en l'absence d'un consensus européen en la matière, les États jouissent d'une ample marge d'appréciation dans la mise en équilibre des intérêts, individuels et collectifs, concurrents »[52]. Notamment dans la deuxième affaire, la Cour (qui rejette à l'unanimité tous les griefs soulevés) affirme tout d'abord que l'article 2 ne saurait être interprété comme conférant un droit à mourir, diamétralement opposé au droit à la vie, et qu'il ne saurait davantage donner à tout individu « le droit de choisir la mort plutôt que la vie »[53]. La Cour prend d'ailleurs acte du fait que la recherche de l'équilibre entre la liberté individuelle de se faire du mal – ou de se faire faire du mal par autrui – et l'intérêt public, donne des résultats différents dans chaque État ; ensuite elle précise que, « même si l'on devait juger non contraire à l'article 2 de la Convention la situation prévalant dans un pays donné qui autoriserait le suicide assisté, cela ne serait d'aucun secours pour la requérante en l'espèce, où n'a pas été établie la justesse de la thèse très différente selon laquelle le Royaume-Uni méconnaîtrait ses obligations découlant de l'article 2 de la Convention s'il n'autorisait pas le suicide assisté »[54]. En d'autres mots, la Cour statue formellement que l'article 2 ne peut être compris dans le sens de prescrire ni l'interdiction absolue ni l'obligation d'admettre le suicide assisté dans le chef des États Membres du Conseil de l'Europe : suivant la jurisprudence produite jusqu'à présent, on peut affirmer que chaque pays peut, mais n'est pas obligé, d'autoriser dans son droit interne le suicide assisté.

Même si cette attitude définie « déférente » a été critiquée (non seulement en doctrine mais aussi par certains juges ayant déposé des opinions dissidentes), il s'agit en fait d'une « procéduralisation »[55] des décisions de la Cour, qui laisse une large marge d'appréciation aux États et renonce dans les faits à un examen au fond dans cette matière[56]. Pour cette raison, nous mentionnerons les arrêts pertinents de la Cour de Strasbourg

---

51 Cour eur. D. H., 46043/14 (gde ch.), *Lambert et autres c. France*, arrêt 5 juin 2015. Cette affaire sera traitée dans le chapitre concernant l'élaboration de la loi française (Partie II, § 2.4).

52 E. Carpanelli, « Di corti e comitati… L'epilogo del "caso Lambert" nella prospettiva del diritto internazionale dei diritti umani », in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 3/2019, p. 14.

53 Cour eur. D. H., 2346/02, *Pretty c. Royaume-Uni*, précité, § 39.

54 Cour eur. D. H., 2346/02, *Pretty c. Royaume-Uni*, précité, § 41.

55 E. Carpanelli, « Di corti e comitati… L'epilogo del "caso Lambert" nella prospettiva del diritto internazionale dei diritti umani », *op. cit.*, p. 15.

56 *Ibid.*, p. 15.

seulement dans les chapitres relatifs au processus législatif national où ces arrêts ont eu un impact direct[57].

À côté de la Convention des droits de l'homme, dans le domaine qui nous occupe nous trouvons la *Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard de l'application de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine* (dite aussi « Convention d'Oviedo »), ouverte à la signature le 4 avril 1997[58]. Par ses articles 5, 6, 7, 8 et 9, la Convention consacre le principe selon lequel la personne concernée doit donner son consentement libre et éclairé préalablement à toute intervention dans le domaine de la santé, sauf dans les situations d'urgence, et qu'elle peut à tout moment retirer son consentement. Une intervention ne peut être effectuée sur une personne n'ayant pas la capacité d'y consentir (par exemple sur un enfant ou sur une personne souffrant d'un trouble mental) que pour son bénéfice direct. Les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par une personne qui n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte (article 9). Ainsi, aucune disposition de ce texte ne vise le sujet de l'euthanasie ou du droit de mourir ; toutefois certaines de ses dispositions relèvent sans aucun doute de la fin de vie.

2. Un cadre d'interprétation interdisciplinaire

Une fois précisé l'objet de notre recherche, nous souhaitons expliquer notre approche et le cadre de nos travaux. En effet, nous sommes convaincus que l'originalité de notre recherche réside premièrement dans l'angle d'approche de l'analyse et dans le fait

---

57 Ce sera le cas notamment pour l'affaire *Lambert et autres c. France*, *cf. infra*, Partie II, § 2.4.

58 Ce traité est le premier instrument juridique international contraignant en ce qui concerne la protection de la dignité, des droits et des libertés de l'être humain contre toute application abusive des progrès biologiques et médicaux. Il part de l'idée selon laquelle l'intérêt de l'être humain doit prévaloir sur celui de la science ou de la société (art. 2) et énonce une série de principes et d'interdictions concernant entre autres la génétique, la recherche médicale, le consentement de la personne concernée, le droit au respect de la vie privée et le droit à l'information. Malgré le fait qu'à l'origine de ce traité on trouve la volonté d'intensifier « l'effort d'harmonisation » (*cf.* rapport explicatif – STE 164 – Droits de l'Homme et biomédecine, §4), force est de constater que cet instrument se limite à l'énoncé des principes les plus importants et basiques. Ainsi a-t-on voulu offrir un cadre minimal commun de protection des droits de l'homme et de la dignité, en reportant l'adoption de normes complémentaires et règles plus détaillées au moment de l'adoption des différents protocoles. La Convention n'a donc pas pour objet l'institution d'un régime unique en Europe mais celui de la protection de la personne, même en présence de législations nationales divergentes.

qu'elle ne se limite pas à une analyse descriptive du droit positif et des évolutions législatives récentes relatives à la fin de vie dans les trois cas nationaux étudiés.

À l'examen du droit positif, nous couplons d'abord l'analyse de l'évolution législative par le biais d'un focus sur les travaux parlementaires, puis une perspective sociologique qui nous aide à comprendre le contexte et les dynamique sous-jacentes au changement. Notre cadre d'analyse se veut donc résolument interdisciplinaire.

On aura vite compris que nous ne souhaitons ni confiner le droit aux juristes, ni réserver les logiques sociales et politiques de la production du droit aux sociologues et aux politistes. Nous souhaitons au contraire faire dialoguer les différents regards, afin d'enrichir notre questionnement et les résultats de nos recherches. Nous pensons, avec Jacques Commaille, que « l'approche sociologique du droit peut contribuer non seulement à une théorie du droit et de la justice, mais à une théorie générale des sociétés et de leurs évolutions, à tout le moins à la recherche de sens des régimes de régulation de ces sociétés »[59]. Nous n'allons donc pas considérer le droit comme « une forme close ou, au contraire, totalement surdéterminée, mais comme un enjeu dans les rapports sociaux »[60] : un enjeu vivant et en mouvement, dont nous souhaitons examiner et essayer d'expliquer l'évolution.

Pour ce faire, nous tiendrons toujours à l'esprit l'éthique et la méthode du traducteur, qui « peuvent, en effet, servir de paradigme bien au-delà de l'échange inter-linguistique, dans un monde où les discours, les valeurs, les savoirs sont devenus pluriels »[61]. L'interdisciplinarité « aujourd'hui repose sur une approche méthodologique rigoureuse qui (...) s'apparente à une entreprise de traduction »[62]. Entre pluridisciplinarité (simple juxtaposition des savoirs) et transdisciplinarité (recherche des points communs et de l'interception des disciplines) se situe l'interdisciplinarité, qui « paraît très exactement être une pratique traductive ; par exemple entre le juriste et le sociologue qui doivent s'écouter

59 J. Commaille, « À quoi nous sert le droit pour comprendre sociologiquement les incertitudes des sociétés contemporaines ? », *SociologieS [En ligne]*, Dossiers, Sociétés en mouvement, sociologie en changement, mis en ligne le 07 mars 2016, *in* http://sociologies.revues.org/5278 .

60 *Ibid.*, p. 5.

61 F. Ost et N. Bary, « La traduction et le multilinguisme », *Études*, vol. tome 417, no. 12, 2012, p. 653-65.

62 *Ibid.*

et apprendre l'un de l'autre »[63]. Nous croyons fermement en cette méthode, puisque nous préférons un concours d'approches à l'enfermement dogmatique (dans le droit aussi bien que dans tout autre science).

Ainsi, tout en ayant choisi de traiter d'un objet juridique, nous développerons les aspects sociopolitiques de notre sujet de recherche afin d'analyser, d'interpréter et finalement d'expliquer les dynamiques juridiques ici étudiées. Dès lors, si les pistes sociologiques constitueront un volet important, d'autres pistes pourront être explorées au fil de notre travail. Notre approche interdisciplinaire, qui exploite la complémentarité des disciplines, nous permettra ainsi de les considérer globalement. Ces perspectives juridiques et sociologiques combinées devraient nous permettre une approche interdisciplinaire que nous jugeons fondamentale afin de caractériser l'originalité de notre recherche, le droit actuel n'étant que le résultat d'un ensemble de processus se développant au sein d'une société donnée. Aussi, notre démarche aura un caractère inductif (et non pas déductif), dans la mesure où nos lignes d'analyse surgiront de l'analyse du matériau examiné (notamment les travaux parlementaires) et ne seront pas définies préalablement. Finalement, le point de vue plus proprement interdisciplinaire sera mis en exergue notamment dans les conclusions générales, dans la partie finale de la recherche.

A. L'approche de sociologie politique

Prenant note du fait que des tentatives de définition et de délimitation précises de certains champs disciplinaires, tels ceux de la sociologie juridique et de la sociologie politique du droit, n'ont pas eu de véritable succès par le passé[64] et n'aspirant pas à essayer de résoudre cette controverse, nous souhaitons cependant expliquer ici notre approche et ce qu'elle apporte à nos recherches.

Ainsi, l'approche de sociologie politique du droit nous permettra (notamment dans la partie II de nos recherches) de décoder les travaux parlementaires, qui sont analysés non

63 *Ibid.*

64 *Cf.* notamment O. Corten, « Éléments de définition pour une sociologie politique du droit », *op. cit.*, p. 349.

seulement, et de manière classique, comme source de droit (pour préciser la portée des normes du droit positif), mais aussi comme élément d'analyse (en prenant de la hauteur sociale et politique sur le droit) du sens et des raisons des évolutions du droit et des législations (*cf.* § B, *infra*).

L'approche de sociologie politique du droit nous permettra aussi (dans nos conclusions générales, principalement) d'analyser le niveau macrosociologique, soit celui des cadres sociétaux, des structures sociales et des paradigmes socio-politiques nationaux dominants (à l'échelle de chacun des trois pays étudiés) [65], ainsi que le niveau mésosociologique, soit celui des organisations sociales, des rapports de forces électorales et des stratégies d'interaction entre les forces politiques (*cf.* § C, *infra*).

B. L'importance des débats parlementaires

Si nous avons choisi de focaliser notre attention sur les processus parlementaires et notamment sur les débats[66], c'est non seulement parce que – depuis toujours – les actes parlementaires sont une source interprétative inégalée pour le juriste, mais aussi parce que nous croyons que – encore aujourd'hui – dans nos démocraties parlementaires, c'est principalement dans les assemblées directement élues par les citoyens que les dynamiques politiques se déploient et font évoluer le droit positif. Par des débats en séance, les élus participent collectivement à la « fabrication législative »[67]. Ainsi, en analysant le discours, nous posons notre regard non seulement sur la décision finalement adoptée mais aussi sur son explication : les débats parlementaires deviennent dès lors un terrain privilégié pour la compréhension du processus décisionnel.

Certes, parfois ces dynamiques parlementaires sont plus ou moins ouvertement guidées par les majorités gouvernementales, mais ceci ne change en rien le lieu où, suite à

---

65 *Cf.* aussi C. Javeau, *Leçons de sociologie*, Armand Colin, Paris, 1997, p. 86.

66 Les débats parlementaires ont constitué pendant longtemps un « under-researched object ». Non seulement cette étape est rarement prise en considération mais lorsqu'elle l'est, c'est souvent sous l'angle d'une analyse des votes et des procédures plutôt que des débats et du discours. *Cf.* C. de Galembert, O. Rozenberg et C. Vigour (Sld.), *Faire parler le Parlement. Méthodes et enjeux de l'analyse des débats parlementaires pour les sciences sociales*, Paris, LGDJ, 2013, p. 12.

67 *Ibid.*, p. 10.

la délibération, la décision est finalement prise : l'assemblée législative des représentants des citoyens. De plus, un domaine éthique, tel celui de la fin de vie, donne souvent lieu à la constitution de majorités parlementaires qui ne coïncident pas avec les majorités gouvernementales au pouvoir (c'est ce qu'on appelle la « majorité de rechange » dans le jargon politique : nous y reviendrons souvent[68]). Raison de plus pour prêter une plus ample attention à une institution souvent négligée voire délégitimée[69], qui – de surcroit – a le mérite de travailler en transparence[70].

C. Une clé interprétative : libéraux vs communautariens

Notre examen sociologique sera principalement centré sur la dialectique entre deux tendances philosophiques présentes dans notre société contemporaine. D'un côté, l'émergence de l'individu et l'importance croissante attribuée à la volonté et à l'autonomie individuelles ; de l'autre, la persistance, voire parfois la renaissance, selon des degrés différents propres à chaque société, de principes communautariens et de solidarité sociale qui conduisent à une interprétation collective des besoins individuels.

Ainsi, afin de comprendre les rapports entre droit pénal et société, et de saisir le sens des évolutions successives des régulations juridiques concernant la fin de vie dans les trois pays étudiés, nous utiliserons une clé de compréhension qui emprunte au débat né au sein de la théorie politique anglo-américaine opposant les libéraux (« *liberals* ») aux communautariens (« *communitarians* »)[71].

---

68 *Cf.* Partie II.

69 On remarque un « relatif désintérêt » qui « n'est pas sans lien avec une forme de scepticisme politique à l'égard d'une institution frappée pour certains d'"impuissance bavarde" ». C. de Galembert, O. Rozenberg et C. Vigour (Sld.), *Faire parler le Parlement. Méthodes et enjeux de l'analyse des débats parlementaires pour les sciences sociales, op. cit.*, p. 12.

70 La presque totalité des débats parlementaires qui ont lieu dans les trois pays analysés, ainsi qu'au Parlement européen, est soit verbalisée soit au moins résumée (la seule exception étant celle des réunions tenues à huis clos au niveau des commissions) ; tous les actes (rapports, amendements, motion, etc.) sont disponibles (dans les archives ou plus récemment online).

71 La controverse engagée depuis les années 1970 entre penseurs dits libéraux et communautariens « prend naissance en 1971 avec la publication par John Rawls de Théorie de la justice. Deux 'équipes adverses' se forment alors, selon l'expression de Charles Taylor – les 'libéraux', d'un côté, plus ou moins proches de Rawls, où on retrouve des auteurs comme Ronald Dworkin ou Thomas Nagel ; les 'communautariens', d'un autre côté, représentés par des auteurs comme Michael Sandel, Alasdair MacIntyre ou encore Charles Taylor lui-même ». *Cf.* M. Doytcheva, « III. Libéraux et communautariens », in M. Doytcheva, *Le multiculturalisme*. La Découverte, 2011, p. 29.

Ce débat s'articule autour de la tension entre deux principes généraux de régulation opposés : d'un côté, le « libéralisme », reposant sur l'individualisme et l'autodétermination, la liberté et la responsabilité individuelle sur sa propre vie ainsi que sur son corps ; de l'autre côté, le « communautarisme », qui renvoie à la protection sociale publique en lien avec une morale collective établie et sanctionnée par des normes juridiques.

Pour les libéraux, l'individu se définit comme étant ontologiquement et normativement prioritaire par rapport à la communauté[72]. Comme nous le rappelle Olivier Paye, « pour Locke, théoricien majeur du libéralisme, ce que tous les êtres humains ont en commun, c'est la volonté de ne pas être dépossédés (par la violence) de leur propriété individuelle, qui consiste d'abord en eux-mêmes (leur vie, leur intégrité corporelle et mentale), ensuite en ce qu'ils possèdent (conçu comme le fruit de l'action de leur corps et esprit). Citoyen, tout être est reconnu, de manière égale, comme (seul) maître de son destin, c'est-à-dire à la fois libre et responsable individuellement de ses comportements. Aucune autorité sociale (que ce soit un autre citoyen, un groupe social ou l'État) n'est habilitée à interférer dans les jugements et les actions que pose chaque citoyen à l'égard de sa destinée individuelle. Seuls des engagements mutuels formalisés dans des contrats obligent les citoyens qui y concourent. Telle est la dimension individualiste de base du projet libéral »[73]. Ainsi, chacun est libre et responsable de la définition de ce qui est bien pour lui e la société consiste davantage en la somme des visions individuelles, plutôt qu'en une vision collective.

Pour les théoriciens communautariens en revanche, il est normativement souhaitable que l'individu se constitue dans un ancrage communautaire auquel il appartient. Ils considèrent en effet la communauté comme une nécessité ontologique et normative. Le communautarisme est donc une « philosophie sociale et politique qui souligne l'importance de la communauté dans le fonctionnement de la vie politique, dans l'analyse et l'évaluation des institutions politiques, et dans la compréhension de l'identité et du bien-être humains »[74]. Ainsi, ce qui est bien pour la communauté a l'ambition et tend à se superposer à ce qui est

---

72 M. Gianni, *Les liens entre citoyenneté et démocratie sur la base du débat 'Libéraux-Communautariens'*, Université de Genève, Département de science politique, 1994, p. 25.

73 O. Paye, « Le libéralisme a toujours été social », *Politique*, n°11, 1999, p. 18-23.

74 Définition de l'*Encyclopaedia Britannica*, traduite en français par nos soins.

bien pour l'individu.

Comme le rappelle Ayse Ceyhan[75], contre la pensée libérale qui affirme que la société peut accepter la coexistence d'une diversité de conceptions du bien, les philosophes tels que Charles Taylor, Michael Sandel et Alasdair MacIntyre proposent une politique du bien commun[76]. MacIntyre notamment « explique que la société doit être définie en terme de bien substantiel ou d'ensemble de biens qui génère une identité civique dans laquelle tous les membres sont enchâssés »[77]. On reconnait en cela le lien entre ce qui représente le bien et l'identité personnelle, notamment en termes de narration. « Ce qui veut dire que les sujets ne peuvent faire autrement que de s'orienter par rapport au bien et ainsi déterminer la direction de leurs vies et que de ce fait, ils doivent comprendre leurs vies dans la forme narrative cimentée par une histoire et une tradition communes »[78]. Ainsi, à l'opposé de la vision libérale, c'est donc la communauté qui détermine ce qui se doit d'être la conception du bien qui oriente l'action de l'individu. Par ailleurs, « dans le modèle communautarien que Habermas appelle "modèle totalisant d'une collectivité dans laquelle le citoyen serait tout entier incorporé", l'identité publique des membres de la société n'est pas formée en référence à un modèle de vertu civique identique pour tout le monde, mais forgée par le groupe et la communauté auxquels ils appartiennent et par le rôle ou la position qu'ils occupent dans la société »[79].

Nous estimons que ce débat apporte à notre étude des référentiels doctrinaux appropriés pour la conduite de notre réflexion, notamment en ce qu'il se fonde sur des visions différentes de l'organisation politique et de la finalité des institutions. Toutefois, nous sommes conscients qu'il existe une confusion terminologique (et linguistique) profonde dans la transposition de l'anglais « communitarianism » vers le français « communautarisme ». En français, ce dernier terme désigne habituellement les attitudes ou les aspirations se basant sur un lien « serré et pesant »[80] (sur des bases ethniques,

---

75 A. Ceyhan, « Le communautarisme et la question de la reconnaissance », Cultures & Conflits [En ligne], 12 | hiver 1993, *in* http://journals.openedition.org/conflits/447 .

76 *Ibid.*, p. 4.

77 *Ibid.*, p. 5.

78 *Ibid.*, p. 5.

79 *Ibid.*, p. 5.

80 G. Delannoi, « Nation et Communauté », in L. Bouvet, G. Delannoi, I. Lachausée, A. Policar, P.-A. Taguieff, M. Tribalat, S. Trigano et S. Vibert, « Autour du communautarisme », *Les Cahiers du CEVIFOP*, n°

culturelles[81], ou encore religieuses, linguistiques, etc.), qui peut attacher l'individu, selon les cas, à une majorité ou à une minorité. Par ailleurs, « le communautarisme actuel ressemble davantage à un repli communautaire »[82] : si en France le terme relève plutôt du registre religieux[83], en Belgique ce terme a acquis une nuance politiquement importante en raison des tensions entre les deux principales communautés linguistiques qui constituent historiquement la nation belge.

Ayant clarifié notre approche, nous continuerons à employer le terme « communautarisme » par référence à la signification anglophone du terme, faute de terme plus approprié[84].

D. Dépénalisation et décriminalisation : une clarification conceptuelle

Nous allons, pour l'essentiel, centrer notre analyse sur les travaux parlementaires qui ont conduit à l'adoption de législations relatives à l'euthanasie ou à d'autres droits et libertés des patient en fin de de vie. Ces législations impliquent la modification des normes qui incriminent des comportements relevant soit du meurtre, de l'aide au suicide, des coups et blessures volontaires, etc. Ces changements peuvent prendre différentes formes telles que la « dépénalisation » ou la « décriminalisation ». Par ailleurs, ces processus peuvent s'accompagner d'une « légalisation » de certains comportements ou de leur « réglementation », termes que nous retrouvons régulièrement au fil des textes analysés.

Leur définition exacte n'est pourtant pas claire et il arrive même qu'ils soient utilisés de manière interchangeable. Il existe en effet de nombreuses significations, variations et nuances selon les auteurs voire selon l'appartenance de ces derniers au monde francophone

---

43, Septembre 2005, *in* https://www.sciencespo.fr/cevifop/sites/sciencespo.fr.cevifop/files/cahier.43.pdf , p. 50.

81 *Ibid.*, p. 30.

82 I. Lachaussée, « Communauté et société : un ré-examen du modèle de Tönnies », in L. Bouvet, G. Delannoi, I. Lachausée, A. Policar, P.-A. Taguieff, M. Tribalat, S. Trigano et S. Vibert, « Autour du communautarisme », *op. cit.*, p. 13.

83 *Ibid.*, p. 11.

84 Sur base de ce qui a été illustré *supra*, les termes « holisme » ou « normativisme » ne sont pas des concepts superposables au paradigme communautarien et n'abordent pas les aspects (notamment politiques et philosophiques) qui nous interpellent.

ou anglo-saxon[85]. C'est pour cela que nous souhaitons procéder à une clarification conceptuelle quant aux différentes techniques législatives utilisées pour atténuer, réduire ou supprimer l'emprise du droit pénal en notre domaine et ce, en amont de notre analyse. Pour cela, nous nous appuierons sur le travail extensif réalisé par Michel van de Kerchove à ce sujet.

À la suite de cet auteur et en procédant par ordre croissant vers un plus grand respect du principe de l'autonomie individuelle, nous considérerons la *dépénalisation* comme « le processus générique (…) tendant à réduire l'application de sanctions pénales à l'égard d'un comportement déterminé, cette réduction pouvant aboutir à leur suppression pure et simple et, à la limite, à la décriminalisation de ce comportement »[86]. La *décriminalisation* est plus largement définie comme étant « le processus tendant non seulement à la suppression de l'application de toute sanction pénale à l'égard d'un comportement déterminé, mais encore à la suppression de son statut même de "crime" (au sens large), c'est-à-dire d'infraction pénale »[87]. Par le terme « *réglementation* » (ou légalisation restreinte) nous nous référerons à « la reconnaissance d'un droit à l'accomplissement d'un comportement, mais dont l'exercice est assorti de conditions plus ou moins restrictives »[88]. Enfin, nous utiliserons le terme « *légalisation* » pour indiquer « la suppression de toute interdiction juridique en ce qui concerne l'accomplissement d'un comportement déterminé et la reconnaissance d'une "permission" de l'accomplir »[89].

Le choix de ces définitions ne nous met évidemment pas à l'abri de choix différents de la part des législateurs. Au cours de la présente étude, nous rendrons compte fidèlement des intentions et du langage des parlementaires, ainsi que des qualifications retenues par les législations analysées.

---

85 M. van de Kerchove, *Le droit sans peines. Aspects de la dépénalisation en Belgique et aux États-Unis, op. cit.*, p. 305.
86 *Ibid.*, p. 311.
87 *Ibid.*, p. 311.
88 *Ibid.*, p. 314.
89 *Ibid.*, p. 313.

3. La structure de la recherche

La première partie de notre travail analyse, dans trois chapitres séparés, l'état actuel du droit positif relatif à la fin de vie dans chacun des trois pays étudiés, et notamment les normes applicables à l'euthanasie, au suicide assisté et aux autres actes volontaires pertinents en fin de vie. Il s'agit d'une partie fondamentalement descriptive qui rend l'image globale de l'état du droit en Belgique, en France et en Italie.

Pour la Belgique, l'examen du droit positif est centré sur la loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002, puis la loi du 28 février 2014 étendant l'euthanasie aux mineurs, sans laisser de côté la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 et la loi relative aux soins palliatifs du 14 juin 2002. Pour la France, nous donnons un aperçu des quatre lois adoptées récemment dans le domaine de la fin de vie, sans oublier les dispositions pertinentes du Code pénal (meurtre, assassinat et empoisonnement) et du Code civil (principe général d'indisponibilité et d'inviolabilité du corps humain). Pour l'Italie, nous nous penchons sur la loi de 2017 relative au testament biologique, puis sur la législation concernant les soins palliatifs et les dispositions pertinentes du Code pénal et du Code civil.

La deuxième partie de notre recherche se penche spécifiquement sur le processus d'élaboration du droit en vigueur en relation avec notre objet d'étude. Nous avons choisi d'analyser les débats parlementaires et les processus législatifs concernant respectivement la loi sur l'euthanasie de 2002 pour la Belgique[90], la loi de 2016 sur les droits des patients en fin de vie pour la France et la loi sur le testament biologique de 2017 pour l'Italie. Il s'agit en effet des législations qui, à la fois, vont plus loin dans la reconnaissance des droits et libertés en fin de vie et qui ont au même temps suscité les débats les plus intéressants et évocateurs en la matière dans chacun des États examinés. L'analyse notamment des débats parlementaires qui ont eu lieu dans les trois pays est centrale, car elle nous permet de faire

[90] Comme relevé par N. Hamarat et G. Lebeer (« Parler d'euthanasie : controverses publiques et dissidences internes. Un regard sur les piliers », in L. Bruyère, A.-S. Crosetti, J. Faniel et C. Sägesser (Sld.), *Piliers, dépilarisation et clivage philosophique en Belgique*, CRISP, Bruxelles, 2019, p. 265), « depuis le début des années 2000, la Belgique a adopté un certain nombre de lois autour de la fin de vie et de la reconnaissance des droits des patients à une forme d'autodétermination quant à leur destin corporel. La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en constitue l'élément le plus marquant ».

émerger le contexte dans lequel les mutations législatives sont intervenues, d'en analyser les dynamiques et ensuite de les interpréter.

Dans les conclusions générales, qui sont marquées par l'approche interdisciplinaire (*cf. supra*), après avoir mis en exergue les paradigmes socio-politiques dominants dans les trois pays, nous prenons acte d'un chemin commun vers la liberté individuelle qui se fait dans les trois pays selon une amplitude et une vitesse distinctes et nous essayons d'identifier le rôle qu'ont joué le droit pénal et les principes juridiques mobilisés, les rapports de force électoraux et les stratégies politiques. Ainsi, les évolutions et dynamiques amorcées dans la partie II de notre recherche nous amènent à conclure avec des enseignements et des pistes de réflexion pour les possibles développements à venir.

PARTIE I

LE DROIT POSITIF EN BELGIQUE, FRANCE ET ITALIE

Dans cette première partie de notre recherche nous souhaitons explorer le droit positif en vigueur dans chacun des trois pays choisis dans le domaine de notre intérêt. Ainsi, devrons-nous passer en revue et examiner la réglementation juridique établie en Belgique (§1), France (§2) et Italie (§3) pour ce qui est de l'euthanasie et de la fin de vie.

Il s'agira premièrement de dessiner le cadre à l'intérieur duquel nous développerons ensuite notre travail. La description du droit en vigueur au moment où nous terminons notre recherche (septembre 2020) constituera en effet la pierre angulaire sur laquelle se basera le travail.

Pour chacun des pays étudiés, nous examinerons premièrement la législation spécifique dans le domaine de notre intérêt (là où elle existe) et ensuite les normes pertinentes du code pénal, du civil et aussi du code de déontologie médical. Pour les pays où une législation spécifique n'existe pas et où les normes du code pénal sont donc d'application, nous passerons aussi bien en revue la jurisprudence pertinente.

1 LE DROIT BELGE

Sommaire : 1.1. La loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002. 1.2. La loi du 28 février 2014, étendant l'euthanasie aux mineurs. 1.3. La loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. 1.4. La loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs. 1.5. Le code de déontologie médicale. 1.6. Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives.

Comme nous l'avons anticipé dans l'introduction, la Belgique est le seul des trois pays étudiés ayant adopté une législation spécifique qui s'applique aux euthanasies (et par analogie aux suicides assistés). C'est, par conséquent, sur cette loi que nos yeux s'attarderont davantage.

Toutefois, il ne faudra jamais oublier le cadre pénal sous-jacent à cette législation spéciale. En effet, lorsque le médecin qui pratique une euthanasie (ou un suicide assisté) ne respecte pas toutes les conditions indiquées dans la loi[1], les faits tombent à nouveau sous l'épée du droit pénal et notamment – pour l'euthanasie – des articles 393 (meurtre), 394 (assassinat) ou 397 (empoisonnement), suivant les modalités de l'acte ou encore – pour le suicide assisté – de l'article 422*bis* (non-assistance à personne en danger),. Ce qui revient à dire que, lorsque les conditions requises par la loi de 2002 ne sont pas remplies, les normes qui étaient en vigueur avant la loi de 2002[2] restent bien d'application, puisque nous ne nous trouvons pas dans ces cas vis-à-vis d'une euthanasie ou d'un suicide assisté proprement dits

Le tour d'horizon de la régulation juridique en fin de vie sera finalement complété par l'examen des lois relatives aux soins palliatifs et aux droits des patients.

1.1 La loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002

Le 28 mai 2002, le Parlement belge approuve la loi relative à l'euthanasie[3], qui

1 *Cf. infra*, § 1.1.
2 *Cf. infra*, Partie II, § 1.2.1.
3 Loi relative à l'euthanasie, 28 mai 2002, précitée.

entre en vigueur le 22 septembre de la même année. L'adoption a lieu après le vote positif de la Chambre des représentants, qui fait suite à celui du Sénat du 25 octobre 2001. Nous examinerons plus loin dans les détails le processus qui a conduit à son approbation[4]. Il nous importe à présent d'esquisser les objectifs de la loi, sa structure et ses dispositions principales[5].

A. Les objectifs de la loi

La réponse législative correspond à des objectifs multiples, à savoir :

- assurer au patient incurable, dans le respect de son autonomie individuelle, la garantie de voir sa demande d'euthanasie respectée;
- donner une protection au patient atteint d'une maladie grave et incurable, en imposant des critères précis pour l'intervention du médecin;
- assurer une sécurité juridique au médecin confronté à une demande d'euthanasie satisfaisant aux conditions prévues dans la présente loi;
- permettre une meilleure appréhension de la situation réelle par une évaluation des pratiques.[6]

La loi est ainsi censée mettre fin à l'insécurité juridique tant du point de vue des médecins que des patients, en clarifiant la portée de la loi pénale, en fixant des conditions strictes dans lesquelles un médecin peut pratiquer l'euthanasie, en déterminant des pratiques plus homogènes et plus responsables, en garantissant une relation de confiance entre le médecin et le malade et en mettant fin au refus de pratiquer des euthanasies demandées.

B. Le contenu de la loi

---

4 *Cf. infra*, Partie II, § 1.3.

5 Pour une interprétation fidèle et objective de son contenu, nous nous servirons aussi des travaux parlementaires préparatoires : avec ses dizaines d'auditions et centaines d'interventions verbalisées, cela demeure un document d'énorme utilité aussi bien interprétative qu'informative.

6 *Ibid.*, p. 2-3.

La loi belge est extrêmement détaillée et précise, dans la mesure où la licéité de l'acte est subordonnée au respect de toute une série de conditions de fond et procédurales. De plus, la loi donne pour la première fois une définition claire de ce que c'est une euthanasie.

Après un premier article procédural, la loi définit – dans son chapitre premier sur les « dispositions générales » – l'euthanasie comme « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci »[7]. Le législateur adopte ainsi littéralement la définition retenue par le Comité Consultatif de Bioéthique dans son avis n°1 du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie[8]. Comme le relevait le même Comité, « l'accent mis dans la définition sur l'intention de mettre fin à la vie, impose de distinguer l'euthanasie proprement dite d'autres actes posés par un médecin tels que l'administration de calmants ou d'analgésiques qu'entraînent le risque d'abréger la vie, ou l'arrêt de traitements médicaux vains ». La loi sur l'euthanasie n'interfère donc pas avec les pratiques médicales normales de traitement de la douleur et de la souffrance par l'administration de calmants et la prise de sédatifs (soins palliatifs) ni avec l'arrêt d'un traitement et de l'acharnement thérapeutique. Dans ces cas, le médecin n'interrompt pas délibérément la vie ; il rend, lorsque cela est possible, la mort naturelle moins pénible. Tel que précisé également par le Conseil d'État[9], le législateur a ciblé ici le « comportement positif », c'est-à-dire le geste actif qui met un terme à la vie de quelqu'un. Il s'agit d'un élément fondamental qui distingue clairement l'euthanasie d'autres décisions en fin de vie, notamment l'abstention de traitement[10].

---

7 *Ibid.*, art. 2.

8 Avis n° 1 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, in E. Vermeersch, Y. Englert, A. Van Orshoven et L. Cassiers, *Les avis du Comité consultatif de bioéthique de Belgique, 1996-2000,* Bruxelles, De Boeck Université, 2001, p. 11. *Cf. infra,* Partie II § 1.2.3.2. Les avis du Comité ne sont pas publiés au Moniteur Belge ou dans des revues : comme l'explique le site internet du Comité, ils sont publiés dans la brochure « Bioethica Belgica » disponible sur demande écrite adressée au secrétariat du Comité, sur le site internet www.health.fgov.be/bioeth , ou dans son centre de documentation.

9 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Avis du Conseil d'État, *Doc.*, Sén., n° 2-244/21, 2000-2001, § 12.

10 *Cf. supra*, Glossaire.

L'arrêt d'un traitement qui entraîne ou accélère la mort mais dont le but n'est pas de provoquer celle-ci ou encore le refus de l'acharnement thérapeutique vont dans le sens de la reconnaissance de l'autonomie du patient et de sa dignité et ne constituent pas une infraction pénale[11]. En effet, ces actes relèvent plutôt du champ d'application de la loi relative aux droits du patient, qui permet au patient de refuser un traitement ou l'acharnement thérapeutique[12]. De plus, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, « l'arrêt ou la non-mise en œuvre d'un traitement est déontologiquement indiqué s'il est scientifiquement établi qu'il n'y a plus d'espoir d'une amélioration raisonnable et que des traitements prolongeant la vie n'augmentent pas le confort du patient et ne lui procurent plus que gêne et souffrance ». L'acharnement thérapeutique peut donc constituer une faute médicale (article 97 du code de déontologie médicale[13]).

L'intentionnalité de l'acte de mettre fin à la vie est donc l'élément distinctif par rapport aux autres décisions médicales en fin de vie[14], car dans les autres circonstances le but est simplement de laisser la nature faire son cours et donc de laisser avancer le processus naturel qui mène le patient inexorablement à la mort. Par ailleurs, suivant la définition de l'euthanasie en question, il doit toujours s'agir d'une mort volontaire, donc voulue par la personne qui en fait la demande expresse. Sont clairement à exclure les actes qui mettraient fin à la vie d'une personne sans son accord ou à son insu, méconnaissant ainsi le droit à l'autodétermination du patient et représentant pour certains l'exemple d'une forme de paternalisme et de la toute-puissance médicaux[15]. En effet et comme nous avons vu *supra*, dans ce dernier cas, les faits tombent sous les interdits pénaux des articles 393, 394 ou 397 du Code pénal relatifs aux diverses espèces de meurtre[16].

---

11 Y. Leleu et G. Genicot, « L'euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas. Variations sur le thème de l'autodétermination », *Revue Trimestrielle des Droits de l'Homme*, 2004, liv. 57, 5-50, in http://www.rtdh.eu/pdf/20045.pdf .

12 *Cf. infra*, § 1.3.

13 *Cf. infra*, § 1.4.

14 Nous ne nous référons bien évidemment pas, ici, au suicide assisté car, de par sa nature, le suicide assisté - perpétré donc par la victime sur elle-même - est intentionnel. Nous nous référons à l'arrêt de traitement, au double effet des analgésiques, à la sédation terminale, etc.

15 T. Vansweevelt, « De euthanasiewet : de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid ? », *Rev. dr. santé*, 2002-2003, p. 216 et s.

16 Lorsque le médecin n'agit pas suite à la demande du patient, il peut y avoir encore des cas exceptionnels où l'état de nécessité peut quand même être invoqué pour légitimer ce comportement : ce serait par exemple le cas d'une personne victime d'un incendie ou d'un accident de la circulation, qui est atteinte de brûlures extrêmement douloureuses et se trouve dans une situation sans issue (*Doc.*

D’autre part, selon le texte de cet article de la loi, l’acte doit être « pratiqué par un tiers », ce qui mènerait à exclure le suicide médicalement assisté de la portée de la loi, non sans des problèmes de cohérence et de sécurité juridique[17]. L’article 2 délimite donc, en principe, le champ d’application de la loi de cette manière. La définition choisie est générale et neutre : à ce niveau, aucune indication n’est donnée quant à la personne qui peut effectuer l’acte et sous quelles conditions, quant à la souffrance (physique ou mentale) éprouvée et à l’espérance de vie du patient, dès lors qu’aucune référence n’est faite au caractère terminal de la maladie[18]. On utilise, par ailleurs, le mot « personne » au lieu du mot « patient », qu’on retrouve par contre dans les articles suivants. Nous verrons plus loin le débat qui a conduit au choix de cette définition parmi d’autres possibles[19]. Aussi, les articles suivants donneront des compléments fondamentaux à une définition autrement très ouverte.

Pour ce qui est des conditions à respecter, en son sein, la loi distingue entre deux situations : d’une part, (I) celle du patient capable et conscient, atteint d’une maladie grave et incurable, qui demande de manière volontaire, réfléchie et réitérée au médecin de mettre fin à sa souffrance constante et insupportable, en pratiquant sur lui une euthanasie. D’autre part, (II) celle du patient qui fait part, lorsqu’il est encore conscient et capable, de sa volonté qu’un médecin interrompe volontairement sa vie s’il devient inconscient, atteint d’une maladie grave et incurable et que cette situation devient irréversible. Dans ces deux hypothèses, la loi prévoit que si le médecin a respecté les procédures imposées, il « ne commet pas d'infraction »[20].

I. L’euthanasie chez un patient capable

1488/009, p. 110) ; ou bien celui d’un patient incapable qui éprouve une souffrance insupportable et est affecté par une maladie incurable (T. Vansweevelt, « De euthanasiewet : de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid ? », *op. cit.*).

17 *Cf. infra,* § 1.1.1.

18 *Ibid.* Dans l’idée de nombre de gens, l’euthanasie est mise en relation avec les patients terminaux qui éprouvent une souffrance physique, comme relevé par T. Vansweevelt, « De euthanasiewet : de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid ? », *op. cit.*).

19 *Cf. infra,* Partie II, § 1.3.8.

20 *Cf. infra,* § 1.1.2.

L’article 3 § 1 énumère les conditions de fond qui rendent licite l’euthanasie. Elles se rapportent au patient et concernent respectivement sa capacité, la nature de sa demande et sa situation médicale. Aux termes de la loi, « le médecin » (cette fois l’agent est qualifié et n’est pas un simple « tiers ») qui pratique l’euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

- « le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande ». Le patient doit donc être en pleine possession de ses moyens intellectuels. Les personnes juridiquement incapables ne peuvent formuler une telle demande, même pas via leur représentant légal; la même considération vaut pour les incapables en fait, tels les comateux ou les personnes souffrant de troubles mentaux. On constate que la loi n’exige ni la nationalité belge ni la résidence en Belgique : toute personne majeure de dix-huit ans ou mineur émancipé[21], qu’elle soit belge ou bien étrangère mais se trouvant sur le territoire belge, peut donc demander l’euthanasie. La loi ne contient pas non plus de dispositions spécifiques pour les femmes enceintes : ce cas particulier avait fait l’objet de dispositions distinctes dans plusieurs des propositions de loi sur l’euthanasie ainsi que d’amendements qui n’ont pas été approuvés. Nous verrons plus loin le débat jailli à ce propos ; juridiquement parlant, selon le texte approuvé, une femme enceinte peut donc légitimement demander l’euthanasie au même titre que toute autre personne.

- « la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ». La vérification des caractères de la demande incombe au médecin, sous le contrôle de la commission fédérale[22]. L'exigence de la volonté de l'acte implique tout d'abord que la demande soit formulée par le patient lui-même : il faut donc logiquement exclure toute demande qui serait exprimée, par exemple, par des membres de la famille et uniquement

[21] Le mineur émancipé est une personne d’au moins 15 ans qui a été déclarée apte à poser des actes juridiques par un juge.
[22] *Cf. infra*, § 1.1.

confirmée par l'intéressé[23].

- « 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 ». Pour autant, il ne faut pas que le patient se trouve dans la phase dite « terminale ». Toutefois la demande ne peut être prise en compte que lorsque la médecine ne peut offrir à l'intéressé aucun espoir de rémission. Par ailleurs, des amendements avaient été déposés pour que soient retirées les « souffrances psychiques » des conditions de fond, afin d'éviter que les cas de dépression chroniques ne soient pris en considération[24] : il ne nous semble toutefois pas possible d'inclure dans le champ d'application de la loi les cas des personnes « simplement » dépressive, eu égard aux multiples conditions et à la *ratio* même de la loi[25]. En effet, la loi instaure un double jeu de conditions, l'une objective (l'état médical) et l'autre subjective (la souffrance), où le caractère « insupportable » de la seconde est essentiellement relatif au vécu du malade[26]. Au demeurant, on se doit de remarquer l'utilisation du mot « souffrance » au lieu du mot « douleur », cette dernière pouvant en principe être allégée par les médicaments.

Ces conditions sont bien évidemment cumulatives. Elles découlent de l'intention du législateur de protéger les mineurs, ainsi que les majeurs qui ne sont pas à même d'exprimer leur volonté. La véritable colonne vertébrale de la loi en question est bien la volonté du patient : tout acte qui n'en serait pas empreint est à exclure de sa portée.

Dans cette optique, un cas spécifique dont il a été question dans les médias et qui

---

23 En ce sens, T. Vansweevelt, « De euthanasiewet : de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid ? », *op. cit.*

24 Amendement de Mme Van De Casteele et M. Borginon.

25 En ce sens aussi Jean-Claude K. Dupont, « Euthanasie : la loi belge et la position des juges européens », *Cahiers du Grisé*, n° 3, mars 2003 Paris, École Polytechnique.

26 Y.-H. Leleu et G. Genicot, « L'euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas. Variations sur le thème de l'autodétermination », *op. cit.*

ne trouve pas de solution dans la loi est celui des malades d'Alzheimer[27]. En effet, si personne ne peut contester le caractère grave, incurable et sans issue de cette maladie, ainsi que les souffrances psychiques ou physiques qui en découlent, reste ouvert le débat sur la capacité du patient à pouvoir formuler cette demande considérant les intervalles de lucidité dont il peut jouir. Certains[28] avaient donc suggéré d'aborder la question via une extension du champ d'application de la déclaration anticipée[29] : comme nous le verrons plus loin[30], la loi limite les possibilités de recours à une telle demande dans l'hypothèse d'un état d'inconscience irréversible, ce qui n'est pas le cas d'Alzheimer. Si l'impossibilité de l'extension de la loi aux cas de démence – comme on l'a vu – est un contresens par rapport à la philosophie d'une législation fondée sur l'autonomie de la personne, le cas des malades d'Alzheimer (de par sa spécificité[31]) aurait probablement mérité une réglementation distincte visant une clarification et la sécurité juridique[32].

En plus des conditions de fond que nous venons d'analyser, il faut également, selon le paragraphe 2 du même article 3, que différentes mesures actives de précaution soient accomplies « préalablement et dans tous les cas » par le médecin confronté à une demande d'euthanasie. Il s'agit d'une série de conditions procédurales intégrant des obligations d'information, d'examen et de consultation, selon lesquelles le médecin doit notamment :

- s'entretenir avec le patient au sujet de sa demande, évoquer avec lui son état de santé, son espérance de vie, les possibilités thérapeutiques, les soins palliatifs et

---

27 Nous pensons notamment au cas de Hugo Claus, populaire écrivain belge qui s'est fait euthanasier le 19 mars 2008 à l'âge de 78 ans pour Alzheimer.

28 Parmi ceux-ci, J. Herremans (« La dépénalisation de l'euthanasie : un long fleuve tranquille ? Ou quelques considérations à propos de la loi relative à l'euthanasie à travers le prisme d'un non-médecin », Revue Médicale de Bruxelles - Nouvelle Série, AMUB - Revue Médicale de Bruxelles Vol. 27, p. 69, 2006).

29 *Cf.* notre glossaire (*supra*) : la déclaration anticipée (ou directives anticipées, ou testament de vie ou testament biologique) est la volonté ou souhait que le patient peut consigner par écrit pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté.

30 *Cf. infra*, § 1.1.

31 Dans une certaine phase de l'évolution de la maladie, le patient vit des « intervalles de lucidité » : une condition qui n'est commune à aucune autre maladie neurodégénérative.

32 Il y a lieu également de récuser la thèse selon laquelle tout malade en phase terminale ne serait pas à même de prendre une décision lucide en raison de la gravité de sa situation, car cela reviendrait à un comportement paternaliste qui sous-estime la capacité de jugement des malades graves et empêcherait *de facto* les personnes qui en ont le plus besoin d'exercer leur droit à l'autodétermination.

leurs conséquences, arrivant ainsi à la conviction – avec le patient – « qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire » ;

- mener plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable, avec le patient afin de s'assurer de la persistance de sa souffrance physique ou psychique et de sa volonté réitérée ;
- consulter : un autre médecin, indépendant (tant du patient que du médecin) et spécialiste de la pathologie concernée, qui rédige un rapport constatant que les conditions de fond relatives à l'état de santé du patient sont remplies ; l'équipe soignante ou des membres de celle-ci ; les proches que le patient désigne, si telle est sa volonté ;
- veiller à ce que le patient ait pu s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaite rencontrer.

On observe donc, si besoin en était, que la famille ou les proches du malade n'ont aucun pouvoir décisionnel : ils sont consultés si le patient le souhaite, mais la décision ne revient qu'à l'intéressé. L'équipe soignante et les proches n'ont qu'une fonction d'éclairage complémentaire et d'accompagnement. Ceci est vrai notamment pour la famille, dans la mesure où elle est censée connaître les vœux du malade mieux que d'autres, mais l'utilisation de mots tels que « proches » ou plus encore « personnes qu'il souhaite rencontrer » démontrent bel et bien le principe selon lequel le malade doit pouvoir se consulter avec qui bon lui semble et sans limites formelles. Son droit à s'autodéterminer demeure au centre de la loi.

La demande du patient doit être actée par écrit (art. 3, §4) dans un document qu'il rédige, date et signe. Le législateur a ainsi voulu éviter qu'il soit fait usage de formulaires préétablis que le patient devrait uniquement signer. Cela n'empêche pas les hôpitaux d'envisager de fournir des copies de « demandes type » en guise d'exemple afin que les patients soient sûrs de ne pas oublier des précisions requises par la loi. De plus, la lettre de la loi ne semble pas exiger que la demande soit autographe : un ordinateur pourrait

alors être utilisé pour rédiger la demande[33]. Selon le deuxième alinéa du même paragraphe, si le patient n'est pas en état d'écrire, la demande est faite – en présence du médecin – par une personne majeure que le patient choisit et qui (pour d'évidentes raisons) ne doit avoir aucun intérêt matériel – donc financier – au décès[34]. Cette demande doit figurer dans le dossier médical, tout comme les démarches ultérieures du médecin[35]. Le patient peut, bien sûr, révoquer sa demande à tout moment et sans conditions ; dans ce cas le document est retiré du dossier médical et lui est rendu. La loi ne prévoit pas que le médecin et la « personne de confiance » signent et datent le document : il s'agit probablement d'un oubli.

Si certaines propositions de loi envisageaient même la possibilité d'une demande orale[36], cette option n'a pas été retenue car la demande par écrit a l'avantage remarquable de protéger aussi bien le patient (contre les abus) que le médecin (contre des plaintes éventuelles ultérieures, par exemple de la famille). La forme écrite est aussi utile au contrôle *ex post* exercé par la Commission fédérale[37].

Le moment de la demande est central et crucial dans la procédure. C'est pour cela qu'il faut comprendre que les conditions liées à la capacité du patient se réfèrent au moment de la demande, comme précisé à l'article 3 §1.

On remarquera enfin que l'article 3 §2 donne toujours au médecin la possibilité de poser des conditions supplémentaires qu'il souhaiterait mettre à son intervention, ce qui revient à souligner le caractère obligatoire et nécessaire mais non limitatif des conditions posées par la loi dans le but d'une application le plus fidèle possible à son esprit.

---

33 La validité de la forme dactylographiée nous semble indirectement confirmée (dans l'esprit du législateur) aussi par la prévision explicite de cette possibilité dans l'arrêté royal du 2 avril 2003 (point 2) concernant la déclaration anticipée (*cf. infra*, § 1.3).

34 Si l'on comprend - et forcément l'on partage - le souci ayant conduit le législateur à exclure de cette procédure toute personne ayant un intérêt financier au décès, on ne peut pas manquer d'observer la difficulté de mettre en œuvre une telle condition : tous les membres de la famille peuvent avoir un intérêt matériel lors de la mort du patient et souvent les « personnes de confiance » des patients sont justement les membres de la famille, surtout pour les patients plus âgés.

35 Ceci est notamment utile aux fins du travail de la Commission fédérale de contrôle, comme nous le verrons plus loin.

36 Notamment celle de M. Mahoux.

37 Ce type de disposition est prévu aussi bien dans d'autres matières délicates (telles que les greffes d'organes ou l'avortement).

Finalement, nous nous penchons sur un cas bien spécifique, celui du patient qui n'est pas en « phase terminale ». Comme nous venons de le voir, la loi n'exige pas que le patient se trouve en phase terminale. Nous verrons *infra* que le choix d'une telle limitation a été en effet rejeté notamment en raison de la difficulté à définir de manière précise cette phase, en plus de l'émoi suscité par certains cas individuels repris par les médias[38]. On peut considérer que c'est justement dans les cas moins proches des heures ultimes de la vie que l'autonomie individuelle acquiert tout son sens, car le poids de la volonté est ici encore plus important que celui de l'état clinique. On remarquera toutefois en passant, que dans ces cas, l'acte ressemble bien plus à un suicide qu'à une accélération du processus létal[39], ce qui nous ramène aux contradictions soulevées par le choix de ne pas inclure également l'aide au suicide dans le même instrument législatif[40].

Si le patient n'est pas en stade terminale, l'article 3 §3 de la loi ajoute alors une condition supplémentaire : le médecin doit consulter un deuxième médecin indépendant, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, qui rédige un rapport établissant que les conditions médicales sont remplies et que la volonté du patient présente les caractéristiques requises. Dans ce cas, l'avis du deuxième médecin a une plus grande ampleur que celui requis à l'article 3 §2, car il concerne aussi bien une vérification du caractère volontaire de la demande, ce qui semble parfaitement justifié. Un délai de réflexion d'au moins un mois doit s'écouler entre la demande d'euthanasie et l'accomplissement de l'acte. Ce délai semble aussi bien raisonnable, au vu de l'absence d'urgence.

II. L'euthanasie chez un patient incapable

Nous avons vu jusqu'ici les modalités d'une relation entre un médecin et un patient en état d'exprimer sa volonté. Une situation différente est celle où le patient, au

---

38 *Cf. infra*, Partie II § 1.

39 Comme observé correctement par Y.-H. Leleu et G. Genicot, « L'euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas. Variations sur le thème de l'autodétermination », *op. cit.*

40 *Cf. infra*, § 1.1.1.

moment où l'euthanasie pourrait être pratiquée, n'est plus en état d'exprimer sa volonté et ne peut donc plus formuler sa demande. Il s'agit d'une question très délicate puisqu'on s'attache à réglementer le cas des personnes qui ne seront plus conscientes au moment de prendre la décision de terminer la vie : c'est toute la contradiction apparente de consacrer le droit à l'autodétermination pour un patient qui n'est plus capable. La loi choisit dans ces cas de permettre de décider pour une situation future.

Selon la loi[41], tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit sa volonté (« déclaration anticipée ») qu'un médecin pratique une euthanasie, si ce médecin constate qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, qu'il est inconscient et que cette situation est irréversible. Il s'agit en fait d'anticiper ce type de situation[42].

Outre la vérification des conditions mentionnées *supra*, le médecin – à nouveau sans préjudice des conditions complémentaires qu'il souhaiterait mettre à son intervention – se doit aussi de consulter un autre médecin indépendant et compétent quant à la pathologie concernée relativement à l'irréversibilité de la situation médicale, s'entretenir avec l'équipe soignante, la personne de confiance éventuellement désignée par le patient et les proches désignés par cette dernière. On notera qu'il n'est plus demandé de vérifier la souffrance, car cette tâche serait impossible en pareille situation dans le chef du médecin. Il en résulte que la volonté du patient acquiert encore plus de poids.

La technique des directives anticipées permet donc à une personne en bonne santé d'exprimer sa volonté pour le moment où elle ne serait plus à même de le faire. Conséquemment, aucune intervention ne sera légitime dans de pareils cas en l'absence d'une déclaration anticipée. La personne de confiance a aussi un rôle important non pas pour communiquer son propre avis mais pour mieux informer quant à la volonté du malade en vertu du lien qui a amené à sa désignation.

---

41 Art. 4.

42 Bien sûr, si une personne a fait usage de la possibilité de rédiger une déclaration anticipée mais est à même - au moment où l'euthanasie pourrait être pratiquée - d'exprimer sa volonté, sa volonté actuelle prime et il n'est pas tenu compte d'une éventuelle déclaration anticipée.

Selon le texte de la loi adoptée en 2002, la déclaration n'était juridiquement valable que si elle avait été établie ou reconfirmée « moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté ». Toutefois, suite à un amendement à la loi adopté en 2020[43], la déclaration anticipée est valable pour une durée illimitée[44].

Comme nous le verrons plus loin[45], le médecin n'est en aucun cas contraint d'accéder au souhait du requérant.

III. Les autres normes

Nous avons vu que la loi prévoit une procédure de « contrôle *a priori* » via les conditions de fond et procédurales analysées jusqu'ici. En plus, le texte prévoit aussi une procédure de « contrôle *a posteriori* » menée par une « Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi » instituée par l'article 6 de la loi même.

Elle se compose de seize membres : huit médecins (dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge), quatre professeurs de droit dans une université belge ou avocats, quatre autres membres issus des milieux « chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable ». On observe donc que les médecins sont majoritaires, ce qui est sûrement dû au caractère médical de l'objet traité mais aussi (et peut-être surtout) au besoin d'inspirer confiance aux autres médecins. Les membres sont nommés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres (sur une liste double présentée par le Sénat) pour un terme renouvelable de quatre ans[46].

---

43 Loi du 15 mars 2020 visant à modifier la législation relative à l'euthanasie, *M.B.* du 23 mars 2020, entrée en vigueur le 2 avril 2020.

44 Cet article de la loi de 2002 avait déjà été modifié par la loi du 5 mai 2019 « portant des dispositions diverses en matière pénale et en matière de cultes, et modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et le Code pénal social », qui avait porté la durée de validité des déclarations anticipées à dix ans début 2020. Aussi, toute personne qui enregistrait sa déclaration anticipée à la commune pouvait en fixer elle-même la durée de validité et les administrations communales devaient l'informer des possibilités de retrait et de prolongement de la décision. Toutefois, l'arrêté d'exécution nécessaire pour modifier effectivement la loi n'avait jamais été pris. L'amendement de 2020 a ainsi abrogé celui de 2019.

45 *Cf. infra*, § 1.1.

46 L'arrêté royal du 2 août 2002 a nommé les premiers membres et substituts de la Commission. La composition doit respecter la parité linguistique, l'égalité des genres et une représentation pluraliste.

La Commission doit tout d'abord établir le document d'enregistrement (incluant les conditions de l'acte et la procédure suivie) qui sera complété et remis à la Commission même par tout médecin pratiquant une euthanasie[47]. Elle contrôlera ensuite si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la loi[48]. Elle se prononce endéans les deux mois. Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier aux autorités de poursuite (procureur du Roi)[49].

Elle établira également à l'attention des Chambres législatives un rapport bisannuel contenant notamment les statistiques (anonymes), une description et une évaluation de l'application de la loi et des éventuelles recommandations qui pourraient conduire à une modification de la loi ou à d'autres mesures concernant son exécution[50]. À cette fin, on prévoit que les Chambres organisent un débat à ce sujet dans les six mois de la réception du rapport. La Commission fédérale a donc une double fonction.

Pour ce qui est des autres dispositions, selon l'article 14 de la loi, la demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la loi n'ont pas de valeur contraignante. Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie, aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie. Le médecin peut notamment refuser de donner suite à une telle demande pour objection de conscience ou pour des raisons médicales. Le législateur n'a pas souhaité intervenir de manière rigide. C'est dans cette optique qu'il faut rappeler aussi l'*incipit* du paragraphe 2 de l'article 3, qui accorde toujours au médecin la possibilité de poser des conditions supplémentaires qu'il

---

47 Le document contient deux volets, dont le premier est scellé par le médecin afin de garantir l'anonymat.

48 Si des doutes subsistent, la commission peut décider de lever l'anonymat à la majorité simple et prendre alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement ou encore demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical.

49 La Commission fédérale sera probablement rarement confrontée à des dossiers devant être transmis au procureur ; la loi ne limite toutefois pas les compétences des magistrats du parquet et des juges d'instruction, de sorte que ceux-ci peuvent très bien ouvrir une enquête de manière autonome lorsqu'ils sont informés d'un décès suspect.

50 La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, toujours à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée.

souhaiterait mettre à son intervention[51] : en cela le médecin est totalement libre d'ajouter toutes les circonstances auxquelles il souhaite subordonner son action, pourvu qu'elles soient – bien évidemment – licites. La loi ne créé donc pas un droit à l'euthanasie mais seulement une permission légale suite au respect de certaines conditions strictes. Conséquemment, comme l'a justement souligné le Conseil National de l'Ordre des Médecins[52], il n'est pas seulement important que le patient soit informé de son état de santé mais il est tout aussi important qu'il soit informé à temps des convictions de ses médecins quant aux différentes possibilités de fin de vie afin qu'il ne soit contraint en phase terminale de rechercher un médecin disposé à pratiquer à sa demande un mode déterminé d'arrêt de la vie. La loi contient en outre quelques dispositions résiduelles, telles les normes concernant les contrats d'assurances.

Pour ce qui est spécifiquement du rôle du pharmacien, la loi du 10 novembre 2005[53] concernant le rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes, a inséré dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie un article 3*bis*, prévoyant que « le pharmacien qui délivre une substance euthanasiante ne commet aucune infraction » lorsqu'il le fait sur la base d'une prescription dans laquelle le médecin mentionne explicitement qu'il agit conformément à la loi. Le pharmacien doit fournir la substance euthanasiante en personne au médecin. Les critères de prudence et les conditions auxquels doivent satisfaire la prescription et la délivrance de médicaments qui seront utilisés comme substance euthanasiante seront établis par arrêté royal, de même que les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité des substances euthanasiantes.

1.1.1 L'exclusion de l'aide au suicide du champ d'application de la loi

En Belgique, l'aide au suicide n'est pas sanctionnée pénalement. Puisque le suicide ne constitue pas en soi une infraction, la participation au suicide ne peut être sanctionnée faute d'infraction principale[54]. Toutefois, avant l'adoption de la loi sur

---

51 *Cf. supra*.

52 Conseil national de l'Ordre des médecins, avis du 22 mars 2003.

53 Loi du 10 novembre 2005 concernant le rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes, *MB* 13 décembre 2005.

54 *Cf.* entre autres : L. Hennebel, « La dépénalisation de l'euthanasie en Belgique », Journal de

l'euthanasie, lorsque l'intervention du médecin prenait la forme de l'assistance au suicide celle-ci pouvait, en principe, être qualifiée de non-assistance à personne en danger et tomber sous les articles 422*bis* et 422*ter* du Code pénal[55].

Dans le suicide assisté, le médecin aide le patient à mettre un terme à sa vie à la demande de l'intéressé. Comme l'a précisé le Conseil d'État dans son avis du 2 juillet 2001, la seule différence objective avec l'euthanasie est que l'acte conduisant directement à la mort n'est pas posé par le médecin, même si l'ensemble des autres actes préalables (décisifs quant aux conséquences voulues par l'intéressé) peuvent être éventuellement accomplis par le médecin. Certaines personnes pourraient en effet souhaiter déterminer elles-mêmes le moment et le lieu dans lequel mettre fin à leurs jours, d'autres pourraient ne pas être en mesure de se procurer les moyens de manière autonome, d'autres encore pourraient préférer ne pas imposer au médecin le fardeau moral d'un tel acte.

Le législateur belge ayant choisi de ne pas réglementer à travers la loi sur l'euthanasie le statut juridique de l'aide au suicide, ce dernier demeure tout à fait incertain. Il s'agit en fait d'un vide juridique car, selon certains[56], en vertu du principe de la stricte interprétation, la loi ne s'applique qu'à l'euthanasie et n'influence pas l'appréhension juridique d'autres comportements, fussent-ils proches. Selon une autre interprétation, le principe du *favor rei* pourrait y rendre applicable la nouvelle loi, pourvu que l'aide au suicide se déroule dans le respect des conditions prévues par la loi pour une euthanasie ou dans des conditions équivalentes. Il en résulte que l'aide active apportée au suicide d'autrui pourrait rester, en théorie, punissable.

Le choix du Parlement belge implique une différenciation juridique qui n'est

---

l'Institut International des Droits de l'Homme (http://www.iidh.org/), 2002, Institut International des Droits de l'Homme ; Christian Panier et Philippe Monfils, *verbatim* des auditions au Sénat dans le cadre du processus d'adoption de la loi de 2002, *Doc.* n° 2-244/24, p. 941.

55 Il n'y a cependant pas de trace d'arrêts rendus en ce sens. De plus, une telle qualification soulève des doutes, dans la mesure où la non-assistance à personne en danger est un délit de pure omission, alors que l'aide au suicide est un acte positif et ne répond donc pas en tant que tel à la définition d'une telle infraction.

56 Y.-H. Leleu et G. Genicot, « L'euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas. Variations sur le thème de l'autodétermination »,. *cit.*

sûrement pas claire et a comporté nombre de perplexités et de critiques, parmi lesquelles se place au plus haut niveau le Conseil d'État. Dans son avis du 2 juillet 2001[57], ce dernier préconisait l'hypothèse que l'assistance au suicide se déroule – comme on disait – « dans le respect des conditions prévues par la proposition, ou dans des conditions équivalentes » et affirmait que « dans ce cas, il n'y a guère de différence, quant à la nature même du comportement visé et des intentions de la personne assistant une personne suicidaire, entre l'euthanasie au sens de l'article 2 de la proposition de loi et l'assistance médicale au suicide »[58].

Relativement à la déontologie médicale, le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est exprimé aussi dans la même direction et dans son avis du 22 mars 2003 : « Du point de vue déontologique, [l'aide au suicide] peut néanmoins être assimilée à l'euthanasie pour autant que soient réunies toutes les conditions prévues par la loi pour pratiquer une euthanasie (...)[59]. Compte tenu de son indication stricte et des conditions posées à son application, l'aide au suicide telle que définie plus haut ne se différencie pas de l'euthanasie ».

D'autres observateurs n'ont pas manqué de relever que, d'un point de vue éthique, la différence entre l'euthanasie et le suicide médicalement assisté serait inexistante ou en tout cas minime et que, par ailleurs, sous l'angle de l'autonomie de la personne, le suicide assisté offrirait davantage de garanties étant accompli par le patient lui-même[60]. On

---

57 Point 18 de l'avis du Conseil d'État.

58 Le même avis continuait comme suit : « On comprend dès lors mal pourquoi la loi proposée ne vise pas le comportement du médecin qui met des substances létales à la disposition d'un patient à la demande de ce dernier, tout en lui laissant le choix du moment de sa mort et en s'abstenant de poser lui-même l'acte mortel (...). La seule différence objective entre ces deux situations consiste en ce que l'acte conduisant directement à la mort est posé ou non par le médecin. Cette considération ne semble toutefois pas justifier, à elle seule, le fait de ne pas régler l'assistance au suicide si, pour le surplus, l'ensemble des autres actes préalables (...) sont accomplis dans l'un et l'autre cas par le médecin ». Pour la définition d'assistance médicale au suicide (ou suicide médicalement assisté), *cf.* notre glossaire : l'acte de fournir un environnement et des moyens nécessaires à une personne pour qu'elle se suicide avec l'assistance d'un médecin. Dans ce cas, c'est le patient lui-même qui déclenche sa mort et non pas un tiers.

59 Les conditions à respecter sont énumérées dans le paragraphe suivant : « L'aide au suicide n'est acceptable que si le médecin et le patient discutent au préalable de toutes les éventualités, si le médecin procure lui-même la substance létale qui doit être absorbée en sa présence et en suivant ses indications. Il doit demeurer présent pendant toute la durée de l'agonie pour, conformément à ce qui a été convenu, apporter à tout moment l'aide nécessaire ».

60 Herman Nys, « Physician assisted suicide in Belgian law », European Journal of health Law, 12:

pourrait donc imaginer une saisine de la Cour d'arbitrage dans les années à venir car la discrimination opérée par la loi entre l'euthanasie et le suicide médicalement assisté pourrait bien enfreindre les articles 10 et 11 de la Constitution (principes d'égalité et de non-discrimination).

Or, le choix effectué par le législateur belge installe une insécurité interprétative. D'une part, le Code pénal ne punit pas expressément l'aide au suicide, ce qui pourrait faire prévaloir la thèse de la licéité de l'acte. D'autre part, l'aide au suicide pourrait quand même être puni indirectement par le biais de l'article 422*bis* du Code pénal[61] concernant la non-assistance à personne en danger puisque, déjà intuitivement, une personne visant à commettre un suicide est clairement en grave danger. Le manque de jurisprudence ne nous aide pas à éclairer la question. À présent, si un juge ordinaire devait se trouver à décider, il aurait deux choix possibles : suivre la lettre de la loi et condamner le médecin qui assisterait le suicide d'un patient ; ou bien faire preuve d'une interprétation téléologique de la loi, à l'aide aussi des travaux parlementaires[62], montrant que l'intention du législateur n'était pas véritablement d'exclure le suicide médicalement assisté mais plutôt d'exclure l'euthanasie sans contrôle.

Pour le moment, nous n'avons pas connaissance de projets d'amendement ou de nouvelles lois visant à clarifier la position du médecin dans le suicide assisté. Au nom de la sécurité juridique, une intervention serait pourtant fort souhaitable.

1.1.2 L'option de la décriminalisation et la technique législative

Le Comité Consultatif, dans son avis du 12 mai 1997[63], avait énuméré les

39-42, 2005.

61 L'art. 422*bis* du Code pénal est ainsi libellé : « Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un an (maximum porté à deux ans si la personne en péril est un mineur d'âge) et d'une amende de 50 à 500 francs (à multiplier par 200) ou d'une de ces peines seulement , celui qui s'abstient de venir en aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention ».

62 *Cf. infra*, Partie II, § 1.

63 Avis n° 1 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, précité.

différentes alternatives possibles pour une discipline légale de l'euthanasie. Celles-ci allaient du maintien pur et simple de l'interdit légal jusqu'à une modification législative dépénalisant l'euthanasie, passant par deux types de régulation procédurale : l'une qui gardait l'interdit symbolique et basait la décision sur un colloque singulier et l'autre qui basait la décision sur une consultation collégiale *a priori*[64].

Comme nous l'avons vu, le législateur belge a opté pour une décriminalisation résultant de l'insertion dans une loi spéciale des causes de justification auxquelles elle est subordonnée[65]. Il a donc préféré de ne pas modifier le Code pénal, ce qui a notamment deux implications importantes : garder l'interdit absolu de tuer et ne pas bouleverser l'économie entière du code à cause d'une dérogation aussi spécifique. Ce choix technique n'en diminue aucunement l'impact : on codifie les règles d'exercice d'actes qui restent criminels, dans le double intérêt du patient et du médecin. Le premier se voit reconnaitre son droit à l'autodétermination et le second se voit déculpabilisé et exonéré de sa responsabilité pénale lorsqu'il respecte les conditions établies[66]. Le champ de la répression est diminué, via une décriminalisation partielle subjective (puisque l'euthanasie n'est décriminalisée que si elle est mise en œuvre par un médecin et suivant des conditions précises). Dans ce cadre, la demande du malade est une condition nécessaire pour que la cause de justification joue son rôle et son consentement devient l'une des circonstances excluant l'infraction[67].

Le législateur se trouvait face à un conflit entre les exigences – d'un côté – de préservation de l'ordre social et de contrôle des activités criminelles et – de l'autre côté – de respect de la légalité, de protection de la liberté et de l'égalité des citoyens[68]. La

---

64 *Cf. infra*, Partie II, § 1.2.3.2.

65 Comme le relève F. Judo, « c'est donc une loi spécifique qui détermine sous quelles conditions un médecin peut procéder à un acte qui peut être qualifié d'euthanasie sans tomber sous le coup du droit pénal » (F. Judo, « La législation sur l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique : un train peut en cacher un autre », *op. cit.*, 2013/2 Tome 61, p. 71).

66 Y.-H. Leleu et G. Genicot, « L'euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas. Variations sur le thème de l'autodétermination », *op. cit*.

67 Plus largement, le consentement du patient joue ce rôle dans les cas d'interventions médicales portant atteinte à l'intégrité physique.

68 Pour les aspects plus générales de la dépénalisation en Belgique : M. van de Kerchove, *Le droit sans peines. Aspects de la dépénalisation en Belgique et aux États-Unis*, *op. cit.*

légitimité de l'intervention par le droit pénal se trouvait sérieusement mise en cause (comme le démontrait d'ailleurs l'attitude du parquet pendant des décennies) car la nature même du crime était remise en question par une société de plus en plus pluraliste, de moins en moins attachée à certaines approches typiques des valeurs traditionnelles et en constante évolution vers l'affirmation de l'autonomie individuelle et de l'importance de la dignité humaine dans toutes les phases de la vie. On a alors choisi de contrôler les comportements visés en les soumettant à des conditions réglementaires, préférant ceci à une intervention dans le texte du Code pénal.

Cette option est préférable dans les sociétés complexes, où le fait de fixer à l'avance le contenu précis du permis et de l'interdit devient très difficile : on préfère dans ces conditions des règles du droit qui fixent davantage les procédures par lesquelles les personnes sont amenées à décider de leurs orientations plutôt que de déterminer à l'avance cette orientation[69]. C'est un choix qui vise à respecter chaque individu, tout en lui permettant de définir une solution spécifique à son problème dans le cadre de la légitimité juridique.

Nous reviendrons plus loin sur le débat qui a précédé et alimenté ce choix. Pour le moment, nous nous contentons de constater que la solution retenue reflète bien – quoi qu'on en pense sur le fond – le but de trouver un équilibre social entre deux exigences (au départ) en conflit.

1.2 La loi du 28 février 2014, étendant l'euthanasie aux mineurs[70]

La loi de 2014 intervient comme amendement de la loi du 28 mai 2002. Elle se compose d'à peine 3 articles qui étendent la possibilité de demander une euthanasie au « mineur doté de la capacité de discernement » (article 2, lettre a), tout en fixant des conditions plus restrictives par rapport aux autres patients et notamment le fait d'être

[69] P. Boitte, J.-Ph. Cobbaut et D. Jacquemin, « La loi du 28 mai relative à l'euthanasie : un outil prêt à l'usage ? », in *Ethica Clinica* n° 32, Décembre 2003, p. 22-7.

[70] Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs, 28 février 2014, précitée.

« dans une situation médicale sans issue de souffrance physique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui entraine le décès à brève échéance, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable » (article 2, lettre c). Ce qui signifie que dans le cas d'un patient mineur tel que l'on vient de citer ci-dessus, la seule souffrance psychique ne permet pas d'accéder à la demande d'euthanasie.

Parmi les conditions procédurales est ajoutée la consultation d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue, qui doit s'assurer de la capacité de discernement du mineur et l'attester par écrit (article 2, lettre d). Suite à cette consultation, le médecin traitant informe de ses résultats le patient et ses représentants légaux et s'assurer que les derniers marquent leur accord sur la demande du patient (*ibid.*). La loi e 2014 exclut en outre l'application aux mineurs non émancipé des dispositions relatives à l'euthanasie de patients non-terminaux (article 2, lettre e).

1.3 La loi relative aux droits du patient du 22 août 2002

Jusqu'à la publication au Moniteur belge[71] de la loi du 22 août 2002, le patient ne pouvait invoquer aucune loi spécifique concernant ses droits. Ces derniers étaient toutefois déjà amplement reconnus par la jurisprudence[72] ainsi que par le code de déontologie médicale, mais ils ont été finalement consacrés par une loi qui établit que le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable et qu'il a, de même, le droit de refuser ou de retirer son consentement.

Il s'agit d'une loi simple et précise, qui établit des droits fondamentaux à respecter par toute une série de praticiens professionnels : les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les paramédicaux.

Le droit à l'autonomie, véritable pierre angulaire de la loi et déjà garanti au patient

71 Le 26 septembre 2002.

72 Des droits dérivaient quand même des traités internationaux, des principes généraux du droit, des dispositions constitutionnelles et des dispositions pénales.

par la déontologie médicale, est énoncé à l'article 5. Il s'ensuit qu'un patient peut refuser des soins curatifs, à tout moment de l'évolution de son affection (également avant son stade terminal) et qu'il peut à tout moment opter pour des soins palliatifs[73]. Plus précisément, il est question notamment des droits :

- à la prestation de services de qualité ;
- au libre choix du praticien professionnel ;
- à l'information sur son propre état de santé ;
- au consentement éclairé ;
- au dossier médical ;
- à la protection de la vie privée ;
- à s'adresser à la fonction de médiation compétente et y introduire une plainte.

Le droit au consentement éclairé (art. 8 de la loi) nous interpelle aussi. Si une intervention d'un praticien s'avère nécessaire, il est toujours indispensable que le patient – en fonction des informations qui lui sont communiquées – donne expressément son consentement de manière préalable et sans pressions externes[74]. Bien évidemment le patient ne peut marquer son consentement à une intervention ou la refuser que s'il dispose des informations nécessaires à cet effet (par exemple le but de l'intervention, son caractère plus ou moins urgent, les contre-indications, effets secondaires ou risques significatifs, les alternatives possibles, ainsi que les conséquences d'un refus ou d'un retrait de consentement)[75].

Or, le patient ne peut jamais être obligé ou forcé de subir une intervention

---

73 Conseil national de l'Ordre des médecins, avis du 22 mars 2003, *in* http://195.234.184.64/web-Fr/fr/a100/a100006f.htm .

74 Bien sûr, dans certains cas le praticien peut raisonnablement déduire du comportement du patient que celui-ci donne son consentement : on parle alors d'un consentement implicite, prévu aussi par la loi. Si en principe, toute intervention du praticien doit faire l'objet du consentement du patient ou de la personne qui le représente, dans certaines situations d'urgence cela s'avère impossible. Le praticien peut alors quand même effectuer les interventions utiles dans l'intérêt exclusif du patient. Toutefois il devra tenir compte de la volonté éventuellement exprimée auparavant par le patient ou la personne qui le représente. Il va de soi qu'il y a lieu de respecter, dès que possible, l'obligation liée à l'information et au consentement.

75 Les informations doivent être fournies préalablement à toute intervention et en temps opportun afin que le patient ait, entre autres, le temps nécessaire pour consulter un autre praticien professionnel (deuxième avis).

déterminée. On lui reconnaît le droit de refuser ou de retirer son consentement. Non seulement il faut tenir compte d'un refus exprimé le jour même, mais – lorsque le patient serait incapable d'exprimer son consentement – il est également donné suite à une directive anticipée par laquelle un patient capable refuse un traitement déterminé et ce, tant qu'il n'a pas révoqué celle-ci à un moment où il est lui-même en mesure d'exercer ses droits. Le refus ou le retrait du consentement n'implique guère la possibilité pour le praticien de mettre fin à la relation avec le patient : le praticien devra proposer des interventions alternatives ou un transfert ; quoi qu'il en soit, les soins d'hygiène requis devront être poursuivis sans interruption.

1.4 La loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs

L'analyse de la loi belge relative à l'euthanasie et aux droits du patient ne peut être dissocié de la loi du 14 juin 2002 sur les soins palliatifs[76], une mesure distincte imposant aux pouvoirs publics de garantir un accès égal aux soins palliatifs pour les patients incurables, tant en ce qui concerne leur délivrance qu'en ce qui concerne leur remboursement.

L'objectif est clairement d'éviter que des personnes défavorisées, isolées ou fragilisées ne soient tentées de demander l'euthanasie pour des raisons économiques.

Un ensemble multidisciplinaire de soins revêt une importance capitale pour assurer l'accompagnement de ces patients en fin de vie, et ce sur les plans physique, psychique, social et moral. Le but premier des soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale.

Par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre « l'ensemble des soins apportés au patient atteint d'une maladie susceptible d'entraîner la mort » une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies.

Tout patient doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie et tout médecin auprès duquel une demande d'euthanasie est formulée doit, dans cet esprit, informer le malade de l'existence de tels soins palliatifs. Nous observons *in fine* que la demande d'euthanasie selon l'article 14 de

[76] *M.B.* du 22 octobre 2002, p. 49160 et s.

la loi du 28 mai 2002 n'a pas de valeur contraignante alors qu'en vertu de l'article 2 de la loi relative aux soins palliatifs, ces soins sont un droit de chaque patient, avec pour unique condition restrictive qu'ils concernent l'accompagnement de sa fin de vie.

1.5 Le code de déontologie médicale

L'approbation des nouvelles lois – notamment celles sur l'euthanasie et sur les droits du patient– a impliqué un changement de route aussi pour l'Ordre des Médecins[77].

Le code de déontologie médicale (élaboré en 1975 et modifié en 1992[78]) prévoyait l'interdiction claire et nette de l'euthanasie et de l'aide au suicide (art. 95) alors que l'acharnement thérapeutique y était déjà rejeté (art. 98). Si dans son avis du 15 janvier 2000, le Conseil national ne se prononçait ni pour ni contre une dépénalisation/décriminalisation partielle de l'euthanasie, dans son avis du 17 novembre 2001, il se prononçait, par ailleurs, contre la possibilité légale de l'euthanasie pour des patients dont la mort n'est manifestement pas proche et (tout en soutenant que ce groupe est extrêmement réduit) il estimait de son devoir « d'exhorter les médecins à la plus grande prudence dans le cadre de demandes d'euthanasie de patients dont la mort n'est pas censée être proche ».

Suite à l'adoption de la nouvelle législation, dans son avis du 22 mars 2003, le Conseil de l'Ordre a pris acte de l'impact sur la déontologie médicale des lois adoptées et le 18 mars 2006, il a procédé à une révision des articles du code concernés (95 à 98). Dans sa prise de position de 2003, le Conseil de l'Ordre reconnaissait que « lorsqu'une législation de ce type est établie dans un État démocratique et respecte la liberté de conscience de chaque médecin, son existence ne peut être ignorée par une institution de droit public comme l'Ordre des médecins ». Le nouveau texte des articles du code sur la

[77] Il convient peut-être de rappeler que l'Ordre se doit de respecter la loi au même titre que tout autre sujet de droit et que la jurisprudence permet au Conseil national d'ajouter à la législation des règles de conduite déontologiques destinées à guider les médecins dans l'exercice de leur profession. Le non – respect de ces règles peut mener à des sanctions disciplinaires.

[78] Il est utile de rappeler que le code en question n'a pas été rendu obligatoire par un arrêté royal, ce qui était pourtant une option possible. Dès lors, il est applicable aux médecins mais n'a aucun effet externe et n'est pas opposable à des tiers.

vie finissante souligne l'importance du consentement du patient à toute intervention du médecin, affirme plus clairement que l'acharnement thérapeutique doit être évité et élimine logiquement toute référence à l'interdiction de pratiquer l'euthanasie et l'aide au suicide.

De plus, nous rappelons (comme nous l'avons vu *supra*[79]) le positionnement innovateur de l'Ordre concernant le suicide médicalement assisté qu'il assimile complètement à l'euthanasie une fois que les conditions prévues par la loi sont respectées[80].

1.6 Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives

Le cadre normatif que nous venons d'examiner est articulé et complexe. Par le biais de ses multiples instruments, il couvre la plupart des situations dans lesquelles une personne peut se trouver en fin de vie : les soins palliatifs (loi du 14 juin 2002), la limitation, l'abstention ou l'arrêt des traitements ou des dispositifs de survie artificielle (loi du 22 aout 2002), l'euthanasie (loi du 28 mai 2002, amendée par la loi du 28 février 2014).

En un laps de temps relativement court, le Parlement belge a réformé globalement le domaine de la vie finissante. Il apparaît clairement que la boussole du législateur a été le respect de l'autonomie de la personne, dans un but de protection de la dignité humaine. Désormais le patient capable a son mot à dire pour toute intervention médicale qui le concerne (ou qui le concernera dans le futur en cas de perte de conscience) et le médecin se doit de le respecter (tout en se voyant garantir, à son tour, le droit à l'objection de conscience pour les demandes d'euthanasie). En même temps, la législation offre des garanties aussi au personnel médical, qui jouit maintenant de la sécurité juridique nécessaire et peut assumer ses responsabilités.

---

79 *Cf. supra*, § 1.1.2.

80 Conseil National de l'Ordre des Médecins, avis du 22 mars 2003, *in* https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/avis-relatif-aux-soins-palliatifs-a-l%27euthanasie-et-a-d%27autres-decisions-medicales-concernant-la-fin-de-vie .

La législation adoptée vise à établir des procédures garantissant à la fois les patients, les médecins et, ainsi, la société toute entière contre des dérives possibles qui peuvent se vérifier en l'absence d'un cadre juridique clair. Reste le regret d'avoir laissé dans une zone grise le cas du suicide médicalement assisté qui respecterait toutes les procédures prévues par la loi du 28 mai 2002 (sauf, bien évidemment, la condition relative à l'auteur matériel de l'acte mortifère). Au nom de la sécurité juridique, ce type d'intervention mériterait aussi l'intervention du législateur au lieu de la suppléance de la jurisprudence (ou des évaluations de la Commission Fédérale de contrôle et d'évaluation).

2 LE DROIT FRANÇAIS

Sommaire : 2.1. Les dispositions du Code civil. 2.2. Les dispositions du Code pénal. 2.3. Un aperçu des quatre lois adoptées récemment. 2.4. La jurisprudence. 2.5. Le code de déontologie médicale. 2.6. Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives.

L'euthanasie n'est actuellement pas définie juridiquement en droit français. En effet, il n'y a pas d'incrimination de l'acte euthanasique prévue dans le Code pénal dans la mesure où elle ne constitue pas une incrimination particulière et l'euthanasie n'est pas non plus un fait justificatif, ni une circonstance aggravante voire atténuante de responsabilité. Cependant, comme nous le verrons dans les prochaines pages, l'acte euthanasique n'en est pas moins interdit et il est bien constitutif d'infractions pénales.

Puisqu'une législation spécifique fait défaut, les normes concernant l'euthanasie se trouvent dans différents textes, qu'il faudra examiner de manière globale. Ainsi, si le Code civil énonce le principe de base (indisponibilité et inviolabilité du corps humain), c'est au Code pénal de sanctionner les actes criminels dérivant des pratiques euthanasiques tandis que des lois spécifiques précisent la licéité d'autres comportements afférant à la fin de vie[1].

2.1 Les dispositions du Code civil

En France, selon le principe général d'indisponibilité et d'inviolabilité du corps humain, il résulte du Code civil qu'on ne peut pas disposer librement de son propre corps. L'article 16 établit une sorte de préambule de principe, affirmant que la loi « assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ». C'est ensuite l'article 16-1 qui va plus

[1] Nous nous référons ici notamment à la sédation terminale, à l'arrêt de l'acharnement thérapeutique et au refus des traitements que nous aborderons plus loin.

loin en précisant que « chacun a droit au respect de son corps » et que « le corps humain est inviolable ».

Cette dernière formule implique une prohibition solennelle qui connaît toutefois des tempéraments raisonnables[2]. Ceux-ci peuvent être motivés – entre autres – par les impératifs de la sécurité publique (la prise d'empreintes génétiques), par les exigences de santé publique (justifiant par exemple les vaccinations obligatoires), ou encore – comme le précise clairement l'article 16-3 – par la « nécessité médicale pour la personne »[3]. Il est toutefois clair que cette dernière possibilité ne peut inclure, dans l'intention du législateur aussi bien que dans la lettre de la loi, les cas d'euthanasie. Bien que certains professionnels aient poussé leur interprétation jusqu'à considérer la mort comme une « thérapie »[4], ceci n'est à nos yeux pas envisageable sauf à bouleverser le *ratio* même du code.

Le consentement de la personne ou sa demande ne peuvent donc pas justifier une infraction à ce principe, car le consentement fait disparaître l'infraction seulement dans les cas où la personne jouit de la libre disposition de l'intérêt protégé[5].

2.2 Les dispositions du Code pénal

Actuellement, en droit français, l'acte euthanasique relève du droit pénal. Sa qualification n'est pourtant ni claire ni univoque.

Le geste du professionnel de santé ou du proche qui provoquerait intentionnellement la mort d'un tiers relèvera logiquement des infractions qui portent

---

2 J. Roux, « Permanences et mutations du Code civil au XX^e siècle », in J. Bouine et J. Roux, *200 ans de Code civil*, CulturesFrance, 2004, p. 173.

3 L'art. 16-3 est ainsi libellé : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ».

4 *Cf.* Pete Hoebeke, médecin à l'hôpital Universitaire de Gand, dans le quotidien français Le Monde : « Je suis étonné qu'un grand pays laïque comme la France ne parvienne pas à statuer sur ce qui est aussi une thérapie » (Le Monde, 21.03.2008).

5 *Cf.* le paragraphe suivant sur les normes pénales.

volontairement atteinte à la vie : l'acte recevra alors la qualification d'homicide, prenant la forme du meurtre (homicide volontaire), de l'assassinat (meurtre par préméditation) ou de l'empoisonnement, selon les modalités de son exécution.

Aux termes de l'article 221-1 du Code pénal, « le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre », qui est puni de trente ans de réclusion. D'autre part, selon l'article 221-3, « le meurtre commis avec préméditation constitue un assassinat » et est puni de la réclusion criminelle à perpétuité. L'euthanasie étant souvent l'aboutissement d'une réflexion, il serait donc loisible de poursuivre pour assassinat et l'accusé pourrait alors encourir – selon la lettre du Code pénal – la réclusion criminelle à perpétuité. Enfin, et même si la préméditation ne peut être retenue, l'auteur qui aurait agi dans une impulsion compatissante aura, selon toute vraisemblance et par hypothèse, commis cet acte à l'encontre d'une personne vulnérable : cette circonstance porterait donc toujours potentiellement la peine encourue à la réclusion criminelle à perpétuité[6]. De plus, le fait que la victime se trouve – souvent – en fin de vie ne va ni supprimer ni atténuer la responsabilité pénale, puisque la notion d'« autrui » dans le Code pénal ne connaît pas de différenciations possibles[7].

L'empoisonnement constitue une spécification du *modus operandi* et est défini par l'article 221-5 comme « le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort ». Il est aussi puni de trente ans de réclusion criminelle. Il est utile de remarquer que l'empoisonnement est une infraction quel que soit le résultat obtenu, puisque le fait même d'administrer des substances mortelles suffit à réaliser l'élément matériel de l'infraction (ceci permettrait, par ailleurs, de démarrer l'incrimination là où le meurtre ne permettrait pas de constituer l'infraction).

---

6 Art. 221-4 du code pénal ; en ce sens S. J. F. Hauger, « L'euthanasie en France. Perspectives législatives... », Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'études approfondies de sciences criminelles, 2001.

7 F. Dreifuss-Netter, « Les juges et la fin de vie », *Les Tribunes de la santé*, 2004/4 (no 5), p. 68.

La définition d'empoisonnement nous semble refléter précisément le geste euthanasique, dans la mesure où celui-ci consiste le plus souvent dans l'administration (par injection ou par d'autres moyens) d'un produit létal. De plus, comme cette incrimination contient des éléments spécifiques, ceci devrait faire pencher les procureurs plutôt vers l'infraction d'empoisonnement que vers l'infraction générale de meurtre ou d'assassinat.[8] La jurisprudence (notamment dans l'affaire Humbert et dans le « verdict de Périgueux[9]) confirme cette lecture.

Dans tous les cas susmentionnés, l'éventuel consentement de la victime ou sa demande ne peuvent jamais justifier ces infractions. Un médecin, un infirmier ou un proche pourront très bien être poursuivis à raison d'un tel acte, quand bien même la demande en aurait été exprimée préalablement par l'intéressé. Il s'ensuit que, selon le droit français, l'infraction est identique, que l'euthanasie soit volontaire ou non, car le consentement de la victime est inopérant pour disqualifier pénalement une pratique euthanasique[10].

Il est peut-être utile d'ajouter que le mobile n'a, lui non plus, aucune pertinence en droit pénal au niveau de l'incrimination. L'acte conscient et volontaire est intentionnel, quel qu'en soit le mobile[11]. Peu importe donc que l'acte ait été motivé par amour, compassion, intérêt personnel ou même vengeance : il n'en demeure pas moins un acte juridiquement criminel[12].

Le suicide médicalement assisté pose des problèmes supplémentaires de qualification juridique. Aider un patient à se suicider pourra également, selon les cas, faire l'objet de sanctions pénales.

---

8 En ce sens aussi A. Prothais, « Accompagnement de la fin de vie et droit pénal », *JCP*, 2004, éd G, I, 130, par. 9 ; F. Dreifuss-Netter, « Les juges et la fin de vie », *op. cit.*, p. 68.

9 *Cf. infra*, § 2.4.

10 S. J. F. Hauger, « L'euthanasie en France. Perspectives législatives... », *op. cit.*, p. 12.

11 A. Prothais, *op. cit.*, par. 9.

12 Par contre, comme nous le verrons plus loin, s'il est vrai que le mobile n'est pas tenu en compte au niveau des incriminations, il peut bien influencer la détermination de la sanction ou encore la décision d'entamer ou de poursuivre l'action pénale.

Il faut d'abord préciser, qu'en France, le suicide est une liberté civile et que la loi ne le réprime pas[13]. Le suicide n'étant pas une infraction, l'aide au suicide ne peut pas constituer un acte de complicité. Il a été justement remarqué[14] que le problème du suicide assisté se pose notamment dans les démocraties occidentales ayant décriminalisé le suicide. En effet, là où le suicide n'est pas criminalisé et que l'on reconnaît au citoyen la liberté de se suicider (l'État n'y opposant ni d'entrave ni de condamnation), la question se pose de manière significative lorsque les patients ne peuvent pas faire tous seuls les gestes souhaités. Il y aurait donc une liberté de se suicider, sans pour autant affirmer un *droit* à le faire puisque l'État se limite à tolérer cette possibilité sans permettre à un tiers d'aider à réaliser cet acte[15].

En revanche, la loi sanctionne l'abstention volontaire de porter assistance à personne en danger (article 223-6 du Code pénal, concept mieux connu comme « non-assistance à personne en danger ») et la provocation au suicide (article 223-13). Pour quelques observateurs, l'assistance au suicide pourrait relever du premier crime[16], tandis que pour d'autres (plus nombreux) du second[17]. De plus, nous verrons par la suite que la Cour de cassation a affirmé – dans un cas ne pouvant absolument pas se définir comme un suicide assisté – le principe selon lequel « la remise à la victime, en vue de leur absorption, de médicaments susceptibles d'entraîner son décès, constitue l'acte

13 L'incrimination du suicide a été abolie en France en 1791.

14 S. Rameix, « Le droit de mourir », in « Le bien mourir », *Gérontologie et société*, n° 108, 2004/1 vol. 27, mars 2004, p. 105.

15 Par ailleurs, la nature même de la liberté de se suicider pourrait être mise en question par le fait que la provocation au suicide est punie, puisqu'il est bien rare – comme le remarque subtilement S. Rameix (*op. cit.*, p. 107) - que l'on interdise l'incitation à l'exercice d'une liberté.

16 *Cf.* par exemple F. Dreifuss-Netter, « Les juges et la fin de vie », *op. cit.*, p. 69, note 13, qui n'exclut toutefois pas la possibilité d'appliquer l'infraction de provocation au suicide.

17 *Cf.* en ce sens B. Legros, *op. cit., p. 24* ; S. J. F. Hauger, « L'euthanasie en France. Perspectives législatives... », *op. cit.*, p. 11, note 2. Selon Hauger, notamment, « l'origine de cette disposition, initialement issue d'une loi du 31 décembre 1987, tient à la publication en 1982 par Le Bonniec et Guillon d'un livre intitulé « Suicide, mode d'emploi, Histoire, techniques, actualité ». Cet ouvrage fut fustigé de tout côté, et la volonté du législateur n'était alors pas de réprimer l'assistance au suicide en tant que pratique euthanasique. C'est la jurisprudence qui a détourné cette disposition pour l'appliquer à des situations d'euthanasie ».

d'administration visé par l'{ancien} article 301 C. pén. », actuellement article 221-5 (empoisonnement)[18].

Par rapport à la non-assistance à personne en danger, nous exprimons notre perplexité quant à l'utilisation dans ce contexte d'incriminations impliquant une atteinte par omission. Il ne faut pas perdre de vue les éléments matériels caractérisant le suicide médicalement assisté, notamment l'assistance apportée par le médecin au patient à travers la mise à la disposition de produits que le patient (et lui seul) utilisera pour se donner la mort. Il s'agit bien d'une action (la remise des produits ou leur simple prescription) et non pas d'une omission. Nous ne pouvons pas non plus cautionner un raisonnement *a contrario*, visant à déduire d'un acte positif l'intention de ne pas porter secours : d'ailleurs, lorsque la Cour de cassation a appliqué cette incrimination dans un fameux arrêt du 26 avril 1988 concernant la conduite de l'auteur d'un ouvrage intitulé «Suicide, mode d'emploi»[19], la loi portant création du délit de provocation au suicide n'était pas encore d'application. Il en résulte que, en tout état de cause, le verdict de la Cour aurait fort probablement été différent si la conduite incriminée avait eu lieu quelques mois plus tard.

Si nous n'entrevoyons donc dans ce geste aucune omission que la loi puisse sanctionner, il pourrait en être différemment pour l'infraction de provocation au suicide. En effet, l'article 223-13 du Code pénal la définit simplement comme « le fait de provoquer au suicide d'autrui », sans donner davantage de définition de la conduite incriminée. Or, l'application de cette infraction a soulevé des sévères critiques doctrinales et certains ont même invoqué une « fraude à la loi »[20], un détournement de l'esprit de la loi par des artifices formels. En effet, en droit pénal, la provocation peut renvoyer à

---

[18] Cass. crim., 8 juin 1993, *Bull. crim.*, no 203.

[19] Cass. crim., 26 avril 1988, *Bull. crim.*, n° 178, D. 1990. J. 479 (note H. Fenaux) : « Caractérise les éléments matériels et intentionnels du délit de l'art. 63, al. 2, C. pén. *{actuellement art. 223-6 C. pén.}*, l'arrêt constatant que l'auteur d'un ouvrage intitulé «Suicide, mode d'emploi», consulté sur l'efficacité de certaines méthodes préconisées, puis sur la dose mortelle d'un médicament, par une personne lui faisant part, à deux reprises, de sa détermination à se donner la mort, non seulement s'abstient de conjurer le péril dont il avait connaissance, mais encore fournit à son correspondant des renseignements lui permettant de mettre son projet à exécution ; de ces constatations souveraines, les juges ont acquis la conviction que le prévenu n'avait jamais eu l'intention de porter secours au désespéré ».

[20] E. Dunet-Larousse, « L'euthanasie : significations et qualification au regard du droit pénal », *Revue de droit sanitaire et social*, 34, 1998.

différentes figures juridiques : dans le cas d'espèce, cela devrait renvoyer à l'incitation à commettre certains faits délictueux, faisant naître ou renforçant la résolution criminelle – ce qui sous-entend l'idée de « susciter » le comportement délictueux. Il est évident que le suicide médicalement assisté ne devrait en aucun cas consister en une « incitation » à se suicider mais bien au contraire devrait apporter une aide à un patient qui s'est déterminé de manière autonome et en l'absence de toute pression externe.

Toutefois, un prononcé jurisprudentiel ouvre la voie au renvoi à cette incrimination. Par une ordonnance du 17 mars 2008, le tribunal de grande instance de Dijon a rejeté la demande d'aide au suicide formulée par Chantal Sébire, atteinte d'une tumeur incurable, car « la personne qui se rend complice d'un suicide par aide ou assistance ou fourniture de moyens » engagerait sa responsabilité aux termes de l'article 223-13 du Code pénal[21]. Tout en soulignant que la loi n'avait pas du tout été écrite en songeant au suicide médicalement assisté, il n'en demeure pas moins que le fait de contribuer à la préparation d'un acte suicidaire par la mise à disposition des produits nécessaires pourrait donc constituer le délit en question. Dans un pareil cas, les peines prévues sont bien plus basses que celles encourues suite aux actes qualifiés d'empoisonnement ou même de non-assistance de personne en danger : celui qui provoque au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide (alinéa 1), cette peine s'élevant à cinq ans lorsque la victime de l'infraction est un mineur de quinze ans (alinéa 2).

Finalement, nous souhaitons évaluer les principes dégagés de l'arrêt de la Cour de cassation cité plus haut[22] suggérant une référence au crime d'empoisonnement. Dans le cas d'espèce, l'accusé n'était pas le médecin de la victime (ni membre du corps médical) et il avait volontairement porté atteinte à la vie d'une autre personne pour des raisons substantiellement économiques. Il avait, de plus, agi par tromperie et abus de confiance, faisant croire à la victime que l'absorption des produits n'aurait pas fini par provoquer sa

21 Pour plus de détails sur cette affaire, *cf. infra*, § 2.4.
22 Cass. crim., 8 juin 1993, *Bull. crim.*, n° 203.

mort. Or, il est évident que ce cas n'a rien à voir avec l'idée même de suicide (médicalement) assisté tel que nous l'entendons. Dans ces conditions, l'application du principe dégagé par la Cour de cassation – selon lequel il y aurait empoisonnement de par la simple remise de médicaments aptes à entraîner la mort – aux comportements d'assistance médicale au suicide ne devrait pas être cautionnée. En conclusion, si nous reconnaissons que le crime d'empoisonnement puisse s'appliquer aux gestes euthanasiques (*cf. supra*), nous estimons que tel n'est pas le cas lorsque le médecin – ou un tiers n'appartenant pas au corps médical – se borne à remettre des produits potentiellement mortels à une personne ayant exprimé la volonté réfléchie de se suicider et réalisant l'acte de manière autonome.

2.3 Un aperçu des quatre lois adoptées récemment

En droit français, il n'existe pas de droit de mourir, seulement un droit à approcher la mort dans la dignité. Quatre instruments législatifs nouveaux se sont succédés dans les deux dernière décennies, affirmant de manière de plus en plus claire et évolutive les droits des patients en fin de vie.

A. La Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs[23]

Tout d'abord, par la loi du 9 juin 1999 visant principalement le droit à l'accès aux soins palliatifs, le législateur français a reconnu aux malades « le droit de s'opposer à toute investigation et thérapeutique » (article 1). Il s'agit du premier texte législatif consacrant le refus des soins comme un droit[24] ; néanmoins, les modalités de son exercice n'y sont pas définies dans les détails.

[23] Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, *JORF* n°132 du 10 juin 1999, p. 8487.
[24] B. Legros, *op. cit.*, p. 95.

B. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[25]

C'est ensuite la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades qui, après avoir reconnu à toute personne malade un droit au respect de sa dignité, précise que le médecin doit respecter la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement[26] (article 11). Malgré un texte qui paraît assez clair dans son intention de faire respecter la volonté du patient[27], la jurisprudence précédente relative au cas d'urgence n'a pas changé depuis l'adoption de cette loi. Selon cette jurisprudence, confirmée aussi en août 2002[28], lorsque le pronostic vital est en jeu les actes « indispensables » et « proportionnés » peuvent être accomplis malgré le refus du patient. Ce point a donc rendu indispensable l'intervention du législateur en 2005 (ce que nous verrons dans un instant) afin de désavouer cette interprétation jurisprudentielle. Au même article 11, la loi de 2002 a aussi créé et défini une nouvelle notion, celle de « personne de confiance » : susceptible d'être désignée par toute personne majeure[29], il s'agit d'un parent, d'un proche ou bien du médecin traitant, et qui sera consulté au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit et est révocable à tout moment.

C. La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie[30]

25 *JORF* du 5 mars 2002, p. 4118 et s.

26 Selon la nouvelle formulation, « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne (...) ». On ajoute toutefois que : « Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ».

27 Le texte continue, par ailleurs, ainsi : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

28 C. E., 16 aout 2002, n°249552.

29 Les mineurs d'âge sont expressément écartés et les titulaires de l'autorité parentale ne sont pas habilités à la désigner à sa place.

30 *JORF* du 23 avril 2005, p. 7089.

Conçue comme un complément de la loi de 2002, c'est finalement la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (appelée « loi Leonetti » du nom de son rapporteur) qui éclaircit les droits déjà établis et pousse la reconnaissance de la dignité des personnes sur le point de trépasser jusqu'à l'introduction de nouvelles dispositions permettant au corps médical de « laisser mourir » le patient en fin de vie. Ainsi, selon les termes utilisés par le Conseil national de l'ordre des médecins, cette loi « peut être considérée comme un laisser mourir sans faire mourir en accompagnant le malade vers une fin paisible »[31].

Nous n'allons pas analyser les détails de ses dispositions car elles seront toutes substantiellement amendées (ou alors abrogées) par la loi Léonetti-Claeys de 2016 (*cf. infra*). Nous nous bornons à remarquer que la loi de 2005 interdit explicitement l'« obstination déraisonnable » (article 1)[32], autorise les traitements antalgiques qui peuvent avoir comme effet secondaire – prévisible mais non recherché – d'abréger la vie du patient (article 2 – théorie appelée du « double effet », dont l'un serait bon et voulu, et l'autre serait prévu mais pas voulu[33]) et précise ensuite le droit des malades à consentir ou refuser un traitement. À cette fin, quatre situations différentes sont envisagées :

---

31 Commentaire à l'art. 37 du code de déontologie médicale.

32 En effet, reprenant les termes utilisés par le code de déontologie médicale (art. 37), le premier article de la loi débute en modifiant l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique relatif au droit de recevoir les soins les plus appropriés au regard de l'état de santé, par l'ajout d'un alinéa 2 : « Ces actes ne doivent pas être une obstination déraisonnable ». Cette expression a été préférée à celle couramment utilisée d'« acharnement thérapeutique ». Les caractéristiques des traitements à ne pas poursuivre sont ensuite mieux précisées, là où on ajoute (toujours s'inspirant du code déontologique) : « Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie ». Il convient aussi de remarquer que, dans ce dernier ajout, le législateur a préféré le verbe « peuvent » (« ...ils peuvent être suspendus... ») au verbe « doivent ». En effet, ce choix permet de mieux interpréter l'esprit de l'article en question, qui donne une faculté au médecin et non pas une obligation, mettant ainsi le médecin à l'abri d'éventuelles poursuites judiciaires, qu'il souhaite ou non continuer les soins jusqu'au bout.

33 *Cf.* aussi notre glossaire (*supra*) : le double effet consiste en l'administration d'analgésiques à des doses élevées qui accélèrent éventuellement le décès ; ainsi l'argument du « double effet » signifie qu'un effet est bon et voulu, l'autre est prévu mais pas voulu.
Le code de la santé publique prévoit dès à présent la possibilité d'utiliser légalement ces antalgiques « si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie » (art. L. 1110-5, dernier alinéa).

- le malade est conscient mais ne se trouve pas en fin de vie (article 3[34]) : s'il décide de refuser ou d'interrompre « tout » traitement, le médecin doit respecter son choix même si celui-ci met la vie du patient en danger[35] ;
- le malade est inconscient sans être en fin de vie (article 5[36]) : la limitation ou l'arrêt de traitement qui pourrait mettre sa vie en danger n'est possible qu'après avoir respecté la procédure collégiale prévue dans le code de déontologie médicale[37] et avoir consulté la personne de confiance (*cf. infra*), la famille ou, à défaut, un de ses proches et le cas échéant les directives anticipées de la personne[38] ;
- le malade est conscient et en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable (article 6[39]) : il peut alors décider de limiter ou d'arrêter tout traitement[40] ;
- le malade est inconscient et en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable (article 9[41]) : le médecin est autorisé dans ce cas à limiter ou arrêter un traitement inutile, disproportionné « ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie », après avoir satisfait aux mêmes conditions prévues à l'article 5 (procédure collégiale, consultation des proches et des directives anticipées)[42].

Par ailleurs, il reste clairement entendu que dans tous les cas susmentionnés, les soins palliatifs doivent être garantis et le texte renvoie à cette fin à l'article L.1110-10 du code de la santé publique.

L'article 7 de la loi reconnaît – pour la première fois en France dans un texte législatif – les « directives anticipées » comme « les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement » (article L.1111-11 du code de la santé publique), prévoyant que toute personne majeure peut les

34 L'art. 3 amende l'art. L. 1111-4 du code de la santé publique.

35 Le médecin peut toutefois faire appel (c'est une faculté et non pas une obligation) à un autre membre du corps médical et le malade doit de toute façon réitérer sa décision « après un délai raisonnable » (art. 4), ce qui exclut donc les situations d'urgence. Dans ce cas de figure le patient demeure donc seul souverain de sa décision.

36 L'art. 5 amende l'art. L. 1111-4 du code de la santé publique.

37 C'était à l'époque l'art. 37, aujourd'hui cela se trouve dans l'art. 37-2.

38 Dans ce cas, le médecin - tout en suivant la procédure collégiale – garde le pouvoir décisionnel final.

39 L'art. 6 amende l'art. L. 1111-10 du code de la santé publique.

40 C'est donc à nouveau au patient que revient le dernier mot, ceci sans besoin d'activer la procédure collégiale.

41 L'art. 9 ajoute un nouvel art. L. 1111-13 au code de la santé publique.

42 La loi fait donc une équivalence avec la situation visée à la deuxième situation plus haut.

rédiger pour le cas où elle serait un jour inconsciente et fixant certaines conditions de validité[43]. L'article 10 précise que « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin » [44].

D. La Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie[45]

Conçue comme amendement aux articles pertinents du code de la santé publique (comme la loi de 2005), la nouvelle loi (appelée « Leonetti-Claeys » du nom des deux co-rapporteurs) affirme d'abord le principe selon lequel « toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance » (article 1)[46].

Ensuite, elle réitère l'interdiction de l'« obstination déraisonnable »[47] (telle que déjà explicitée dans la loi de 2005) tout en y ajoutant la précision que « la nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article » (article 2)[48] et que « lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110¬10 » (*ibid.*). Ces ajouts ne sont pas anodins car, lus dans l'ensemble, ils représentent une consolidation du droit de

---

43 Elles doivent notamment avoir été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience et sont révocables à tout moment. Le Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005, précise le dispositif réglementaire concernant la définition, le recueil, la durée, la révocation et la conservation des directives anticipées.

44 L'art. 10 amende l'art. L. 1111-12 du code de la santé publique.

45 *Précitée*.

46 L'art. 1 amende l'art. L. 1110-5 du code de la santé publique.

47 Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précitée. Le texte précise que lorsque les actes médicaux « apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire ».

48 *Ibid.* L'art. 2 ajoute un art. L. 1110-5-1 au code de la santé publique.

refuser tout traitement (sans exception interprétative possible) et de recevoir par conséquent des soins palliatifs adaptés.

La véritable innovation se situe toutefois à l'article 3[49], qui introduit la possibilité par le patient de demander « une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie ». Le médecin donne suite à la demande de sédation lorsque le patient est en stade terminal et réfractaire aux traitements (« le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements »[50]) ou lorsqu'il décide d'arrêter un traitement et que ceci est susceptible d'impliquer le décès à court terme et une souffrance insupportable (« la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable »[51]). La sédation est aussi appliquée dans les cas d'arrêt de l'obstination déraisonnable prévus à l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique. Dans tous ces cas, elle est mise en œuvre selon une procédure collégiale « définie par voie réglementaire » [52]. Le même article précise enfin que la sédation peut aussi être mise en œuvre au domicile du patient (si celui-ci le demande), dans un hôpital ou dans un des établissements et services sociaux ou médico-sociaux.

L'article 4 réitère le principe du double effet[53], tout en changeant légèrement le lexique par rapport à la loi de 2005[54], et l'article 5 réitère le droit de refuser ou ne pas recevoir un traitement.

L'article 8 remplace par contre le texte adopté en 2005 concernant les directives anticipées, qui sont maintenant définies comme « la volonté de la personne relative à sa

---

49 *Ibid.* L'art. 3 ajoute un art. L. 1110-5-2 au code de la santé publique.

50 *Ibid.*

51 *Ibid.*

52 *Ibid.*

53 *Cf.* aussi notre Glossaire.

54 Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précitée. « Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie ».

fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux ». Ces directives « s'imposent au médecin sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale »[55]).

L'article 9 réitère et précise les dispositions adoptées en 2005 et permet notamment à toute personne majeure de désigner une « personne de confiance » (parent, proche ou médecin) « qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin »[56]). L'article 10, qui complète idéalement le précédent, précise que « lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, (...) est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées (...), il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches ».

Regardons plus de près le cœur du texte et notamment l'article 3 qui prévoit « une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie ». Cette formulation se veut alternative et bien distante d'une euthanasie, car elle ne prévoit pas d'intervention active du médecin afin de mettre fin à la vie du patient.

Toutefois, il est légitime de se demander en quoi le résultat diffère d'une euthanasie lorsqu'un médecin arrête tout traitement (y inclus la nutrition et l'hydratation) et endort son patient jusqu'à son décès : le patient va mourir, non pas immédiatement mais bien quelques jours plus tard. On pourrait argumenter que c'est l'intention du médecin qui diffère : il souhaite non pas mettre fin à la vie du patient mais l'endormir afin qu'il ne souffre plus. Cependant, puisque le médecin sait bien que le résultat de son intervention

55 *Ibid.*
56 *Ibid.*

sera la mort du patient, une telle distinction semble (du moins éthiquement, si non juridiquement) artificielle.

C'est la même distinction qui est faite pour ce qu'on appelle le « double effet » : l'administration d'analgésiques à des fins de soulagement de la douleur, mais à une dose telle que l'effet non recherché va être la mort du patient. Cette pratique existe dans la profession depuis longtemps (et est aussi prévue en France dans la législation de 2005) et n'a jamais été mise en question. Avec la loi de 2016, ce principe est en fait étendu à une panoplie de situations bien plus vaste.

Nous rejoignons ici l'avis de la Présidente du centre national des soins palliatifs, que nous avons cité plus haut[57] : « D'un côté, [la loi Leonetti] interdit l'euthanasie, c'est-à-dire d'avoir l'intention de faire mourir, et de l'autre, elle dit que l'on peut arrêter toute alimentation et hydratation. N'est-ce pas terriblement hypocrite ? Il ne faudrait donc pas voir dans l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation l'intention de donner la mort ! À mon sens, quand on pratique un arrêt total, on fait une euthanasie, qu'on le dise ou pas »[58]. Ou encore l'opinion du Prof. Marc Englert qui, à propos de la loi Leonetti de 2005, émettait un avis très critique qui peut tout à fait être transposé à la structure de la nouvelle loi : « Les défenseurs du caractère sacré de la vie, chaque fois qu'ils ont été contraints d'accepter certaines entorses au principe du respect inconditionnel de la vie, ont déployé des efforts d'imagination pour justifier ces entorses tout en préservant le principe lui-même. (...) Mais que vaut la distinction entre un geste actif et l'omission d'un traitement ? (...) Et même si on admet que la distinction peut être faite, elle n'a de toute évidence aucune signification éthique. (...) La règle dite du 'double effet' (...) a été développée par des théologiens catholiques au Moyen Age pour permettre d'accepter les conséquences moralement condamnables mais impossibles à éviter, d'actes moralement légitimes. (...) Il n'est pas sans intérêt de souligner que la loi française (...) adoptée le 22 avril 2005 entérine cette hypocrisie avec l'aval des autorités religieuses et médicales »[59].

---

57 *Cf. infra*, § 2.3.7.

58 E. Favereau et C. Dumas, « Véronique Fournier : 'Il faut construire la mort avec le patient et ses proches' », *Libération*, 29 mai 2015, *in* http://www.liberation.fr/societe/2015/05/29/il-faut-construire-la-mort-avec-le-patient-et-ses-proches_1319267 .

59 M. Englert, « Laïcité et éthique médicale face à la vie et à la mort », in A. Dierkens et J.-Ph.

Avec la loi de 2016, la France s'est ainsi dotée d'un instrument qui permet à certains patients de se faire endormir jusqu'au décès. Le choix a été fait de ne pas opter pour légalisation en droit de l'euthanasie, tout en fournissant aux patients et médecins une plus grande liberté de choix en fin de vie. Nous essayerons de comprendre les raisons de ce choix.

2.4 La jurisprudence

Puisque le législateur n'a pas réglé explicitement l'euthanasie en tant qu'infraction, sa qualification et sa punissabilité sont en fait renvoyées à l'interprétation des juges. Nous allons examiner les lignes directrices de la jurisprudence afférant aux cas d'euthanasie notamment pour ce qui est de l'euthanasie volontaire, non sans remarquer que la distinction entre actes euthanasiques volontaires et involontaires demeure souvent difficile à apprécier à cause de la non relevance pénale en droit français de la demande ou du consentement de la victime comme cause de justification.

Les affaires judiciaires ont été assez rares et elles ont quasiment toutes abouti (hormis l'affaire Malèvre[60]) à une relaxe des prévenus, à leur condamnation purement symbolique voire même à des non-lieux. Voici une revue rapide des décisions concernant des euthanasies pratiquées par le personnel de santé et traitées par la justice française.

Le 4 octobre 1985, Pierre Thebault, un infirmier qui avait injecté une dose mortelle de chlorure de potassium à une patiente gravement malade de quatre-vingt-six ans, est acquitté par la Cour d'assises du Bas-Rhin[61]. Quelques années plus tard, le 3 février 1999, une infirmière d'une maison de retraite est mise en examen à Nice pour assassinats et elle reconnaît avoir aidé à mourir – par injections et à la demande des malades ou avec l'autorisation des familles – cinq personnes incurables âgées de quatre-vingt-neuf à quatre-vingt-dix-sept ans. Elle obtient un non-lieu en 2001.

Schreiber (éd. par -), *Laïcité et sécularisation dans l'Union européenne, op. cit.*, p. 211-2.

60 Cette affaire sera traitée *infra*, dans un instant.

61 Affaire n° CA 29/1985, arrêt non publié.

Le premier cas de condamnation est alors celui de Christine Malèvre : infirmière à l'hôpital de Mantes-la-Jolie, elle est condamnée en appel pour assassinat à douze années de réclusion criminelle (plus interdiction définitive d'exercer la profession) le 16 octobre 2003 pour avoir mis fin avec préméditation à la vie de six patients hospitalisés[62]. Il s'agit toutefois d'une condamnation pas très lourde (douze ans) si l'on considère le nombre de victimes (six personnes) et les modalités obscures des agissements de l'infirmière.

Une autre affaire médiatisée se termine ensuite par un non-lieu : c'est l'affaire Vincent Humbert. Le jeune homme, tétraplégique, muet et presque aveugle à la suite d'un accident de la route, avait demandé à mourir dans une lettre adressée au Président de la République. À la demande répétée de son fils, le 24 septembre 2003, Marie Humbert lui avait injecté un barbiturique qui l'avait plongé dans un coma profond. Deux jours plus tard, pour ne pas laisser le jeune homme s'étouffer peu à peu après avoir débranché le respirateur artificiel, le chef du service de réanimation lui avait administré une injection mortelle. Le 27 février 2006, Marie Humbert et le Dr Chaussoy obtiennent un non-lieu car le juge estime qu'ils ont agi « sous l'empire d'une contrainte les exonérant de toute responsabilité pénale »[63]. C'est le fait que « le Dr Chaussoy n'avait pas l'intention de lui donner la mort au sens pénal du terme mais de préserver sa dignité et celle de sa famille » qui a été retenu par la juge d'instruction de Boulogne-sur-Mer dans l'ordonnance de non-lieu. Et ce, comme le précise toujours la même ordonnance, même s'« il est indubitable que le Dr Chaussoy était parfaitement conscient de l'acte et de ses conséquences » sans qu'il soit pour autant relevé, de sa part, « une intention dolosive » : son acte a été exercé « sous la contrainte de voir revenir son patient dans un état antérieur, voire pire, malgré ses demandes réitérées, de la compassion extrême à l'égard de la mère et sous la contrainte médiatique aboutissant à l'absence de possibilité de réflexion sereine dans un temps raisonnable »[64]. Mme Humbert avait été poursuivie pour « administration de substances nuisibles » commise avec préméditation sur une personne vulnérable, le Dr Chaussoy

62 Cour ass. app., 1re section, Paris, 16 octobre 2003, n° 03/0083.

63 Instruction n° 2/03/60, ordonnance de non-lieu, non publiée, que nous avons pourtant pu consulter via le greffe du Tribunal.

64 *Ibid.*

pour « empoisonnement ». C'est ainsi le premier cas de poursuites pour euthanasie ne se basant pas sur les crimes de meurtre ou assassinat.

Ce choix d'incrimination se répétera dans une autre affaire : le 13 juin 2006, l'infirmière Chantal Chanel et le docteur Laurence Tramois sont renvoyées devant la Cour d'assises de la Dordogne pour empoisonnement et complicité d'empoisonnement, pour avoir donné la mort à une femme de 65 ans en phase terminale d'un cancer du pancréas en lui administrant une injection mortelle de chlorure de potassium. Finalement, le 18 mars 2007, le « verdict de Périgueux » confirme la tendance observée : la Cour d'assises de la Dordogne condamne le Dr Laurence Tramois à un an de prison avec sursis[65] et acquitte l'infirmière Chantal Chanel[66].

L'affaire médiatisée la plus récente concerne Vincent Lambert. À la suite d'un accident de la route survenu en 2008, Vincent Lambert, né le 20 septembre 1976, plonge dans un état de conscience minimal, dit « pauci-relationnel » ou de « conscience minimale plus ». Le 10 avril 2013, après plusieurs années passées à essayer sans succès d'améliorer son état, l'équipe médicale chargée de son cas décide – après avoir consulté sa femme mais sans l'avis de ses parents ni de ses frères et sœurs – de cesser de l'alimenter et de l'hydrater. S'en suit une longue chaine d'affaires judiciaires qui voit s'opposer deux parties respectivement favorable et opposée à l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation de Vincent Lambert : l'équipe médicale, la femme de Vincent Lambert, son neveu et six de ses huit frères et sœurs, d'une part ; ses parents et deux de ses frères et d'autre part. Cette longue bataille judiciaire, qui a impliqué de nombreux jugements et arrêts, dont l'un de la Cour européenne des droits de l'homme[67], abouti à la suspension de tout traitement

[65] Par décision spéciale, la Cour décide aussi de ne pas inscrire cette condamnation à son casier judiciaire, ce qui témoigne encore une fois de la compréhension du judiciaire.

[66] Les données concernant cette affaire ont été lues dans la presse française ou relatée lors de la Conférence « Medically assisted dying and euthanasia: a matter of human rights », organisée le 5 Juillet 2007 au Parlement Européen par le groupe politique ALDE (Alliance de Libéraux et Démocrates) auquel le dr Tramois a été invitée.

[67] Cour eur. D. H., 46043/14 (gde ch.), *Lambert et autres c. France*, précité. Les requérants considéraient en particulier que l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de l'intéressé serait contraire aux obligations découlant pour l'État de l'art. 2 (droit à la vie) de la Convention européenne des droits de l'homme. La Cour a conclu à la non-violation de l'art. 2 (droit à la vie) de la Convention européenne des droits de l'homme en cas de mise en œuvre de la décision du Conseil d'État du 24 juin 2014. Elle a constaté en particulier qu'il n'existe pas de consensus entre les États membres

(avec mise en œuvre d'une sédation profonde et continue) le 2 juillet 2019 et au décès de Vincent Lambert le 11 juillet 2019. Nous n'allons pas développer ici ce long *cursus* car il ne s'agit visiblement pas d'une affaire où le droit à l'autodétermination est un facteur important, mais nous souhaitions quand même mentionner cette affaire qui a eu un grand impact sur l'opinion publique.

La tendance au non-lieu, à l'acquittement ou à des condamnations relativement légères dans des affaires ayant trait à la fin de vie explique l'opinion selon laquelle la jurisprudence a été plus clémente que le législateur[68], à un tel point qu'on pourrait même parler d'une certaine « dépénalisation de fait »[69] des pratiques euthanasiques. Ce processus serait dû à la fois aux possibilités ouvertes par le système de justice français et à la particularité du crime et de sa perception sociale.

En effet, il faut d'abord souligner que le code de procédure pénale laisse une ample marge d'appréciation au procureur quant à l'opportunité des poursuites[70]. D'ailleurs, une fois l'action entreprise et le procès arrivant à sa fin, la détermination de la peine peut bien aboutir à un *quantum* beaucoup plus bas que celui énoncé par le code. La

---

du Conseil de l'Europe pour permettre l'arrêt d'un traitement maintenant artificiellement la vie. Dans ce domaine qui touche à la fin de la vie, il y a lieu d'accorder une marge d'appréciation aux États. La Cour a considéré que les dispositions de la loi du 22 avril 2005, telles qu'interprétées par le Conseil d'État, constituent un cadre législatif suffisamment clair pour encadrer de façon précise la décision du médecin dans une situation telle que celle-ci.

68 *Cf.* entre autres : R. Schaerer, « Euthanasie : la situation française », p. 178, in « Le bien mourir », *Gérontologie et société*, n° 108, 2004/1 vol. 27, mars 2004 ; J.-L. Romero, intervention à la Conférence « Medically assisted dying and euthanasia: a matter of human rights », précitée ; B. Legros, *L'euthanasie et le droit. État des lieux sur un sujet médiatisé*, [deuxième édition], Les Études Hospitalières, 2006, p. 32 et s. ; G.-H. Riposseau (présenté par -, Sld de J.-P. JEAN), « Pénalisation et dépénalisation (1970-2005) », Mémoire de Master II recherche droit pénal et sciences criminelles, Université de Poitiers, A.A. 2004/2005, *in* http://www.memoireonline.com/03/07/380/m_penalisation-depenalisation-1970-20050.html ; S. J. F. Hauger, « L'euthanasie en France. Perspectives législatives... », *op. cit.*

69 « La dépénalisation de fait consiste (...) dans le processus tendant à réduire ou à supprimer l'application des peines, sans qu'intervienne aucune modification dans la compétence juridique de ce système à les infliger » (M. van de Kerchove, *Le droit sans peines. Aspects de la dépénalisation en Belgique et aux États-Unis*, *op. cit.*, p. 323-4).

70 L'art. 40 prévoit que « le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner ». Entrent ici en compte les considérations liées à la paix sociale et à l'ordre public, notamment lorsque le ministère public constate que le coupable a agi pour des motifs louables et qu'il n'y a pas de constitution de partie civile (ce qui confirmerait l'accord des proches de la victime). Cette possibilité rend les pratiques euthanasiques (de pair avec d'autres crimes) sujettes à une possible dépénalisation de fait en amont même du procès. *Cf.* notamment G.-H. Riposseau (présenté par -, Sld de J.-P. JEAN), « Pénalisation et dépénalisation (1970-2005) », *op.cit.*

plupart des *minima* ayant disparu[71], les Cours d'assises peuvent bien exprimer une condamnation plus légère en réduisant sensiblement la sanction[72].

In fine, il reste encore aux juges la possibilité de prononcer un sursis pour l'exécution de toute peine égale ou inférieure à cinq ans, ce qui n'entame pas la réprobation pour l'acte commis tout en évitant au condamné la peine d'emprisonnement. Tous ces facteurs peuvent certainement jouer un rôle dans l'obtention d'un résultat qui adoucit les effets de la lettre du Code pénal.

Concernant les affaires d'aide au suicide, comme nous l'avons déjà aperçu plus haut[73], parfois les tribunaux correctionnels ont retenu la qualification de non-assistance à personne en danger pour condamner ces comportements[74]. On rencontre donc dans la jurisprudence des condamnations à ce titre, mais il ne s'agit que de deux cas[75] et de surcroît remontant à un moment où la loi établissant le crime de provocation au suicide n'était pas encore d'application.

Par ailleurs, l'arrêt de la Cour de cassation du 8 juin 1993[76] suggérant une référence au crime d'empoisonnement nous semble tout à fait inadapté à établir un principe général en matière de suicide médicalement assisté, comme nous l'avons déjà expliqué en détail[77].

Nous n'avons pas repéré d'autres condamnations afférant à l'aide au suicide. De surcroît, la doctrine enregistre aussi des relaxes des prévenus dans la mesure où, le suicide n'étant pas punissable, il ne saurait en principe exister de complicité du fait de l'absence du délit principal[78].

---

71 Ce n'est que dans le cas de crimes prévoyant la réclusion criminelle à perpétuité qu`un emprisonnement ne peut être inférieur à deux ans (art. 132-18 CP).

72 Par ailleurs, ce résultat pourrait aussi être favorisé par la composition de la Cour d'assises, comprenant majoritairement des jurés populaires. Ceux-ci pourraient bien exprimer toute la compassion et la compréhension sociale qui entoure les affaires d'euthanasie émettant un verdict moins sévère.

73 *Cf. supra*, § 2.1.2.

74 A. Garapon, *op. cit.* ; S. J. F. Hauger, « L'euthanasie en France. Perspectives législatives... », *op. cit.*, p. 12.

75 Cass. crim., 26 avril 1988 ; TGI Paris, 20 novembre 1985.

76 Cass. crim., 8 juin 1993, *Bull. crim.*, no 203.

77 *Cf. supra*, § 2.1.2.

78 S. J. F. Hauger, « L'euthanasie en France. Perspectives législatives... », *op. cit.*, p. 12.

Toutefois, comme nous l'avons vu plus haut[79], une dernière affaire médiatisée montre un changement de l'orientation jurisprudentielle en la matière : le 17 mars 2008, le tribunal de grande instance de Dijon a rejeté la demande d'aide au suicide formulée par Chantal Sébire, une patiente de cinquante-deux ans atteinte d'une tumeur incurable, suivant ainsi les réquisitions du procureur de la République. Chantal Sébire demandait que son médecin soit autorisé à lui fournir une dose mortelle d'un anesthésique (le penthotal) qu'elle se serait injectée en présence du médecin même. Le président du tribunal a estimé dans son ordonnance que cette demande était contraire au code de déontologie médicale, qui « dispose que le médecin n'a pas le droit de délibérément donner la mort », et au Code pénal car « le refus d'incriminer le suicide n'empêche pas celui-ci d'être considéré comme un acte répréhensible et la personne qui se rend complice d'un suicide par aide ou assistance ou fourniture de moyens engage sa responsabilité » aux termes de l'article 223-13 du Code pénal (provocation au suicide)[80]. « Même si la dégradation physique de Mme Sébire mérite la compassion, le juge, en l'état de la législation, ne peut que rejeter la demande », a conclu le juge dans l'ordonnance en question.

2.5 Le code de déontologie médicale

Le code de déontologie médicale aborde les « devoirs envers les patients » sous son Titre II. On y trouve notamment les articles 37 (Soulagement des souffrances – Non-obstination déraisonnable), 37-1 (Directives anticipées), 37-2 (Arrêt – Limitation de traitement), 37-3 (Sédation profonde), 37-4 (Accompagnement du patient et de son entourage) et 38 (Soins aux mourants – accompagnement).

Dans sa version (avril 2017) révisée suite à l'adoption des lois les plus récentes, le code reprend les principes établis par la législation tels que : le devoir de soulagement de la souffrance et d'interdiction de l'‘obstination déraisonnable (article 37) ; le respect

79 *Cf. supra*, § 2.2.
80 Ordonnance n° 94/08 du Tribunal de Dijon du 17 mars 2008.

des directives anticipées, à l'exception des cas d'urgence vitale ou de directives manifestement inappropriées (article 37-1) ; la possibilité, en établissant les modalités, d'arrêt ou de limitation de traitement (article 37-2) ; le recours à la sédation profonde et continue (article 37-3) ; l'accompagnement du patient et de son entourage (article 37-4) ; l'accompagnement du mourant jusqu'à ses derniers moments, en sauvegardant sa dignité, tout en précisant explicitement que le médecin « n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort » (article 38).

Si les articles du code semblent banalement réitérer les principes explicités dans la loi et dans le code de la santé publique, c'est dans les commentaires au code adoptés par le Conseil de l'Ordre[81] que ressortent les positions un peu plus marquées de ce dernier. Ainsi, après avoir précisé que « le dernier alinéa de l'article 38 fonde le refus de l'euthanasie "acte de provoquer délibérément la mort" »[82], on affirme que « la déontologie médicale comme la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales condamnent formellement cette démarche, sans retour »[83] : nous avons vu *supra*[84] que ceci n'est absolument pas vrai, la Cour ayant plutôt pris une position d'abstention – pour ainsi dire – par rapport aux choix étatiques. Le commentaire se réfère ensuite (cette fois correctement) au Conseil de l'Europe et à sa Recommandation 1418 (1999) sur la « Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants » du 25 juin 1999, en précisant que le texte « recommande aux États membres de respecter et protéger la dignité des patients incurables et des mourants en maintenant l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à leur vie ».

L'Ordre se lance ensuite dans la réflexion éthique : « La société, qui rejette la médicalisation à outrance de la mort, s'interroge alors qu'elle n'a pas encore complètement intégré les soins palliatifs. De nombreux esprits restent troublés par l'attrait certain de la proposition de "mourir dans la dignité à l'heure choisie, par le moyen choisi". C'est un constant dilemme dans l'exercice médical : au terme d'une vie, il est parfois difficile de

---

81 Les commentaires sont publiés sur le site de l'Ordre des Médecins, *in* https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-38-soins-aux-mourants-euthanasie-262 .

82 Commentaires à l'art. 38, point 8.

83 *Ibid.*

84 *Cf. supra*, Introduction.

discerner si une demande d'euthanasie n'est pas en réalité une quête affective, ou un appel au secours, une volonté authentiquement suicidaire, ou s'il ne s'agit pas davantage d'une décision dictée par d'autres priorités personnelles ». Il continue en prenant position nettement : « Les arguments ne manquent pas contre une législation qui conférerait au médecin l'exorbitant pouvoir de tuer : le risque d'une erreur de diagnostic sur l'incurabilité, la difficulté d'interpréter la demande du patient, les mobiles très divers qui peuvent guider sa famille. Peut-on imaginer qu'un grand malade, un infirme, un vieillard ait à se demander si l'injection qui est préparée par le soignant est destinée à le soulager ou bien, avec l'accord de la famille, à le faire mourir ? » Ici, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer la confusion faite entre actes demandés par le patient et actes mis en œuvre contre leur volonté (ce qui sort totalement du champ de l'euthanasie proprement entendu au jour d'aujourd'hui). Deux précisions finales sont importantes : « Toute transgression dans ce domaine engage la responsabilité du médecin, sur le plan pénal et disciplinaire. (...) L'euthanasie ne se confond pas avec la décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutique(s) active(s) qui sous réserve qu'elle soit prise et mise en œuvre en respectant un certain nombre de règles vise à restituer son caractère naturel à la mort ».

Les sanctions entreprises lors de la violation de ces dispositions confirment que l'approche de la justice disciplinaire et administrative (statuant comme juge de cassation des décisions ordinales rendues par la section disciplinaire de l'Ordre) n'est pas très différente de celle de la jurisprudence que nous venons d'analyser plus haut. En effet, si on observe les affaires les plus connues, on ne peut que constater une certaine souplesse qui ne rime pas avec le langage ferme du code et de ses commentaires. D'abord, le 16 août 1987, le Prof. Léon Schwartzenberg (ancien ministre de la Santé) révèle avoir aidé un patient à mourir et le conseil de l'ordre le suspend pour un an le 17 juillet 1990 ; le 11 juin 1993, le Conseil d'État annule la sanction. Ensuite, le 19 septembre 1988, le Conseil de l'ordre de Midi-Pyrénées relaxe un médecin aveyronnais auteur d'un acte d'euthanasie active sur une nonagénaire hémiplégique dans le coma.

Ce n'est que le 29 décembre 2000, que l'arrêt Duffau du Conseil d'État[85] confirme l'année de suspension infligée à un médecin ayant pratiqué une injection létale à une femme âgée de 92 ans, grabataire et en fin de vie. C'est ainsi le premier cas de sanction disciplinaire confirmé en justice. Il est par ailleurs utile de remarquer que – à notre connaissance et comme le souligne un observateur très attentif[86] – cette décision n'a pas été accompagnée d'un procès pénal, ce qui a été évalué par certains comme une fonction de suppléance de la justice de l'Ordre. Plus récemment, par une décision du 21 juillet 2016, la Chambre disciplinaire nationale a confirmé l'interdiction temporaire d'exercer la profession pendant trois ans pour un médecin qui avait injecté du produit anesthésique à un patient de 87 ans dans le coma[87], alors même que le parquet, saisi d'une plainte pénale, avait décidé un classement sans suite en estimant que la nature et la quantité du produit injecté n'était pas la cause de la mort. De manière analogue, la Chambre disciplinaire nationale a confirmé la décision de radiation du tableau, prise avant une décision de la Cour d'assises jugeant, en appel, que le médecin n'était pas coupable d'avoir volontairement attenté à la vie d'une des patientes en cause dans les deux procédures, et ce parce qu'il a « délibérément et de sa propre et seule initiative provoqué la mort de patients, en violation de l'article R. 4127-38 CSP. Quels que soient les motifs d'humanité invoqués pour justifier ces actes, la sanction de la radiation du tableau de l'ordre infligée la chambre disciplinaire de première instance n'apparaît pas d'une sévérité excessive »[88].

Nous retrouvons, par ailleurs, plusieurs décisions de radiation pour cause d'euthanasies pratiquées entre 1999 et 2014[89] qui n'ont toutefois pas été accompagnées – à notre connaissance – de condamnations pénales.

2.6 Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives

85 C. E., 29 décembre 2000, n° 212813.
86 F. Dreifuss-Netter, « Les juges et la fin de vie », *op. cit.*, p. 73-4.
87 Décision du 21 juillet 2016, N° 12882.
88 Décision du 17 juin 2016, N° 12989.
89 *Cf.* entre autres la décision du 8 juillet 1999, N° 7114 ; la décision du 29 décembre 2000, N° 212813sd ; la décision du 15 avril 2014, N° 11870 ; la décision du 30 décembre 2014, N° 381245cdn.

La législation française concernant les actes médicaux en fin de vie est assez complexe, notamment en raison de l'absence de dispositions expressément consacrées à l'euthanasie et au suicide assisté. La répression de ces deux comportements résulte en fait des interprétations jurisprudentielles, ce qui – d'un coté – n'est pas sans inconvénients quant à la sécurité juridique et – de l'autre coté – montre une tendance assez claire vers une « dépénalisation de fait » par le biais de décisions de condamnation légères, voire symboliques, ou plus souvent de non-lieu. Ainsi, pour ce qui est des actes euthanasiques, face aux incriminations possibles de meurtre, assassinat ou empoisonnement, toutes sévèrement punissables en principe, seulement deux condamnations ont vu le jour jusqu'à présent, dont l'une avec sursis. Quant aux actes pouvant être qualifiés de suicide assisté, la doctrine et la jurisprudence oscillent entre le renvoi à la provocation au suicide, à la non-assistance à personne en danger et à l'empoisonnement : des incriminations moins lourdement sanctionnées et, par ailleurs, offrant une casuistique jurisprudentielle très pauvre, ce qui indique à nouveau une certaine réluctance à sanctionner pénalement ces comportements de la part du pouvoir judiciaire.

Au vu des développements législatifs récents et notamment l'adoption de la loi Leonetti-Claeys de 2016 (qui succède à la loi Leonetti de 2005), on peut aussi constater une évolution, graduelle mais certaine, en direction de la reconnaissance d'une autonomie accrue du patient face aux décisions médicales le concernant. Ainsi, à côté du droit de refuser tout traitement (la nutrition et l'hydratation sont expressément indiqués parmi les traitements), a été introduit le droit de recevoir une sédation profonde et continue jusqu'à la mort, non seulement en cas de phase terminale et de souffrance réfractaire aux traitements mais aussi en cas de refus d'un traitement qui engage le pronostic vital. Ceci signifie potentiellement un très large champ d'application pour cette mesure. L'ajout du caractère contraignant des directives anticipées et du rôle de la personne de confiance vont compléter un cadre substantiellement évolué[90].

[90] V. Fournier et S. Trarieux développent la question de l'autonomie en droit français en expliquant l'introduction relativement tardive des directives anticipées (qui ont déjà été introduites dans la législation espagnole, hollandaise, belge et britannique, outre que dans nombre de pays extra-européens) par des raisons d'ordre juridique et sociologique. En effet, la notion d'autonomie en droit français repose sur le consentement, qui suppose la double capacité à comprendre et à se déterminer librement. Or, sur cette base, un consentement exprimé précédemment ne saurait être valable, car nul ne peut affirmer qu'à l'heure du choix la personne concernée n'aurait pas changé d'avis. De plus, il ne pourrait y avoir de

Nous pouvons maintenant peut-être mieux comprendre l'équilibre de la loi Leonetti-Claeys et certaines de ses dispositions examinées *supra* (§ 2.3). Il s'agit d'une loi pondérée entre, d'un côté, l'évolution des droits des patients vers plus d'autonomie et, de l'autre côté, la volonté de ne pas céder sur le tabou sociétal de « donner la mort », notamment lorsque ceci viendrait du corps médical. Nous croyons donc que ces évolutions s'inscrivent dans le droit fil d'un mouvement vers plus d'autonomie, malgré le manque de dispositions plus incisives concernant l'euthanasie et le suicide assisté.

Il est par ailleurs intéressant de remarquer l'évolution vertigineuse de la qualité du débat en la matière à partir de l'affaire Vincent Humbert jusqu'à nos jours : si à l'époque de l'affaire Humbert le langage utilisé était tout à fait pudique et évitait soigneusement les mots tabous (euthanasie, acharnement, suicide assisté…), suite à l'intensification du débat, le langage est devenu moins timide et scientifiquement et techniquement plus précis. On n'a pas abandonné des expressions – un peu poétiques – telles que « laisser mourir », mais au moins celles-ci remplacent des expressions ambigües et déviantes telle que celle d'« euthanasie passive ».

Si la loi Leonetti de 2005 a été définie notamment par son auteur ainsi que par le Conseil national de l'ordre des médecins[91] comme la loi du « laisser mourir » opposé au « faire mourir », indiquant ainsi la ligne de partage entre une assistance médicale appropriée à une fin de vie « naturelle » et le fait de provoquer intentionnellement la mort par l'intervention ou avec le support du personnel médical, la loi Leonetti-Claeys de 2016

consentement pour une personne ayant perdu son autonomie. Cette argumentation, ne permettant pas l'existence d'un consentement anticipé justement au nom de l'autonomie, reviendrait au paradoxe de ne pas reconnaître juridiquement les directives anticipées au nom de l'autonomie de la personne, ce qui nous laisse avec nombre de perplexités. Quoi qu'il en soit, cette tradition juridique explique peut-être, au moins partiellement, les réserves gardées jusqu'à 2016 sur la valeur à accorder aux directives anticipées et le fait qu'elles n'étaient à l'époque que des simples « souhaits » du patient. Selon les mêmes auteurs, le paternalisme médical serait une coutume bien connue en France. Les directives anticipées n'auraient donc pas eu de raison d'être puisque le médecin était le mieux placé pour savoir ce qui était bon pour son patient. Selon cette approche, le médecin se doit de « protéger son patient, y compris contre sa propre vulnérabilité et, en particulier, celle qu'engendre chez lui la maladie » car l'autonomie d'une personne, par le fait même de sa maladie, deviendrait discutable : « à ce compte, le médecin ne dérogerait pas à l'acception que le droit fait du consentement » (V. Fournier et S. Trarieux, « Les directives anticipées, un pas vers l'autonomie de la personne », *op. cit.).*

[91] Commentaire à l'art. 37 du code de déontologie médicale.

est allée un pas plus loin, en assumant la volonté du patient comme phare notamment dans les deux cas de la phase terminale avec souffrance réfractaire aux traitements et du refus des traitements impliquant la mort du patient. Nous analyserons plus loin ce phénomène. Pour le moment, nous convenons avec C. Martel qu'« en France, une voie est tracée : celle de l'amélioration des droits des malades en fin de vie sans trancher nettement sur le problème de l'euthanasie »[92].

[92] C. Martel, « L'euthanasie : une réforme manquée », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, Éditions CUJAS, juin 2006, v. 130, n° 2, p. 282.

3 LE DROIT ITALIEN

Sommaire : 3.1. La loi relative au testament biologique du 22 décembre 2017. 3.2. La législation concernant les soins palliatifs. 3.3. Les dispositions du Code pénal. 3.4. La jurisprudence. 3.5. Les dispositions du Code civil. 3.6. Le code de déontologie médicale. 3.7. Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives.

L'étude de la doctrine italienne concernant les dispositions sur la fin de vie met d'emblée en évidence une extrême confusion terminologique. Il arrive souvent que non seulement les médias et les autorités politiques et religieuses mais aussi les milieux académiques définissent l'« euthanasie » comme l'arrêt ou le refus d'un traitement médical ou qu'ils se questionnent sur l'existence d'un « droit de mourir » se référant aux cas où un refus de traitement pourrait provoquer la mort du patient. Ceci ne fait que compliquer un débat déjà fort influencé par le Vatican, qui vit l'euthanasie comme un tabou et par une classe médicale bien paternaliste, qui ne commence que depuis peu à considérer le droit à l'autodétermination du patient comme une partie fondamentale de la relation médecin-patient.

Par ailleurs, jusqu'à il y a très peu de temps (l'adoption de la loi de 2017 et les affaires judiciaires en cours ayant partiellement muté le cadre), le chercheur se trouvait face à un manque aussi bien de législation spécifique que de jurisprudence réellement pertinente. En effet, la plupart des affaires médiatisées dont l'histoire récente de l'Italie est constellée relèvent plus de gestes de désespoir de la famille que de véritables actes euthanasiques proprement dits. Ou alors, dans quelque cas important, de simples arrêts des soins.

Pour ce qui est du droit positif, l'euthanasie est interdite dans l'ordre juridique italien. Il en est de même pour le suicide assisté. Comme en droit français, l'euthanasie n'y est pas définie juridiquement. Les normes applicables aux actes euthanasiques se trouvent dans les articles du Code pénal relatifs à l'homicide volontaire (article 575) ou à l'homicide de la personne consentante (article 579). Pour le suicide assisté, il s'agit de

l'article 580 (instigation ou aide au suicide).

Par contre, pour ce qui est de l'abstention, la suspension ou l'arrêt de traitement, une loi spécifique a été adoptée le 22 décembre 2017[1], qui met en œuvre notamment l'article 32 de la Constitution[2]. Cette loi complète, par ailleurs, celle sur les soins palliatifs du 15 mars 2010[3].

Afin de trouver notre chemin dans cet ensemble complexe, nous traiterons des différentes sources du droit concernant la fin de vie dans ses différentes articulations liées à l'autodétermination. Nous avons choisi d'approfondir d'abord la loi approuvée récemment sur le « testament biologique » et la législation sur la fin de vie, ensuite les dispositions pertinentes du Code pénal et du Code civil. Cet ordre est dicté par un critère de *lex specialis* à *lex generalis*.

3.1 La loi relative au testament biologique du 22 décembre 2017

Sous le titre « Normes en matière de consentement informé et de dispositions anticipées de traitement »[4], la loi adoptée le 22 décembre 2017 comble un vide juridique duré 70 ans, soit depuis l'adoption de la Constitution républicaine. Cette loi présente aussi des aspects innovants.

À son article 1[er] (« Consentement informé ») le texte s'appuie sur les articles pertinents de la Constitution (2, 13 et 32) et de la Charte européenne des droits fondamentaux (1, 2 et 3) et affirme la protection du droit à la vie, à la santé, à la dignité et à l'autodétermination de la personne ; il établit « qu'aucun traitement médical ne peut être initié ou poursuivi sans le consentement libre et informé de la personne intéressée »[5],

1 *Cf. infra*, § 3.1.

2 L'art. 32 est ainsi libellé : « La République protège la santé en tant que droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité, et elle garantit des soins gratuits aux indigents.
Nul ne peut être contraint à un traitement médical déterminé si ce n'est en vertu d'une disposition de la loi. La loi ne peut en aucun cas violer les limites imposées par le respect de la personne humaine ».

3 *Cf. infra*, § 3.2.

4 Legge 22 dicembre 2017 n. 219, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, *G.U.* Serie Generale, n. 12 del 16 gennaio 2018.

5 Art. 1, alinéa 1.

prévoit la possibilité de refuser tout traitement médical et de révoquer le consentement donné, « y inclus lorsque ceci implique l'interruption du traitement », en précisant bien que la nutrition et l'hydratation artificielles sont de traitements médicaux aux fins de la loi[6] ; le texte affirme ensuite que le médecin est tenu de respecter la volonté du patient et par conséquent l'exonère « de toute responsabilité civile ou pénale »[7].

L'article 2 (« Thérapie de la douleur, interdiction de l'obstination déraisonnable et dignité dans la phase finale de la vie ») affirme d'abord le principe selon lequel le médecin « doit œuvrer afin de soulager les souffrances » du patient, « aussi en cas de refus ou de révocation du consentement au traitement médical »[8] ; il précise ensuite que « en cas de patient dont le pronostic vital est engagé à court terme ou d'imminence de la

---

6 *Ibid.*, alinéa 5. Cette disposition met le mot de la fin à une longue dispute concernant ce que c'est un « traitement » médical. Notamment pendant l'affaire Englaro, s'est posée avec violence la possibilité de distinguer entre traitements médicaux et soins de confort. Parallèlement à cette affaire judiciaire (et avec référence explicite au cas particulier), déjà en 2000, le Ministre de la santé avait nommé une Commission spéciale chargée de rédiger un avis sur « la nutrition et l'hydratation artificielles chez les personnes en état de perte de conscience irréversible ». L'avis conclut que nutrition et hydratation artificielles chez les patients en état végétatif permanent sont bien des traitements médicaux. Plus tard, sous le coup de l'émotion engendrée par l'affaire Terry Schiavo aux États-Unis, le 30 septembre 2005, le CNB émet une opinion préoccupée concernant les patients en « état végétatif persistant » (*in* http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/lalimentazione-e-lidratazione-dei-pazienti-in-stato-vegetativo-persistente/). On y distingue nettement entre thérapie et soin, on considère la nutrition et l'hydratation comme des soins et on affirme clairement qu'« il n'est donc pas possible de justifier en aucune manière non seulement la négation mais non plus un affaiblissement du droit aux soins dont [ces patients] jouissent de même que tout autre être humain ». Cet avis va donc exactement dans la direction opposée par rapport à celui de la commission spéciale de 2000. En 2006, c'est l'affaire Welby qui amène le Ministre de la santé à demander un avis au Conseil Supérieur de la Santé pour savoir si le traitement auquel le patient est soumis (ventilation artificielle) pourrait être considéré comme de l'acharnement thérapeutique. Or, ce qui est intéressant n'est pas tellement la réponse (négative) à cette question (*in* http://sosonline.aduc.it/documento/parere+consiglio+superiore+sanita+relativa_11181.php) mais plutôt une série de réflexions contradictoires qui y sont développées : on y affirme en effet, d'un côté, que le patient « peut décider à tout moment de ne pas entreprendre ou d'interrompre un traitement » et que le médecin « ne peut que prendre note de la volonté du patient » et la respecter, et, de l'autre, que la ventilation artificielle n'est pas un traitement médical (elle ne serait qu'un « soin »). Cette distinction permettrait de soutenir la thèse selon laquelle il ne serait pas possible à M. Welby de demander le débranchement de son respirateur. Il convient toutefois de souligner que le jugement du tribunal de Rome qui conclura l'affaire n'exprimera aucun doute quant au fait de considérer la ventilation artificielle comme un traitement médical. Pendant les derniers mois de l'affaire Englaro, qui se termine par l'arrêt de la nutrition et de l'hydratation suite à une ordonnance judiciaire en 2009, le débat est très vif et le Parlement italien (poussé par le Gouvernement) essaye d'adopter en l'espace de quelques jours une loi qui interdirait explicitement l'arrêt de la nutrition et de l'hydratation chez tout patient. Toutefois, la mort rapide d'Eluana Englaro a comme conséquence aussi l'arrêt de la procédure d'adoption du projet de loi en question, visiblement une loi *ad personam*. De même que dans l'affaire Welby, la Cour de cassation, dans son arrêt qui met le mot de la fin à l'affaire Englaro, n'a aucune hésitation à considérer la nutrition et l'hydratation comme des traitements médicaux.

7 *Ibid.*, alinéa 6.

8 Art. 2, alinéa 1.

mort, le médecin doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans l'administration des soins et dans le recours aux traitements inutiles ou disproportionnés »[9] et que « en présence de souffrances réfractaires aux traitements médicaux le médecin peut recourir à la sédation palliative profonde continue, en association avec la thérapie de la douleur, avec le consentement du patient » [10]. C'est la première fois que la sédation est prévue par le droit positif italien alors que cette mesure était déjà dans la pratique (*cf.* paragraphe suivant).

L'article 3 (« Mineurs et incapables ») clarifie qui doit exprimer le consentement pour le mineur (en tenant compte de sa volonté, « en relation à son âge et à son degré de maturité »[11]) ou l'incapable (selon le différent statut juridique de ce dernier).

L'article 4 (« Dispositions anticipées de traitement ») établit le droit pour toute personne majeure et capable d'exprimer « ses propres volontés en matière de traitements médicaux, ainsi que le consentement ou le refus par rapport aux choix diagnostiques ou thérapeutiques et aux traitements médicaux » [12] ; il permet ensuite d'indiquer une personne de confiance « qui la représente dans les relations avec le médecin et les structures médicales »[13]. En cas d'absence de nomination de la personne de confiance ou de caducité de la nomination (renonciation, décès, incapacité), les dispositions anticipées gardent leur valeur[14]. L'alinéa 5 du même article prévoit que le médecin soit tenu à respecter les dispositions, « qui peuvent être ignorées, en tout ou en partie (...), en accord avec la personne de confiance, lorsqu'elles apparaissent manifestement disproportionnées ou non correspondantes à la situation médicale actuelle du patient ou s'il existe des thérapies non prévisibles au moment de la souscription, qui soient capables d'assurer des possibilités d'amélioration des conditions de vie ». Les alinéas suivants concernent les conditions procédurales pour la rédaction, enregistrement, modification ou révocation des dispositions anticipées.

---

9 *Ibid.*, alinéa 2.
10 *Ibid.*
11 Art. 3, alinéa 2.
12 Art. 4, alinéa 1.
13 *Ibid.*
14 *Ibid.*, alinéa 4.

L'article 5 (« Planification partagée des soins ») prévoit la possibilité, en cas de « pathologie chronique et invalidante ou caractérisée par une évolution qu'on ne peut pas arrêter et à pronostic défavorable »[15], de réaliser une « planification des soins partagée entre le patient et le médecin »[16], que le médecin est tenu de suivre lorsque le patient se trouve dans l'impossibilité d'exprimer son consentement ou devient incapable. Le patient peut également y exprimer la nomination d'une personne de confiance[17].

Après des normes transitoires (article 6) et des clauses financières (article 7), l'article 8 prévoit un rapport annuel concernant l'application de la loi que le Ministre de la santé dit envoyer aux deux Chambres du Parlement. Au moment où nous écrivons, le délai pour le premier rapport (30 avril 2019) n'a pas été respecté et le rapport n'a pas encore été transmis.

La disposition prévue à l'article 2 (sédation profonde et continue) a suscité des questionnements en doctrine car, si euthanasie et sédation sont profondément différentes du point de vue juridique, elles ne le seraient « pas du tout du point de vue humain »[18] : selon la même auteure, « l'homme meurt que ce soit avec l'injection létale ou avec la sédation »[19], avec la seule différence que dans la seconde hypothèse demeure seulement un organisme avec des fonctions végétatives et non plus son identité.

Des inquiétudes ultérieures sont soulevées par rapport à la sédation qui serait appliquée suite au refus de tout traitement par une personne non proche de la mort (comme dans le cas d'une personne gravement handicapée mais pas malade terminale) : ce parcours serait alors « un simple substitut de l'acte euthanasique »[20]. D'autres situent la différence substantielle entre les deux actes dans le temps où la sédation intervient,

15 Art. 5, alinéa 1.
16 *Ibid.*
17 *Ibid.*, alinéa 3.
18 S. Cacace, « La sedazione palliativa profonda e continua nell'imminenza della morte: le sette inquietudini del diritto », in *Riv. it. med. leg.*, 2017, n. 2.
19 *Ibid.*
20 *Ibid.*

c'est-à-dire si oui ou non à l'approche de la mort[21].

Le Comité National de Bioéthique (CNB), notamment dans son avis du 29 janvier 2016 concernant « La sédation palliative profonde continue dans l'imminence de la mort »[22], a bien explicité la différence entre sédation profonde continue dans l'imminence de la mort et euthanasie : « pour l'objectif, les procédures et les effets, la sédation est un acte thérapeutique qui a comme finalité pour le patient à la fin de la vie celle de soulager ou éliminer le stress et la souffrance à travers le contrôle des symptômes réfractaires, alors que l'euthanasie (...) consiste en l'administration de médicaments qui a comme but de provoquer avec le consentement du patient a mort immédiate ». Toutefois, des opinions dissidentes ne sont pas manquées[23], visant à souligner la nature descriptive et non pas éthique de cette différence. Ainsi, si la différence juridique parait incontestable, la différence éthique est contestée par des auteurs faisant autorité : le Prof. Flamigni (membre du Comité) juge hypocrite l'opinion majoritaire du CNB et considère la sédation un « camouflage » de l'euthanasie, afin que cet acte soit considéré licite[24] et donc acceptable à l'éthique et au droit. Nous reviendrons sur ces considérations lors des conclusions de notre recherche. Il nous importait pour le moment de signaler les critiques et observations venant du monde juridique et éthique.

3.2 La législation concernant les soins palliatifs

En ce qui concerne les soins palliatifs, ceux-ci ont toujours été pratiqués dans les hôpitaux italiens malgré le manque d'une législation spécifique jusqu'à l'adoption de la loi n° 39 du 26 février 1999, qui a prévu la création dans chaque région italienne de structures consacrées à l'assistance palliative et au soutien prioritairement des patients affectés par des pathologies néoplasiques terminales. Une série de décrets s'est occupée

---

21 G. Razzano, « Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte o sedazione profonda e continua fino alla morte. La differenza tra un trattamento sanitario e un reato. Il parere del CBN, la legge francese e le proposte di legge all'esame della Camera dei deputati », in *Riv. Biodiritto,* 2016, p. 143.

22 Comitato Nazionale per la Bioetica, « Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte », 29 gennaio 2016, *in* http://bioetica.governo.it/media/1804/p122_2016_sedazione_profonda_it.pdf .

23 *Cf.* notamment les opinions des professeurs Flamigni et Neri, annexées à l'avis.

24 *Ibid.*

de la règlementation détaillée des critères de création et de fonctionnement des structures consacrées aux soins palliatifs et des thérapies à domicile[25].

Le 15 mars 2010, le Parlement a adopté une loi « pour la réalisation du réseau des soins palliatifs »[26] qui crée un cadre complet pour ce genre de soins. La nouvelle loi insère les soins palliatifs parmi les priorités du Plan Sanitaire National, garantit le droit du citoyen d'y accéder, prescrit de mesurer la douleur et de noter le résultat dans le dossier médical, prévoit des formations spécifiques pour le personnel et un monitorage au niveau ministériel.

Dans plusieurs avis en la matière, dont notamment celui du 14 juillet 1995 sur les « questions bioéthiques relatives à la fin de la vie humaine »[27] et du 29 janvier 2016 concernant « La sédation palliative profonde continue dans l'imminence de la mort »[28], le CNB a souligné la « haute valeur »[29] des soins palliatifs et affirmé que un adéquat soutien finalisé au contrôle de la souffrance est un « droit fondamental humain »[30]. Dans son avis plus récent, le Comité a même ajouté que aussi le patient qui entre dans la phase finale de sa vie à cause du refus ou de l'arrêt d'un traitement ou d'un dispositif a le droit de bénéficier de la sédation continue en cas de douleurs réfractaires aux traitements. La légitimité de la sédation n'a jamais été mise en question. La sédation terminale est non seulement légitime mais elle répond à l'obligation juridique dans le chef du médecin de soigner le patient jusqu'au dernier instant de sa vie. Le Comité a réaffirmé aussi les caractéristiques de la sédation profonde et continue, « qui doit être considérée un

[25] Par ailleurs, la loi n° 12 du 8 février 2001 a introduit des modifications au décret n° 309 du 9 octobre 1990 recueillant les lois en matière de stupéfiants, substances psychotropes, prévention, soin et réhabilitation des états de dépendance. Sous le titre « Normes pour faciliter l'utilisation de médicaments analgésiques opioïdes dans la thérapie de la douleur », cette loi permet explicitement le recours à des opioïdes (non seulement dans les hôpitaux mais aussi dans les soins à domicile) pour des patients « affectés par une douleur sévère à cause de pathologies néoplasiques ou dégénératives » (art. 1).

[26] Legge 15 marzo 2010, n. 38, Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

[27] Comitato Nazionale per la Bioetica, « Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana », 14 luglio 1995, *in* http://bioetica.governo.it/media/1909/p18_1995_fine-vita_it.pdf .

[28] Comitato Nazionale per la Bioetica, « Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte », 29 gennaio 2016, précité.

[29] Comitato Nazionale per la Bioetica, « Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana », 14 luglio 1995, précité.

[30] Comitato Nazionale per la Bioetica, « Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte », 29 gennaio 2016, précité.

traitement médical et ne doit pas être confondue avec l'euthanasie ou avec le suicide assisté ou l'homicide du consentant »[31].

Á cette fin, la possibilité que la sédation utilisée accélère dans une certaine mesure le moment de la mort du patient ne semble pas influencer le jugement positif d'une grande majorité de la doctrine[32], parfois par le biais d'argumentations variées mais toujours favorables (article 51 du Code pénal – exercice d'un devoir, principe de proportionnalité, etc.). Il est peut-être intéressant de remarquer que la théorie du « double effet »[33] n'est pas très utilisée par la doctrine italienne.

3.3 Les dispositions du Code pénal

A. L'euthanasie

Même si le Code pénal ne prévoit pas de crime spécifique d'euthanasie, cette dernière est interdite en vertu des dispositions concernant l'homicide. Le médecin pratiquant une euthanasie tomberait donc sous les dispositions du Code pénal concernant – selon le cas de figure – soit l'homicide volontaire (article 575), soit l'homicide de la personne consentante (article 579). Dans le premier cas, le médecin risque au moins 21 ans de prison[34], alors que dans le second cas le consentement du malade implique une peine entre 6 ans minimum et 15 ans maximum[35]. Le consentement n'est donc pas une cause de justification, mais uniquement un élément constitutif du crime qui entraine une

---

31 *Ibid.*

32 *Cf.* entre autres L. Monticelli, *op. cit.*, p. 481 et s. ; F. Giunta, *op. cit.*, p. 96 et s.

33 *Cf.* notre Glossaire. Nous avons déjà abordé cette théorie *supra*, § 2.3.

34 Art. 575. « Quiconque cause le décès d'une personne est puni d'une peine d'emprisonnement de 21 ans minimum ».

35 « Art. 579. Quiconque cause le décès d'une personne consentante est puni d'une peine d'emprisonnement de 6 à 15 ans.
Les circonstances aggravantes stipulées dans l'article 61 ne s'appliquent pas dans ce cas.
Les dispositions des articles relatives à l'homicide s'appliquent si la personne qui a ainsi été tuée est :
1) un mineur ;
2) un malade mental, ou une personne se trouvant en condition de déficience psychique à cause d'une autre infirmité ou de l'abus d'alcool ou de stupéfiants ;
3) une personne dont le consentement a été obtenu par la violence, le chantage, la tromperie ou la persuasion ».

infraction considérée moins grave[36] et qui implique par conséquent une peine moins importante.

Si nous considérons l'acte euthanasique proprement dit (i.e. l'acte intentionnel du médecin effectué à la demande du patient [37]), ceci semblerait d'emblée mieux correspondre à l'incrimination d'homicide de la personne consentante et à la définition que l'article 579 du Code pénal en donne à son alinéa 1[er][38]. Si toutefois nous examinons les exceptions à son application que consacre l'alinéa 3 du même article[39], nous verrons que le consentement n'est pas considéré comme valable lorsqu'il provient d'une personne malade mentale ou d'une personne « se trouvant en condition de déficience psychique à cause d'une autre infirmité ou de l'abus d'alcool ou de stupéfiants ». Or, certains pourraient bien considérer que cette condition de « déficience psychique » se vérifie chez plusieurs malades terminaux qui sont affaiblis psychologiquement et physiquement par la douleur ou par certaines thérapies[40]. Il s'ensuit que l'article 579 pourrait ne pas être applicable dans plusieurs cas d'actes euthanasiques, ce qui impliquerait l'application de l'incrimination d'homicide volontaire.

Par ailleurs, le montant de la peine peut varier par rapport aux différentes circonstances – atténuantes et aggravantes – pouvant être d'application[41]. Or, l'article 62 alinéa 1 envisage une circonstance atténuante basée sur des « motifs de particulière valeur morale ou sociale », ce que pourrait bien exprimer l'approche d'un médecin agissant pour

---

36 Sur la conception de graduation du crime visant à souligner les aspects « quantitatifs » et l'incidence de ces derniers sur les éléments de l'incrimination, *cf.* R. Alagna, *Tipicità e riformulazione del reato*, Bononia University Press, Bologna, 2007, p. 245 et s.

37 *Cf.* aussi notre Glossaire.

38 *Cf. supra*, note 35.

39 *Ibid.*

40 *Cf.* entre autres S. Canestrari, « Le diverse tipologie di eutanasia: una legislazione possibile », *Riv. it. med. leg.*, 2003, V, p. 757, qui s'appuie aussi sur F. Mantovani, F. Giunta, S. Seminara, S. Cagli, F. Antolisei, V. Patalano, G. Marini, G. Iadecola et F. Tabanelli (note 12, p. 757).

41 Le droit italien prévoit différent types de circonstances du crime. Ainsi peut-on avoir : des circonstances aggravantes (qui aggravent la peine prévue) ou atténuantes (qui diminuent la peine) ; des circonstances communes (prévues dans la partie générale du code – aux articles 61, 62 et 62bis pouvant s'appliquer à tout crime) ou spéciales (prévue pour certains crimes spécifiques et pouvant s'appliquer à ces derniers seulement) ; des circonstances à effet commun (impliquant une augmentation ou une diminution de la peine jusqu'à un tiers) ou à effet spécial (impliquant une augmentation ou diminution de plus d'un tiers de la peine ou encore un type de peine différent – détention plutôt qu'amende par exemple) ; des circonstances objectives ou subjectives, selon l'élément du crime auquel elles se réfèrent.

mettre fin à une souffrance insupportable du patient, à la demande de ce dernier[42]. Cette circonstance atténuante a été appliquée notamment dans les affaires Vastalegna et Papini (*cf. infra,* § 3.4) et aussi dans l'affaire Forzatti[43]. Toutefois, la jurisprudence majoritaire rejette l'application de cet alinéa aux cas d'euthanasie, notamment en raison de l'argument que ces pratiques divisent l'opinion publique quant à leur appréciation[44].

Pourrait encore s'appliquer la circonstance atténuante générique prévue à l'article 62*bis*. Selon cet article, le juge peut prendre en considération d'autres circonstances du crime – non mieux précisées – s'il considère que celles-ci justifient une diminution du montant de la peine. Dans ce cas, la peine peut être réduite jusqu'à un tiers du montant que le juge aurait déterminé si la circonstance atténuante n'avait pas été d'application.

Bien plus probable serait l'application de certaines circonstances aggravantes spéciales au cas où le juge devait opter pour l'incrimination d'homicide volontaire (et non pas d'homicide de la personne consentante) : il s'agit notamment de l'utilisation de « substances vénéneuses » (art. 577 alinéa 2) et de la préméditation (alinéa 3 du même article). Ces deux circonstances intègrent à vrai dire – d'un point de vue strictement médical et déontologique – les piliers d'une euthanasie qui serait effectuée par le médecin

---

42 En ce sens, V. Manzini, *op. cit.*, vol. VIII, p. 84. *Cf.* aussi L. Monticelli, « Eutanasia, diritto penale e principio di legalità », *L'indice penale*, 1998, p. 484 et s. qui reconnaît pourtant la nécessité de vérifier si la société partage les motivations et les valeurs subjectives de l'agent.

43 Le 21 juin 1998, Ezio Forzatti entre dans le service de thérapie intensive de l'hôpital de Monza où sa femme était hospitalisée suite à un œdème cérébral causé par une intervention chirurgicale. Il porte une arme (qu'on découvrira après être déchargée) par laquelle il tient à une distance suffisante le personnel médical pendant qu'il débranche le respirateur qui tenait en vie sa femme. Une fois sa mort constatée, il se laisse arrêter par la police qui était entre-temps arrivée dans le service. Pendant le procès, il affirme avoir mis en œuvre ce que sa femme aurait voulu, conformément à la vision qu'elle avait d'une vie et d'une mort dignes. En juin 2000, la Cour d'assises le condamne pour homicide volontaire prémédité à 6 ans et 6 mois de prison en vertu à la fois de l'application de la circonstance atténuante prévue à l'article 62 alinéa 1 et de la reconnaissance d'une semi-incapacité mentale dans son chef, mais en appel la Cour l'acquitte par rapport à l'incrimination principale avec une motivation originale : vu l'état général de la patiente, on ne peut pas exclure que la femme de Forzatti était déjà cliniquement morte au moment où l'accusé a débranché le respirateur. La Cour n'examinera donc pas du tout la culpabilité de l'accusé ni le prétendu consentement de la victime, puisque l'inexistence de l'objet du crime rendra cet examen superflu. Ezio Forzatti sera condamné seulement pour port d'arme abusif et violence privée (contre le personnel médical). (Ass. app. Milano – Sez. I – 24 aprile – 21 giugno 2002, n° 23/02 – Pres. Passerini, Rel. Ocello).

44 *Cf.*, entre autres, Cass., 7 aprile, 1989, in *Giust. pen*., 1990, II, 460 et s. ; en sens favorable à l'application de l'art. 62 n° 1 c.p., Cass. pen., Sez. I, 18 novembre 1954, Vastalegna, *Foro it.* 1955, II, p. 151 et s. ; Ass. app. Milano, Sez. I, sent. N° 23 del 24 aprile-21 giugno 2002 ; Ass. Roma, 25 febbraio 1984, Pres. Est. Carli, Papini.

de manière sûre (par le biais d'un cocktail létal) et responsable (après un délai de réflexion). Nous constatons donc au passage que ce qui constituerait un élément de garantie dans une euthanasie pratiquée selon les règles de l'art là où elle est légalement réglementée, représente au contraire en droit italien un indice de culpabilité accrue : c'est tout le paradoxe engendré par le manque de dispositions spécifiques. Ce paradoxe se dédouble lorsque nous observons que ces deux circonstances aggravantes impliquent la peine d'emprisonnement à vie[45], c'est-à-dire la peine la plus élevée prévue dans le système répressif italien : ainsi (si nous en restons à la lettre du code) le médecin qui pratiquerait une euthanasie pourrait recevoir la même sanction que le plus dangereux des criminels communs.

Il convient juste d'ajouter qu'une circonstance aggravante supplémentaire s'appliquerait au cas où l'acte euthanasique serait accompli par un ascendant ou un descendant de la victime[46]. Nous considérons que, dans un cas pareil, l'acte sort du cadre de l'euthanasie médicale proprement dite mais nous mentionnons quand même cette possibilité puisqu'elle aurait pu concerner une partie des affaires jurisprudentielles italiennes examinées dans notre recherche.

B. Le suicide assisté

Avant de passer à l'examen du statut juridique de l'assistance au suicide, essayons d'abord de préciser quelques éléments concernant le statut juridique du suicide en droit italien. Tout en étant externe au champ de notre recherche, il intègre en effet une composante importante afin de bien comprendre les principes qui sous-tendent le droit à la disposition de son propre corps et à l'autodétermination. Liberté, acte anti-juridique mais non sanctionné, violation du principe de l'intégrité corporelle et du pacte social : tout – ou presque – a été dit sur le statut que l'ordre juridique italien réserve au suicide et à celui qui le commet (ou le rate). Un seul point pourtant ne fait pas débat : le suicide

[45] Ceci est vrai, en tout cas, en l'absence de circonstances atténuantes qui puissent annuler l'effet des circonstances aggravantes.

[46] Deux différentes dispositions sont prévues aux art. 576 et 577 selon les modalités d'exécution du crime.

n’est pas puni par le droit pénal italien. Ce que le droit punit (nous le verrons dans un instant) est l’action d’une tierce personne qui interviendrait dans l’acte suicidaire, non pas l’acte commis contre soi-même. Cette ligne de partage trouverait une confirmation dans la doctrine majoritaire qui affirme le droit du malade de refuser les traitements jusqu'à même se laisser mourir et de voir respecter sa volonté : ce qui implique la disponibilité de sa propre santé et aussi de sa propre vie. Il s'agirait en fait du même principe de l'autodétermination, que ce soit en se suicidant ou en se laissant mourir[47].

Le Code pénal italien punit l'assistance au suicide, en principe par le biais d'une disposition spécifique : il s'agit de l'article 580 qui, sous le titre « instigation ou aide au suicide », sanctionne « quiconque détermine une autre personne au suicide ou renforce les propos d'autrui au suicide ou encore en facilite de quelque manière que ce soit l'exécution ». Dans de tels cas, la peine encourue est de cinq à douze ans si le suicide a lieu ou d’un à cinq ans si le suicide n'a pas lieu mais si la tentative cause des lésions graves.

Cependant, l'alinéa 2 du même article prévoit une augmentation de la peine si la victime se trouve « dans une des conditions indiquées aux points 1 et 2 [de l'alinéa 3] de l'article précédant » : il s'agit de l'article 579 que nous avons examiné plus haut (homicide de la personne consentante), dont les points 1 et 2 concernent une victime mineure d'âge ou une personne malade mentale ou encore une personne « se trouvant en condition de déficience psychique à cause d'une autre infirmité ou de l'abus d'alcool ou de stupéfiants ». De plus – continue l'article 580 – si la victime a « moins de 14 ans ou n'est pas capable de comprendre ou de se déterminer, sont appliquées les dispositions relatives à l'homicide ». L'article 580 pourrait donc ne pas être appliqué dans – au moins – une partie des cas de suicide médicalement assisté, pour des raisons analogues à celles exprimées concernant l'homicide de la personne consentante.

En conclusion, cela signifie que le médecin qui porterait son assistance au suicide

[47] S. Seminara, « Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia », *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1995, p. 676 et s.

d'un patient risquerait une peine très lourde, allant de cinq ans minimum (si le suicide a lieu) jusqu'à l'emprisonnement à vie (dans le cas d'homicide avec substances vénéneuses ou avec préméditation). Dans ce cas, aussi bien que dans le cas d'actes euthanasiques examinés plus hauts, nous constatons les effets paradoxaux de l'application d'un arsenal législatif qui s'adapte très difficilement à la spécificité des situations qui font l'objet de notre étude. Malgré une dangerosité sociale sûrement moins importante par rapport aux crimes communs, le personnel médical commettant de tels délits risquerait d'être puni, selon la lettre des dispositions du Code pénal, très sévèrement.

Comme l'a affirmé clairement la Cour constitutionnelle italienne, le fait que l'ordre juridique italien ne sanctionne pas celui qui essaye de mettre fin à sa propre vie « ne rend pas du tout incohérent le choix de punir celui qui coopère matériellement à la dissolution de la vie autrui » [48].

3.4 La jurisprudence

Avant d'examiner les affaires de notre intérêt, une prémisse est nécessaire. La vie judiciaire italienne a connu un nombre important d'affaires liées à la fin de vie. Certaines ont constitué des véritables cas médiatisés qui ont secoué, partagé, voire déchiré l'opinion publique ; d'autres sont restées presque inconnues. Ce qui est sûr, c'est que la plupart de ces affaires – comme nous l'avons abordé dans l'introduction de cette section – relèvent plutôt de gestes de désespoir de la famille que de véritables actes euthanasiques (ou d'assistance au suicide) effectués par le personnel médical. De l'examen de cette jurisprudence, il ne faudra donc pas toujours s'attendre à des orientations *stricto sensu* utiles à interpréter les normes en vigueur : dans la plupart des cas, les juges ont cédé à l'émotivité du cas d'espèce et aux circonstances spécifiques du cas particulier, poussés à cela – on n'en doute pas – aussi par l'inadaptation des normes en vigueur aux situations dont nous traitons. Ceci précisé, passons à l'examen des affaires.

A. Affaires ayant trait à l'euthanasie

[48] Corte Costituzionale, ord. n. 207/2018, ud. 23 ottobre 2018, dec. 24 ottobre 2018, p. 4.

La première affaire portée à l'attention de l'opinion publique (affaire Vastalegna**)** remonte à 1951. À la demande de l'intéressée, un homme avait aidé sa fiancée – gravement atteinte d'une maladie incurable – à mettre fin à ses jours en lui donnant des barbituriques et en lui coupant les veines des poignets. Il avait ensuite tenté (en vain) son suicide. Accusé d'homicide volontaire, il avait d'abord été condamné à 6 ans, 2 mois et 20 jours de prison : une peine relativement basse en vertu à la fois de l'application de la circonstance atténuante prévue à l'article 62 alinéa 1 qui envisage des « motifs de particulière valeur morale ou sociale »[49] et de la reconnaissance d'une semi-incapacité mentale dans son chef. La Cour d'assises d'appel avait ensuite modifié l'incrimination en « homicide de la personne consentante » et avait ainsi réduit la peine à 2 ans et 8 mois de prison suivis d'un an de soins dans un institut pour la santé mentale[50].

C'est en septembre 1981 que la deuxième (dramatique) affaire gagne la une des journaux : Luciano Papini**,** un homme de 39 ans, tue à coup de pistolet son neveu hydrocéphale de 18 ans pendant son sommeil afin de mettre fin à ses souffrances. Suite à l'abandon de sa mère, le garçon avait été élevé par son oncle qui lui avait consacré sa vie : pourtant, les difficultés (physiques, mentales et comportementales) encourues par le jeune homme avaient fait de sa vie un calvaire et plusieurs fois on l'avait entendu invoquer – de manière plus ou moins directe – la mort. Luciano Papini affirme donc avoir exécuté la volonté de son neveu pour mettre fin à une vie devenue insupportable. Or, ce qui est à remarquer à nos yeux, c'est que dans cette affaire personne ne niera jamais la bonne foi de l'accusé : même le ministère public – alors qu'il demande 10 ans de prison pour homicide de la personne consentante – le définit comme « un homme respectable », une personne bien qui a consacré sa vie à ce jeune neveu malheureux, et il reconnaît les motivations solidaires de son geste, invoquant ainsi – comme dans l'affaire Vastalegna – la cause atténuante de responsabilité prévue à l'article 62 alinéa 1. Malgré une expertise affirmant le retard mental sévère du jeune garçon et donc son incapacité à consentir et à demander la mort, la Cour arrive à la conclusion que le garçon portait en lui le désir

[49] *Cf. supra*, § 3.3.

[50] Le recours en Cassation du condamné a été rejeté, confirmant ainsi la condamnation en appel (Cass. pen., Sez. I, 18 novembre 1954, Vastalegna, *Foro it.* 1955, II, 151).

conscient et perdurant de mourir : Luciano Papini est donc condamné à quatre ans et deux mois de prison pour homicide de personne consentante[51]. Ni la défense ni le ministère public n'interjettent appel, et significativement la Cour ordonne la libération du condamné pendant le délai pour l'appel, en considération de sa personnalité non dangereuse.

En juin 1987, un homme (Angelo Billo) tue sa femme par un coup de pistolet et tente (en vain) de se suicider. Sa femme souffrait depuis 17 ans d'une forme de polycythémie qui s'était transformée en leucémie irréversible, mais elle n'en était pas encore au stade terminal. Accusé d'abord d'homicide volontaire, le 5 février 1988 il est condamné pour homicide de la personne consentante à 4 ans de prison, suite à l'application de circonstances atténuantes génériques[52]. L'intéressé interjette appel afin de demander l'application de la circonstance atténuante prévue à l'article 62 alinéa 1 mais la Cour d'appel rejette son recours. Avec la même motivation, il introduit aussi un recours en cassation. Le 7 avril 1989, la Cour confirme la non-applicabilité de cet alinéa par un arrêt qui demeure une référence en la matière[53] et qui établit deux principes :

– les circonstances de particulière valeur morale ou sociale doivent s'inspirer uniquement de motifs altruistes et non pas de motifs personnels – même concurrents ;

– les motifs en question doivent recevoir l'approbation inconditionnelle de la société donnée à un moment historique donné, en recueillant le *consensus* général de la collectivité.

Dans l'affaire en question la Cour estime qu'aucun des deux principes n'avait été satisfait (bien qu'il aurait tout de même fallu satisfaire cumulativement les deux afin d'appliquer l'article en question).

Une dernière affaire dans ce domaine retiendra notre attention : le 2 mai 1988, Adriana Longo est condamnée à deux ans et demi de prison pour homicide de la personne consentante[54]. Le 11 juillet 1987, elle avait étranglé sa mère de 85 ans à l'aide d'un collant

51 Ass. Roma, 25 febbraio 1984, Pres. Est. Carli – Papini.
52 *Cf. supra*, note 41.
53 Cass., 7 aprile, 1989, in *Giust. pen.*, 1990, II, 460 et s.
54 Ass. Trieste, 2 maggio 1988, Longo, in *Foro it.*, 1989, II, 184.

de nylon et elle avait ensuite tenté (en vain) de se suicider. L'incrimination initiale d'homicide volontaire avait été vite mutée en homicide de la personne consentante suite aux nombreux témoignages recueillis pendant le procès indiquant que la victime avait demandé à maintes reprises d'être tuée, et ceci à cause de plusieurs maladies affectant son état physique et psychique – dont la maladie d'Alzheimer et un cancer dans un stade avancé mais non terminal. Le montant de la peine infligée est – on le remarquera – particulièrement bas : ceci est dû à une expertise psychiatrique ayant indiqué un état dépressif de l'inculpée et une incapacité mentale partielle conséquente, ainsi qu'à la prise en compte de toute une série de circonstances atténuantes génériques (fiche criminelle propre, bon comportement pendant le procès) et d'autres circonstances menant la Cour à appliquer le minimum de la peine prévue pour ce crime. Ce dernier arrêt demeure particulièrement intéressant pour deux aspects : premièrement, la Cour d'assises de Trieste considère valable le consentement de la victime malgré la maladie d'Alzheimer, car « cette maladie n'avait pas privé totalement la victime de sa lucidité » ; deuxièmement, la Cour n'applique pas la circonstance atténuante prévue à l'article 62 alinéa 1 parce que ces éléments ont déjà été pris en compte en réduisant le montant de la peine au minimum (ils ne sauraient donc être pris en compte deux fois)[55].

B. Affaires ayant trait au suicide assisté

Une affaire intéressante concernant l'aide au suicide a été relatée par la presse italienne à la fin des années 80. Le 15 mai 1989, le corps sans vie d'un homme de 33 ans (Umberto Sant'Angelo) est trouvé dans une chambre d'hôtel de Milan. Il y était décédé la nuit d'avant suite à une injection de thiopental, un puissant barbiturique. L'enquête permet d'établir que Guido Tassinari et Antonia Malfatti avaient assisté le jeune homme dans ses intentions suicidaires car ce dernier leur avait déclaré avoir une maladie incurable qui le

[55] En marge de cette revue, on peut signaler également l'affaire Pasquini (Ass. app. Ancona, 9 febbraio 1969, in *Giur. mer.,* 1969, 173) qui concerne une tentative de meurtre « à des fins euthanasiques » - comme les a définis l'arrêt – du mari envers sa femme, dans la conviction (erronée) que cette dernière avait une maladie incurable et souhaitait mourir. L'arrêt est intéressant seulement du point de vue des conditions de validité du consentement de la victime, car la Cour affirme que « des expressions de désespoir d'une personne gravement malade ne sont pas susceptibles d'être considérées comme consentement et demande de mort aux fins de l'incrimination d'homicide de la personne consentante ».

faisait souffrir énormément. Il est important de savoir que Guido Tassinari était un militant de longue date du Parti Radical (PR), il était également journaliste, écrivain et responsable d'une association pro-euthanasie (« Club dell'Eutanasia ») ; ce sera la première et dernière fois qu'il concrétisera ses opinions par un acte d'un tel poids. Guido Tassinari et Antonia Malfatti sont accusés d'homicide de la personne consentante et jugés par la Cour d'assises de Milan : le premier est condamné à quatre ans de prison, la seconde est acquittée. Le 2 décembre 1992, la Cour d'assises d'appel confirme le verdict pour Tassinari mais elle condamne à la même peine Antonia Malfatti. La Cour de cassation confirme le verdict d'appel[56].[57]

Bien plus récemment, le cas de Fabiano Antoniani secoue l'opinion publique italienne et déclenche une affaire judiciaire encore en cours au moment où nous écrivons et dont les conséquences pourront aller bien au de-là de l'évolution de la jurisprudence. Fabiano Antoniani, connu par le grand public comme « DJ Fabo » de par son métier de dee jay, en 2014 est victime d'un grave accident de la circulation qui le rend tétraplégique, aveugle et nécessitant un respirateur. Après deux ans, il se détermine à mettre fin à ses jours et contacte à cette fin des associations suisses pour l'aide au suicide. Il rencontre aussi Marco Cappato (militant du PR et du mouvement italien pro-euthanasie), qui lui propose d'interrompre tout traitement et procéder à une sédation terminale. Mais Dj Fabo préfère se rendre en Suisse et M. Cappato décide alors de l'y accompagner en voiture. Le suicide a lieu le 27 février 2017 et dès son retour, M. Cappato se rend à la station de la gendarmerie locale pour s'auto-dénoncer. Le 14 février 2018, la Cour d'Assises de Milan devant laquelle se tient le procès, saisit la Cour Constitutionnelle en demandant un prononcé de légitimité constitutionnelle concernant l'article 580 du Code pénal (« instigation ou aide au suicide ») parce que cette disposition incrimine certaines conduites d'aide matériel indépendamment de leur contribution à la détermination de la

[56] Ces informations ont été récupérées dans la presse, qui a couvert amplement le procès. Le texte des arrêts n'est pas publié.

[57] La presse relate aussi d'un changement d'opinion de M. Tassinari pendant le procès : il aurait déclaré lors d'une audience que, suite à un accident de la route où il avait risqué sa vie, il avait compris la valeur de la vie humaine et n'aurait plus refait ce qu'il avait fait. Il s'enfuit ensuite en Allemagne afin d'éviter la prison et meurt étant encore en cavale une année après la condamnation.

volonté suicidaire de la victime. Par décision du 24 octobre 2018 [58], la Cour constitutionnelle d'un côté, reconnait la partielle inconstitutionnalité de l'article 580 pour ce que « l'interdiction absolue de l'aide au suicide termine (...) par limiter la liberté à l'autodétermination du malade dans le choix des thérapies, y inclus celles pour le libérer de la souffrance »[59] ; de l'autre côté, la Cour ne s'autorise pas à laisser ce domaine sans couverture juridique, ce qui résulterait de sa déclaration d'inconstitutionnalité. Il s'ensuit que la Cour décide de renvoyer son arrêt au 24 septembre 2019, afin de consentir au Parlement de réfléchir et prendre l'initiative. Malgré un vif débat politique, le Parlement ne parvient toutefois pas à adopter une législation à ce sujet dans le délai imparti, suite à quoi la Cour – par arrêt du 25 septembre 2019 dont les motivations sont publiées le 22 novembre 2019[60] – déclare la partielle inconstitutionnalité de l'article 580 du Code pénal en dépénalisant le comportement de la personne qui aide à l'exécution d'une décision librement prise par la victime sous certaines conditions. La Cour déclare l'inconstitutionnalité de l'article 580 dans la mesure où il n'exclut pas la punissabilité de la personne qui aide à l'exécution du propos suicidaire – s'étant formé de manière autonome et librement – de la personne gardée en vie par des traitements de soutien vital et affectée par une pathologie irréversible et source de souffrances physiques ou psychiques insupportables[61]. La Cour réaffirme toutefois avec force la nécessité d'une intervention du législateur.

3.5 Les dispositions du Code civil

L'article 5 du Code civil italien établit que « les actes de disposition de son propre corps sont interdits lorsqu'ils causent une diminution permanente de l'intégrité corporelle ou lorsqu'ils sont autrement contraires à la loi, à l'ordre public ou aux mœurs ». Il s'agit

---

58 Corte Costituzionale, ord. n. 207/2018, précité.

59 *Ibid.*

60 Corte Costituzionale, Sent. 242/2019, Dec. 25 settembre 2019, Dep. 22 novembre 2019, pas encore publiée dans le JO, *in* https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242#dispositivo .

61 Nous pourrions qualifier celle-ci de « dépénalisation absolue » dans la mesure où toute peine est supprimée (en opposition à une désescalade de la peine, représentée par la dépénalisation relative). *Cf.* Ch. Guillain, « Criminaliser, décriminaliser l'usage de drogues : une histoire sans fin », in F. Tulkens, Y. Cartuyvels, Ch. Guillain, *La peine dans tous ses états. Hommage à Michel van de Kerchove*, Larcier (Bruxelles / Louvain), 2011.

du principe général d'indisponibilité du corps humain, qui concernerait tous les actes causant une diminution permanente de l'intégrité corporelle.

L'interprétation de cet article et de sa portée est pourtant loin de faire l'unanimité. En effet, certains[62] se limitent à analyser la lettre de son texte, l'entendant ainsi comme une interdiction absolue et donc sans exceptions ; ils en déduisent même – *a fortiori* – l'interdiction du suicide car ce dernier viole l'intégrité corporelle plus que tout autre acte. Au contraire, d'autres ne manquent pas de souligner que l'article en question a été proposé par le législateur de 1942 (année d'adoption du Code civil) pour des fins bien différentes[63] : comme nous le confirme la lecture des travaux préparatoires[64], l'intention du législateur était en réalité de donner légitimité aux actes de disposition de son propre corps n'impliquant pas une diminution de l'intégrité corporelle. Il s'agissait donc d'autoriser la négociabilité de prestations rémunérées telles que celles d'une nourrice ou encore des prestations à titre gratuit comme le don du sang.

Cette dernière interprétation serait confirmée par l'insertion de ce principe dans le Code civil (ce qui implique un *negotium* et donc un acte accompli en faveur d'une tierce personne, ce que le suicide n'est pas) et par le manque de référence à la vie comme bien suprême à protéger[65]. Il convient toujours, par ailleurs, d'interpréter une disposition en l'insérant dans l'ensemble de l'ordre juridique dont elle fait partie. Ainsi ne saurait-on lire l'article 5 du Code civil sans prendre en considération la Constitution de 1948 qui reconnaît le droit à l'auto-détermination de la personne et considère la vie comme un bien juridique personnel et non pas public. On ne saurait également négliger que le Code pénal (*cf. supra*) ne punit pas le suicide, ni même sa tentative. Ces éléments nous suffisent déjà pour comprendre qu'une lecture purement littérale de l'article en question conduirait à absolutiser une disposition qui n'est qu'une tesselle d'une mosaïque bien complexe.

---

62 *Cf.* entre autre V. Manzini, *Trattato di diritto penale italiano*, Torino, 1951, Unione tipografica.

63 F. Giunta, « Diritto di morire e diritto penale - I termini di una relazione problematica », *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1997, II, p. 86 et s.

64 Ils sont synthétisés dans O. De Pietro, *Il consenso dell'avente diritto e il consenso del paziente*, Napoli, 1988, p.596 et s.

65 F. Giunta, *op. cit.*, p. 87.

Une lecture globale des différents instruments législatifs fait donc pencher pour la seconde interprétation, qui relativise l'étendue du principe de l'indisponibilité du corps humain.

3.6 Le code de déontologie médicale

Nous souhaitons commencer l'examen des normes déontologiques italiennes par la lecture du serment professionnel (qui est cité en sorte de préambule du code), une version moderne du serment d'Hippocrate qu'est tenu d'accepter tout médecin lors de son entrée dans l'ordre professionnel. Référence morale pour le médecin, ce serment contient – entre autres – l'engagement : à poursuivre les finalités exclusives de défense de la vie et de soulagement de la douleur ; à ne « jamais accomplir des actes qui puissent provoquer intentionnellement la mort », ce qui est une référence claire à l'interdiction de tout acte euthanasique ou même à d'autres actes en fin de vie ; et à s'abstenir de l'acharnement diagnostique et thérapeutique.

S'il est clair pour tout le monde que d'un point de vue hiérarchique le code déontologique est subordonné à la loi, la valeur morale et l'engagement professionnel que ce serment et les normes du code déontologique représentent aux yeux du médecin sont d'une importance capitale. Chaque professionnel est bien conscient du fait qu'une sanction disciplinaire telle la suspension de l'ordre est bien plus néfaste à la poursuite de sa vie quotidienne (professionnelle et non professionnelle) qu'une légère condamnation pénale, éventuellement avec sursis.

Ceci étant précisé, nous en venons à l'analyse de la version actuelle du code de déontologie médicale, celle qui date de 2014 et qui n'a été révisée en dernier que le 5 décembre 2017 par la Fédération Nationale des Ordres des Médecins[66] : ce qui signifie que le code de déontologie n'a pas été révisé suite à l'adoption de la loi sur le testament biologique.

[66] *In* https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf .

Si on observe les normes concernant la fin de la vie, l'article 17 affirme solennellement, sous le titre « Actes finalisés à provoquer la mort », que le médecin, « même à la demande du patient, ne doit effectuer ni favoriser des actes visant à en provoquer la mort ». Ceci reprend bien sûr l'esprit du serment professionnel que nous venons de voir et nous pose le même ordre de questions : quels seraient les actes précis inclus dans une formule si ample ? Est-ce que le fait de débrancher un respirateur ou de suspendre une thérapie de soutien vital pourrait être considéré comme un acte qui vise à provoquer la mort ? Même s'il existe des cas où le *soft law* influence l'interprétation du *hard law*[67], nous soulignons une confusion supplémentaire que l'ordre juridique italien nous livre et notamment les difficultés caractérisant la position du médecin dans l'assistance des malades en fin de vie.

Le code nous fournit, par ailleurs, beaucoup d'autres dispositions saillantes : de l'obligation de s'abstenir de l'acharnement diagnostique et thérapeutique (article 16) à l'autorisation de pratiquer des traitements ayant une incidence « sur l'intégrité psycho-physique » seulement dans le but de provoquer un bénéfice clinique à la personne (article 18[68]) ; des normes concernant le devoir de tenir compte des déclarations anticipées de traitement « exprimées en forme écrite » (article 38) à celles concernant l'assistance aux patients en stade terminal ou inconscients (article 39), jusqu'au cas de refus de se nourrir exprimé par la personne consciente, contre lequel le médecin ne peut prendre aucune action contraignante à l'encontre du malade (article 53).

Globalement, le code ne s'éloigne pas vraiment de la législation en vigueur, malgré un manque de mise à niveau avec les nouvelles normes (notamment pour ce qui est de la sédation terminale) et un manque de clarté concernant l'article 17, comme on vient de voir.

---

[67] *Cf.* notamment A. Bernardi, « Soft law e diritto penale: antinomie, convergenze, intersezioni », in *Soft law e hard law nelle società postmoderne*, (a cura di) A. Somma, Torino, Giappichelli Editore, 2009, p. 1-29.

[68] Malheureusement le commentaire au code déontologique ne fournit aucun éclairage ultérieur quant aux possibilités d'application de cet article, qui nous semble plein de potentialités interprétatives.

3.7 Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives

Les normes du droit italien en matière de fin de vie sont assez fragmentaires et fortement soumises à l'interprétation (et aux décisions) jurisprudentielles du fait notamment de l'absence de dispositions expressément consacrées à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté (et, jusqu'à décembre 2017, de dispositions concernant l'arrêt des soins). Cela n'empêche d'avoir quelques points fermes : tout d'abord l'interdiction absolue de toute forme d'euthanasie ; ensuite, depuis peu, la possibilité de refuser tout traitement médical (même à risque de la vie) et de demander une sédation profonde et continue jusqu'à la mort. On aurait donc le droit de se « laisser mourir » mais pas le « droit de mourir ».

La loi de 2017 a substantiellement changé le cadre global, en mettant le mot de la fin sur des décennies de batailles judiciaires nées dans le but de donner une application cohérente à l'article 32 de la Constitution. Les dispositions de la loi (notamment l'article 1) qui autorisent le refus et l'arrêt de tout traitement médical viennent donc opérer une clarification importante puisqu'elles mettent fin à une « pratique incriminante » par une partie du judiciaire. En effet, le manque d'une législation spécifique mettant en œuvre l'article 32 de la Constitution avait donné lieu à des interprétations divergentes concernant l'arrêt d'un traitement déjà en cours, notamment pour le patient nécessitant l'intervention d'une tierce personne.

Le principal contenu de la loi italienne est d'ailleurs, comme nous le verrons plus tard[69], d'inspiration directe de la loi française de 2016, ce qui fait que les deux ordres juridiques offrent en ce moment un droit positif fort semblable en matière de fin de vie. Toutefois, si pour la France le processus qui a mené à l'adoption de la loi de 2016 fut graduel (en passant notamment par la loi de 2005), pour l'Italie l'évolution a été plus rapide et peut-être moins attendue. Nous reviendrons plus loin[70] sur les dynamiques sous-tendant ces processus.

69 *Cf. infra* Partie II, § 3.
70 *Ibid.*

L’évolution législative a été, de surcroit, récemment accompagnée par une importante (et radicale) évolution de la jurisprudence concernant le suicide médicalement assisté et, parallèlement, un intérêt accru de la doctrine. Avec la partielle dépénalisation de l’aide au suicide opérée par voie jurisprudentielle[71], l’Italie montre une évolution plus remarquable et bien plus rapide que la France en direction d’une plus large liberté de choix pour les patients conscients se trouvant en fin de vie, même si cette évolution ne provient pas directement du législateur (et ceci n’est pas un détail secondaire).

En conclusion, nous considérons donc que la société italienne montre une évolution vers plus de reconnaissance des droits individuels et notamment du droit à l’autodétermination et entrevoyons une probable évolution législative ultérieure dans les mois et années à venir.

[71] *Cf. supra*, § 3.4.

PARTIE II

LE PROCESSUS DE RÉFORME LÉGISLATIVE DANS LES TROIS PAYS. UN OBJET JURIDIQUE, UNE DÉMARCHE SOCIOLOGIQUE.

Dans cette partie de notre recherche nous souhaitons nous pencher sur le processus de formation du droit en vigueur en relation avec notre objet d'étude. Ainsi, devrons-nous analyser avec attention les travaux parlementaires concernant l'adoption des législations les plus pertinentes et récentes en matière d'euthanasie et de fin de vie. Il s'agira ici de développer les aspects plus proprement sociopolitiques et de la sociologie du droit concernant notre sujet : la démarche sociologique nous aidera notamment à dessiner le contexte dans lequel les mutations sont intervenues et ensuite à les interpréter. La méthode que nous avons choisie est en effet inspirée à la théorie interdisciplinaire du droit[1]. Même s'il est clair que l'objet étudié concerne le droit positif et des principes juridiques, nous ne souhaitons pas nous limiter à les décrire. Nous voulons aussi les analyser et les expliquer.

Comme nous l'avons anticipé dans l'introduction [2], notre examen sera principalement centré sur la dialectique entre deux tendances présentes dans notre société contemporaine. D'un côté, l'émergence de l'individu et l'importance croissante attribuée à la volonté et à l'autonomie individuelles ; de l'autre, la persistance, voire parfois la renaissance, selon des degrés différents propres à chaque société, de principes communautariens et de solidarité sociale qui conduisent à une interprétation collective des besoins individuels. Cette analyse empruntera notamment au débat qui, dans la théorie politique libérale anglo-américaine, oppose les libéraux (« liberals ») aux communautariens (« communitarians »). Nous estimons en effet que ce débat nous offre

1 *Cf. supra*, Introduction, §2.
2 *Cf. supra*, Introduction, §2C.

des référentiels doctrinaux appropriés pour conduire notre réflexion car – entre autres – il se fonde sur des visions différentes de l'organisation politique et de la finalité des institutions. Nous avons vu que pour les théoriciens communautariens il est normativement bien que l'individu se constitue dans son ancrage communautaire, car ils considèrent la communauté comme une nécessité ontologique et normative. Par contre, pour les libéraux l'individu se définit comme étant ontologiquement et normativement prioritaire par rapport à la communauté[3].

On analysera alors l'attitude des pouvoirs publics dans les trois pays vis-à-vis des choix philosophiques personnels, pour voir jusqu'à quel point l'immixtion de l'État serait justifiée et légitimée dans des matières éthiquement sensibles telles que l'euthanasie et la fin de la vie. Car nous croyons, avec J. Caillosse et M. Troper, que les juristes sont voués – du fait même qu'ils sont juristes – à produire inlassablement une analyse du pouvoir politique[4].

On focalisera notre attention sur les moments pertinents de comparaison, à savoir les moments de « rupture » et de basculement des mentalités. Ce sera la comparaison entre les différents équilibres rejoints par les trois sociétés qui nous aidera à repérer les raisons sociologiques des différences de législation produite.

[3] M. Gianni, *Les liens entre citoyenneté et démocratie sur la base du débat 'Libéraux-Communautariens'*, *op. cit.*, p. 25.

[4] J. Caillosse (citant Troper), « La sociologie politique du droit, le droit et les juristes », *Droit et société*, 2011/1 n° 77, p. 202.

1 LA BELGIQUE

Sommaire : 1.1. Introduction aux règles du jeu parlementaire. 1.2. L'historique législatif. 1.3. Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2002. 1.4. Après l'adoption de la loi sur l'euthanasie.

1.1 Introduction aux règles du jeu parlementaire

Dans les paragraphes qui suivent, nous analyserons des processus parlementaires. Il ne faudrait jamais oublier que les règlements parlementaires peuvent influencer – même de manière importante – la modalité voire la possibilité même qu'une proposition soit portée à l'ordre du jour de la séance plénière et par conséquent soumise au vote.

Ainsi, pour ce qui est des institutions belges, nous remarquons qu'à la Chambre des Représentants c'est la Conférence des Présidents des groupes politiques (composée d'un président, les vice-présidents, le président et un membre de chaque groupe politique reconnu et les anciens présidents de la Chambre à condition qu'ils en soient encore membres) qui a essentiellement pour compétence l'organisation des travaux de la Chambre (calendrier de la session, ordre des travaux de la séance plénière, coordination des travaux de la séance plénière avec les activités des autres organes de la Chambre, délégations de la Chambre, etc.). Les présidents de commission peuvent être entendus et un ministre y représente le Gouvernement. Il n'est, en principe, procédé à aucun vote au sein de la Conférence des présidents. Lorsque la Conférence des présidents ne parvient pas à se mettre d'accord sur l'ordre du jour de la séance plénière, cette dernière décide. La Conférence des présidents peut procéder à un vote pondéré dans un nombre limité de cas prévus par le Règlement[5].

Au Sénat, cette compétence est confiée au Bureau, qui se réunit sur convocation du président. Le Bureau est composé d'un président, d'un premier vice-président, d'un

[5] Source : le règlement de la Chambre, disponible dans le site www.lachambre.be .

deuxième vice-président et d'un troisième vice-président, nommés successivement par des scrutins distincts, et de trois questeurs, élus ensuite au scrutin de liste, et des présidents des groupes politiques représentés dans les commissions permanentes. Lorsque le Bureau se réunit pour fixer l'ordre du jour, le gouvernement est invité à déléguer un de ses membres à cette réunion. Les présidents des commissions peuvent être entendus. Le Bureau peut décider de tenir un débat en séance plénière sur un thème d'intérêt général relevant des compétences du Sénat. Le président soumet à l'approbation du Sénat l'ordre des travaux établi par le Bureau. En cas de contestation, le Sénat se prononce après avoir entendu un orateur pour et un orateur contre, dont les interventions ne peuvent dépasser trois minutes[6].

1.2 L'historique législatif

La Belgique est, comme nous venons de le voir dans la partie qui précède, le seul parmi les trois pays étudiés qui s'est doté d'une législation concernant les différents aspects de la fin de vie, y inclus une législation spécifique sur l'euthanasie. Le développement législatif a donc été poussé plus loin par rapport à la France et à l'Italie.

Dès lors, ce pays nous offre un matériau, que ce soit du point de vue quantitatif ou qualitatif, nettement plus important en termes de débats parlementaires. Ne fût-ce qu'entre octobre 1999 et juillet 2001, le Sénat belge aura effectué pas moins de 86 réunions des Commissions[7] et 40 auditions d'experts afin de débattre de 12 propositions de loi concernant l'euthanasie et la fin de vie, les soins palliatifs et les droits du patient. La totalité des résumés et transcriptions des séances parlementaires constituent environ quatre-milles pages de documentation d'un intérêt immense. Sur ce matériau repose donc la partie la plus importante de notre analyse de sociologie du droit, qui commence toutefois quelques années avant le début du véritable processus législatif en question. Comme nous allons le voir maintenant, tout grand changement n'arrive pas du jour au lendemain : on le prépare et on le construit au long des années.

---

6 Source : le règlement du Sénat, disponible dans le site www.senate.be .

7 Lors de l'examen des propositions de loi sur l'euthanasie et les soins palliatif les Commissions de la Justice et de la Santé Publique travailleront conjointement.

Dans cette section, nous passerons en revue l'état du droit positif avant le changement législatif, les différentes propositions de loi déposées, les débats parlementaires et le débat de société qui ont précédé le processus législatif véritable qui a mené à l'adoption de la législation sur la fin de vie en 2002. Nous souhaitons ainsi retracer le chemin qui a mené au démarrage du processus parlementaire ayant finalement abouti à l'adoption de la législation en vigueur.

Pour ce faire, nous avons pris en considération la période qui va de la deuxième moitié des années 1980 à la veille du début du processus législatif. Ce choix temporel dérive principalement de deux raisons : d'une part, c'est en ce temps que sont déposées toutes les propositions de loi précédentes en la matière ; d'autre part, une période de 12-14 ans nous paraît suffisante pour observer la production du changement politique.

Pour la section qui concerne le débat de société, d'un point de vue méthodologique, nous avons pris comme point de départ pour l'identification des événements marquants pour les médias les articles du quotidien belge *Le Soir*. Ce dernier a le mérite de rendre disponible en ligne l'archive intégrale de tous ses articles depuis 1988[8], sélectionnables à travers un moteur de recherche par mots-clés. Bien évidemment il ne s'agit pas d'utiliser *Le Soir* comme source directe ni de prendre en considération la lecture politique qu'il peut donner des faits, mais de l'utiliser comme base de départ pour identifier les événements-clés. Suite à ce premier tri, nous avons donc croisé les comptes rendus du journal d'autres sources[9] afin de vérifier les événements relatés.

1.2.1 Les normes en vigueur avant le changement législatif

[8] Contrairement au Soir, les autres principaux quotidiens belges ont un archivage en ligne bien plus limité, qui inclut seulement les articles parus à partir – par exemple – de 2001 pour La Libre Belgique, de 2003 pour De Standaard et de 2007 pour De Morgen.

[9] Entre autres les communiqués de presse des partis ou des associations, les articles scientifiques, les débats parlementaires.

En droit belge, avant l'entrée en vigueur de la loi de 2002[10], l'euthanasie ne faisait pas l'objet d'une réglementation spécifique, de sorte qu'elle pouvait être réprimée comme meurtre (art. 393 du Code pénal), assassinat (art. 394 du Code pénal) ou empoisonnement (art. 397 du Code pénal) et ce, quelle que soit la qualité de l'auteur (médecin ou autre personne). De même, le consentement éventuel de la victime n'aurait eu aucune incidence sur le choix de la norme applicable[11]. L'euthanasie n'était donc pas reconnue comme intervention médicale et était susceptible de tomber sous l'épée du juge pénal[12].

L'assistance au suicide pouvait, par ailleurs, relever de l'article article 422*bis* (non-assistance à personne en danger), même si le suicide n'était (et n'est) pas punissable en droit belge.

Pourtant l'article 71 du Code pénal aurait pu fournir une cause de justification, son texte étant à l'époque libellé comme suit : « Il n'y a pas d'infraction, lorsque l'accusé ou le prévenu était en état de démence au moment du fait, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister »). L'article 71 permettait ainsi la reconnaissance d'un état de nécessité – par voie jurisprudentielle[13] – qui aurait justifié l'infraction[14]. Toutefois, l'« état de nécessité » est une notion subjective et ne s'applique qu'au cas par

10 Loi relative à l'euthanasie, 28 mai 2002, précitée.

11 En effet, s'appliquait le principe général selon lequel le consentement de la victime de l'infraction ne constitue jamais une cause de justification proprement dite. *Cf.*, entre autres, F. Tulkens et M. van de Kerchove, *Introduction au droit pénal : aspects juridiques et criminologiques*, Ed. Kluwer, 2003, p. 312.

12 Ce constat sera fait aussi par les auteurs du projet de loi sur l'euthanasie qui sera enfin approuvé en 2002. Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, p. 2.

13 L'arrêt de la Cour de cassation du 13 mai 1987 consacre dans la jurisprudence la notion d'état de nécessité par une décision de principe. Longtemps identifié avec la force majeure visée par l'art. 71 du Code pénal, l'état de nécessité s'est vu alors reconnaître par la Cour de cassation son autonomie de principe général plus large (Cass., 13 mai 1987, RCJB, 1989, p. 588 et s.). L'agent est placé devant un dilemme : soit il commet une infraction, soit il laisse se produire une atteinte à un intérêt au moins aussi important que celui qu'il sacrifierait en commettant l'infraction. Il s'agit d'un « choix entre deux valeurs », où il faut « accorder la primauté » à l'une d'elles. Pour un commentaire de l'arrêt : Alain De Nauw, « La consécration jurisprudentielle de l'état de nécessité », note Cass. 13 mai 1987, Revue *critique de jurisprudence belge*, 1989, p. 588-630.

14 L'utilisation de cette catégorie dans les affaires d'euthanasie est controversée en doctrine : M. Adams et H. Nys (« Comparative reflections on the belgian euthanasia act 2002 », *Medical Law Review*, 11, Autumn 2003, Oxford University Press 2003, p. 353) soulignaient l'incertitude à cet égard et se questionnaient sur cette possibilité, alors que E. Montero y était nettement opposée (entre autres dans « Euthanasie. Les enjeux du débat », Presse de la Renaissance, Paris, 2005.). Par ailleurs, nous n'avons pas connaissance d'application de ce concept dans la jurisprudence concernant des actes euthanasiques.

cas. Des euthanasies étant pratiquées quotidiennement en Belgique malgré l'interdiction pénale, il en résultait une insécurité juridique qui entraînait des pratiques semi-clandestines, n'en permettait pas le contrôle social et rendait plus difficile la tenue d'un dialogue approfondi entre le patient et son médecin.

De ce fait, différents problèmes se posaient, aussi bien au niveau individuel que social. Des demandes d'euthanasie ne recevaient pas de réponse en raison de la crainte de certains médecins d'être poursuivis ; des euthanasies auraient été pratiquées sans le consentement éclairé des patients. Par ailleurs, d'après des études hollandaises, pour le patient le fait de ne pas avoir la possibilité d'exprimer clairement et anticipativement sa demande d'euthanasie ne lui permettait pas non plus d'accepter sereinement une prise en charge palliative, délivré de la peur de souffrir excessivement ou de se voir perdre toute dignité. Plus largement, le silence et la dissimulation ne permettaient pas d'évaluer les pratiques et le maintien du statu quo consacrait « une rupture entre la loi pénale et le réel » qui entamait l'autorité de la loi[15].

Par ailleurs, aucune condamnation n'avait eu lieu dans les décennies précédentes et le seul et dernier procès recensé par la presse en la matière (datant de plus de 50 ans auparavant, selon un article d'André Riche dans *Le Soir*[16]) se serait soldé par l'acquittement du médecin[17]. Dans ce contexte il faut aussi tenir compte du facteur représenté par le système de l'opportunité des poursuites qui (contrairement aux poursuites obligatoires) laisse au parquet la décision de poursuivre ou non une personne soupçonnée d'avoir commis une infraction.

---

15 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, p. 2.

16 « L'euthanasie ou suprême charité », *Le Soir*, 7 mars 1989.

17 Lorsque les travaux commencent au Sénat, plusieurs affaires judiciaires sont relatées dans la presse concernant plus souvent des infirmiers et dans un cas aussi deux médecins. Toutes ces affaires seront clôturées après l'adoption de la nouvelle loi et déboucheront sur des non-lieux, à l'exception de la condamnation en 2008 d'un infirmer qui avait agi seul et sans un diplôme en médecine. *Cf.* entre autres « Reconnu coupable d'assassinat, l'infirmier est condamné à 3 ans avec sursis », Site internet de la Radio Télévision Belge Francophone (RTBF) du 13 juin 2008, *in* http://www.rtbf.be/info/belgique/detail_reconnu-coupable-d-assassinat-l-infirmier-est-condamne-a-3-ans-avec-sursis?id=5272933 ; ou bien « L'infirmier coupable d'assassinat ressort libre du tribunal », *in* http://www.rtl.be/info/votreregion/hainaut/139161/l-infirmier-coupable-d-assassinat-ressort-libre-du-tribunal .

En principe, la loi était donc formelle ; son application par contre, en gros, absente. Ainsi, selon une enquête du Journal du Médecin menée en 1984[18], 69,5% des médecins avaient été personnellement confrontés à une demande d'euthanasie. Une enquête conduite en 1985[19] sur un petit échantillon de 100 médecins belges, avait donné comme résultat que 19% de ces médecins avaient pratiqué une euthanasie active, alors qu'une étude menée à Hasselt (Limbourg) en 1996 (et publiée en 1998) auprès de 166 généralistes et spécialistes, avait constaté que dans 4,8% des cas de décès déclarés par les médecins interrogés, il y avait eu un acte délibéré et actif afin de mettre fin à la souffrance du patient, donc une euthanasie[20]. Finalement, selon une enquête publiée en 1999 par le prof. Jean-Louis Vincent de l'hôpital Érasme [21] 40% des médecins interrogés avaient admis l'administration délibérée d'un médicament facilitant la mort et/ou la rendant plus confortable.

Aucune législation spécifique n'existait non plus en Belgique concernant le testament de vie. Une association (l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, ADMD) avait établi un modèle, qui n'avait pourtant aucune valeur juridique contraignante.

---

18 *Le Journal du Médecin*, 14 décembre 1984, p. 234.

19 Enquête menée par D. Razavi, C. Datso et N. Delvaux non publiée, relatée par Yvon Kenis dans « L'euthanasie active et les médecins », *Bulletin du Conseil National de l'Ordre des médecins*, 1994, 3 (63) : 53-61.

20 Les résultats de l'étude ont été publiés en juin 1998 dans l'hebdomadaire « Le Généraliste ». Il n'a pas été possible de récupérer une copie de cette édition, entre autres parce qu'en 2012 cet hebdomadaire gratuit a fusionné avec « Le journal du médecin » (*cf.* J.-F. Munster, « Fusion dans la presse médicale », *Le Soir*, 10 janvier 2012, p. 20). Toutefois cette étude a été relatée dans la presse (*cf.* entre autres R. Kerstenne, « Une étude menée à Hasselt confirme la pratique de l'euthanasie en Belgique Une mort sur trois "facilitée" par le médecin », *Le Soir*, 17 juin 1998, p. 16). Selon ce dernier article, les auteurs de l'étude - le Dr Marc Cosyns, médecin généraliste, proche de l'Université de Gand et Luc Deliens, sociologue de la Vrij Universiteit Brussel - ont demandé à 67 généralistes et 99 spécialistes de Hasselt de remplir une sorte de certificat de décès - anonyme - à propos de leurs patients décédés en 1996. Sur 489 questionnaires, 74 % étaient valides et se référaient à 361 décès. Parmi ceux-ci, outre la mort naturelle qui a « emporté » deux tiers de leurs patients, les médecins contactés ont avoué être intervenus dans le processus de la mort de leurs malades. Mais qui dit intervention ne dit pas nécessairement euthanasie. En effet, parmi les 381 personnes décédées, 17 % d'entre elles ont succombé à la suite de la décision du médecin de ne pas entamer ou d'arrêter un traitement ; 16 % suite à une augmentation des soins palliatifs qui ont comme conséquence possible une accélération du décès. Enfin, les médecins interrogés ont reconnu avoir prescrit ou administré à 4,8 % de leurs patients décédés en 1996 un moyen de mettre un terme à leur vie. Et cet acte médical n'a pas toujours été effectué à la demande des patients.

21 J.-L. Vincent, « Forgoing life support in western european intensive care units: the results of an ethical questionnaire », *Critical Care Medicine*, 1999, vol. 27, n° 7.

Cette situation fera souligner à plusieurs, pendant les débats parlementaires, la distance existant entre le droit et la pratique, le droit et la société. Une intervention du législateur était donc nécessaire afin de poser des remèdes efficaces à cette rupture toujours dangereuse et inacceptable dans une société démocratique.

1.2.2 Le débat de société croissant

L'intérêt, les initiatives et les débats concernant les thèmes de la fin de vie se font pas à pas plus riches et fréquents dans la société belge à partir de la seconde moitié des années 80. Ceci peut s'observer non seulement sur base de la parution de nombreux articles de presse mais aussi de la publication d'études et sondages, de l'organisation d'émissions et reportages télévisés ou de débats publics.

En général, l'attention des médias belges sur cette question est capturée principalement par :

- l'adoption de lois[22], la tenue de *referenda*[23] ou la publication de sondages d'opinion publique[24] ou encore de pétitions[25] dans d'autres pays d'Europe[26] ou du monde ;
- les affaires médiatisées et judiciaires, en Belgique ou dans d'autres pays européens – principalement aux Pays-Bas[27], mais aussi en France[28], au Royaume-Uni ou

---

22 Pour les Pays-Bas, *cf*. entre autres B. Smit, « Nouvelle loi nuancée et de compromis – Euthanasie plus largement tolérée aux Pays-Bas », *Le Soir*, 10 février 1993, p. 15 ; pour les USA, *cf*. entre autres J. Meskens, « Euthanasie », AFP, *Le Soir*, 27 février 1993, p. 24.

23 N. Mattheiem, « Courte opposition au suicide assisté des mourants – Washington dit non à l'euthanasie », *Le Soir*, 7 novembre 1991, p. 17.

24 *Cf*. entre autres « Le secrétaire d'État français à la santé annonce un plan d'accompagnement de la fin de vie La France débat de l'euthanasie avec un esprit neuf », AFP, *Le Soir*, 26 septembre 1998, p. 18 ; « Débat aux USA sur le droit à la mort », AFP, *Le Soir*, 11 décembre 1989, p. 9.

25 *Cf*. entre autres O. Van Vaerenbergh, « De Gennes, Varda, Bourdieu, Polac... appellent à la désobéissance civique En France, le débat sur l'euthanasie est relancé », *Le Soir*, 13 janvier 1999, p. 18.

26 Les débats au Parlement néerlandais sont toujours d'intérêt : *cf*. entre autres R. Van den Brink, « L'euthanasie en question », *Le Soir*, 27 avril 1989, p. 9 ; R. Van den Brink, « Pays-Bas: la pratique continuera à aller au-delà des textes. Euthanasie plus tolérée que légale », *Le Soir*, 4 avril 1992, p. 16 ; « Les Pays-Bas et l'euthanasie », *Le Soir*, 1er avril 1993, p. 2.

27 *Cf*. entre autres « Pays-Bas », AFP, *Le Soir*, 9 janvier 1990, p. 7.

28 Á titre d'exemple, *cf*. J. Meskens, « L'infirmière accusée de 30 meurtres Elle préférait donner la mort à ses patients que de les voir souffrir. L'infirmière a été mise en examen pour homicides volontaires », *Le Soir*, 27 juillet 1998, p. 9.

en Espagne[29] – ou du monde – principalement aux USA[30] mais aussi en Australie[31] – même si toutes ces affaires ne sont pas à proprement parler des cas d'euthanasie[32] ;

- le dépôt de propositions de loi ou de propositions de résolution et les débats au Parlement belge[33] ;

- les prises de position du Vatican (y inclus l'encyclique de 1995 sur la vie) ou de l'Église catholique de Belgique, ainsi que d'éventuelles réactions à ces positions (y inclus celle du Conseil général de l'apostolat des laïcs (CGAL)[34]) ;

- les prises de position d'associations comme l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)[35] belge ou (plus sporadiquement) l'Association Belge des Syndicats Médicaux (Absym) [36] ;

- les conférences, colloques, journées de formation[37] ou encore programmes télévisés [38] touchant au sujet ; ainsi, une grosse et longue polémique est soulevée

---

29 *Cf.* entre autres J. Alves, « L'espagnol était tétraplégique depuis 29 ans – La mort de Ramon relance le débat sur l'euthanasie », *Le Soir*, 28 février 1998, p. 30.

30 *Cf.* entre autres « Débat aux USA sur le droit à la mort », AFP, *Le Soir*, 11 décembre 1989, p. 9 ; « Suicide assisté aux États-Unis – La mort au goutte-à-goutte pour une patiente incurable – Un médecin a mis au point le suicide », AFP, *Le Soir*, 7 juin 1990, p. 17-18.

31 *Cf.* entre autres « Une loi fort controversée – Un état d'Australie va tenter l'euthanasie », AFP, *Le Soir*, 2 juillet 1996, p. 15.

32 *Cf.* entre autres « Les quarante-deux meurtres cruels commis par des aides-soignantes d'un hôpital autrichien – L'euthanasie prétexte des diaboliques », *Le Soir*, 27 février 1991, p. 14.

33 *Cf.* entre autres J. Meskens, « La Belgique va-t-elle suivre ? », *Le Soir*, 10 février 1993, p. 15; A. Lallemand, « Euthanasie : nouvelles propositions dès cet hiver », *Le Soir*, 12 décembre 1997, p. 19 ; R. Kerstenne, « Les sénateurs socialistes Lallemand et Erdman déposeront en septembre une proposition de loi Un prochain débat: l'euthanasie sous conditions », *Le Soir*, 28 juillet 1998, p. 1 ; M. Lamensch, « L'euthanasie réapparaît au Parlement Une proposition de loi, attendue au Sénat, vise à dépénaliser le suicide médicalement assisté. Témoignages. Un médecin: « Après l'injection, on est triste mais soulagé » « Moins de demandes des patients », *Le Soir*, 21 octobre 1998, p. 17.

34 *Cf.* entre autres Ch. Laporte, « Bioéthique : les réserves de chrétiens de base » *Le Soir*, 15 février 1994, p. 13 ; J. Meskens, « La Belgique va-t-elle suivre ? », *Le Soir*, 10 février 1993, p. 15 ; A. Lallemand, « Euthanasie : nouvelles propositions dès cet hiver », *Le Soir*, 12 décembre 1997, p. 19 ; R. Kerstenne, « Les sénateurs socialistes Lallemand et Erdman déposeront en septembre une proposition de loi Un prochain débat: l'euthanasie sous conditions », *Le Soir*, 28 juillet 1998, p. 1 ; M. Lamensch, « L'euthanasie réapparaît au Parlement Une proposition de loi, attendue au Sénat, vise à dépénaliser le suicide médicalement assisté. Témoignages. Un médecin: "Après l'injection, on est triste mais soulagé" "Moins de demandes des patients" », *Le Soir*, 21 octobre 1998, p. 17.

35 *Cf.* entre autres J. Meskens, « De l'euthanasie au suicide assisté », *Le Soir*, 27 mai 1993, p. 15 ; « L'euthanasie ou suprême charité », *Le Soir*, 7 mars 1989 ; R. Kerstenne et A. Dewez, « L'euthanasie revient à la une par l'aveu du ministre Colla : pour la loi, je suis un assassin », *Le Soir*, 14 novembre 1995, p. 1 et 13.

36 *Cf.* entre autres « La loi néerlandaise n'a pas rassuré les syndicats médicaux. L'Absym se méfie d'une loi sur l'euthanasie », *Le Soir*, 15 décembre 1997, p. 13.

37 Á titre d'exemple *cf.* M. Hubin, « Liège : question de conscience – La qualité de la vie, la qualité de la mort », *Le Soir*, 18 février 1998, p. 12.

38 Pour les différentes émissions, *cf.* entre autres : « Télévision / L'euthanasie (presque) en direct », BELGA, *Le Soir*, 22 octobre 1994, p. 30.

notamment par la projection du documentaire hollandais « Chronique d'une mort demandée » en janvier 1995 ;

- la publication de sondages et études réalisées en Belgique (notamment parmi les médecins et en Flandre)[39] ou encore des livres et essais.

C'est un véritable *crescendo* qui commence en douceur vers 1985 et débouche sur un intense débat sociétal et parlementaire qui – entre 1997 et 2001 – donnera naissance à la nouvelle législation.

Pour mentionner les événements les plus marquants dans ce contexte, un intérêt très vif s'exprime dans les médias et l'opinion publique belges à l'occasion de la tenue du débat et de l'évolution législative concernant l'euthanasie auprès des voisins néerlandais. Une fleuraison d'articles et commentaires voit le jour notamment :

– à partir d'avril 1989, lorsque le Parlement néerlandais entame le débat sur une proposition de loi, pourtant suspendu suite à la démission du gouvernement ;

– à la fin de l'année 1990, lorsqu'une procédure volontaire de déclaration de décès est établie suite à une évolution jurisprudentielle ;

– en avril 1992, lorsqu'une nouvelle proposition de loi (qui donne force de loi à la procédure susmentionnée) est soumise au vote dans une chambre et puis dans l'autre une année plus tard, les Pays-Bas devenant ainsi en 1994 le premier pays au monde à autoriser indirectement (via la déclaration volontaire de décès) l'euthanasie sans toutefois modifier le Code pénal ;

– l'intérêt continue à se manifester pour ce pays lors d'un cas d'abandon des poursuites judiciaires pour une euthanasie d'un patient atteint de troubles psychiatriques[40].

---

39 *Cf.* notamment *supra*, fin du § 5.2.1.

40 Il s'agit d'une la décision de la Cour d'appel de La Haye en mai 1993, abandonnant toute poursuite judiciaire contre un médecin de famille et un psychiatre pour l'assistance au suicide d'une patiente de 50 ans.

Ensuite, en 1995 éclate en Belgique l'affaire Colla[41], le ministre de la Santé socialiste de l'époque, qui déclare qu'en 1989, il aurait demandé aux médecins de mettre un terme aux souffrances de sa mère mourante. Il s'ensuit un gros tabac médiatique, notamment dans la presse flamande, et des questions parlementaires auxquelles il devra répondre. Le ministre ne nie d'ailleurs pas avoir fait ces déclarations aussi dans le but de relancer le débat[42], tout en niant par contre l'idée qu'il s'agit simplement d'un « coup médiatique »[43].

La création du Comité consultatif de bioéthique de Belgique en 1993[44] contribue aussi à alimenter les échanges, d'autant plus que sa naissance est accompagnée d'une polémique sur les retards du gouvernement à le rendre opérationnel et à permettre ainsi la convocation de sa première réunion, advenue finalement en 1996.

Lorsque le Comité se prononce le 12 mai 1997 par son avis n° 1 « concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie »[45], les commentaires ainsi que les prises de position des partis politiques dans la presse sont nombreux, de même qu'en vue du débat au Sénat convoqué pour les 9 et 10 décembre 1997 : les partis ouvrent des véritables débats internes pour se positionner et les médias en donnent un juste écho. C'est ainsi qu'à partir du débat au Sénat, les articles (entre autres du journal Le Soir) deviennent plus que quotidiens, pour réduire par contre légèrement leur cadence à partir de janvier 1998.

1.2.3 Les travaux parlementaires avant 1999

Avant le dépôt des propositions ayant mené à l'adoption de la loi sur l'euthanasie (et des autres lois sur la fin de vie) en 2002, d'autres propositions sont déposées par des

41 R. Kerstenne, « Le parquet d'Anvers ouvre une information contre le ministre Colla – Euthanasie : le débat stimulé par la justice ? », *Le Soir*, 28 novembre 1995, p. 13.

42 *Cf.* entre autres R. Kerstenne et A. Dewez, « L'euthanasie revient à la une par l'aveu du ministre Colla : pour la loi, je suis un assassin », *Le Soir*, 14 novembre 1995, p. 1 et 13.

43 *Cf.* entre autres Ch. Brulle, « Ministre des pensions apporte de sérieuses nuances sur cas survenu dans sa famille, Marcel Colla s'explique sur l'euthanasie », *Le Soir*, 30 novembre 1995, p. 16.

44 *Cf. infra*, § 1.2.3.2.

45 Avis n° 1 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, précité, p. 11.

parlementaires de divers partis – à la Chambre et au Sénat – sans toutefois être ni examinées ni soumises au vote.

À l'époque manque en fait une majorité (gouvernementale) favorable à l'inscription dans l'ordre du jour de certaines thématiques éthiquement sensibles, notamment en raison du blocage imposé par les partis sociaux-chrétiens, qui font partie des différents gouvernements sans discontinuité depuis juin 1958. Selon une interprétation courante[46], ce blocage est une réaction à la décriminalisation partielle de l'avortement en 1990, advenue grâce à la formation d'une majorité parlementaire différente de celle au gouvernement.

Comme le rappelle J. Herremans, « les diverses déclarations gouvernementales comportaient un veto à l'égard de la prise en compte des problèmes éthiques, veto imposé par les partis catholiques »[47]. En effet, le Gouvernement Dehaene I (gouvernement fédéral du 7 mars 1992 au 23 juin 1995) avait inscrit dans son accord constitutif et à la demande du CVP[48] qu'il n'accepterait aucune majorité de rechange sur les problèmes éthiques[49]. Cet accord avait été réaffirmé par le gouvernement Dehaene II, qui l'avait inclus dans la déclaration gouvernementale prononcée devant le Parlement le 28 juin 1995[50] : « Les partis de la majorité ont convenu qu'ils respecteront, en ce qui concerne les autres matières, la règle classique du traitement de ces matières sur la base d'un consensus au sein du Gouvernement et entre les groupes de la majorité au Parlement ».

---

46 *Cf.* entre autres J. Herremans, « Mourir dans la dignité : la loi belge relative à l'euthanasie, une réponse légale », *Frontières*, volume 24, n° 1-2 : L'aide médicale à mourir, 2012, p. 75 ; M. Lemensch, « Ne plus geler le débat éthique. Mourir dans la dignité... et en chrétien », *Le Soir*, 27 mai 1999, p. 4 ; M. Dubuisson (Belga), « Le CVP bétonne l'éthique du prochain gouvernement », *Le Soir*, 25 mai 1999, p. 5.

47 J. Herremans, « Mourir dans la dignité : la loi belge relative à l'euthanasie, une réponse légale », *op. cit.*, p. 75.

48 La signification des acronymes des différents partis politiques ainsi que l'indication de leur qualification voire appartenance philosophique sont indiquées dans la liste es acronymes des partis politiques.

49 *Cf.*, entre autres : J. Wautier, *L'ouverture du débat sur l'euthanasie au Sénat. Cadre éthique, médical, juridique et politique*, Bruxelles, CRISP, coll. « Courrier hebdomadaire », n° 1672-1673, 2000, p. 29 ; M. Dubuisson (Belga), « Le CVP bétonne l'éthique du prochain gouvernement », précité.

50 Le texte intégral est disponible en ligne, *in* http://www.crisp.be/crisp/wp-content/uploads/doc_pol/gouvernements/federal/declarations/DG_Dehaene_II_28-6-95.pdf .

1.2.3.1 Les propositions de loi déposées

Si l'on excepte une première proposition de loi déposée au Sénat par Rolland Gillet (FDF) en 1984 qui ne concerne que l'interdiction de l'acharnement thérapeutique[51], la première proposition digne d'intérêt date du 21 janvier 1985 (45e législature, 1981-85). Il s'agit d'une proposition de loi « relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable »[52] , déposée à la Chambre par Edgard D'Hose (PS) et cosignée par Édouard Klein (PRL), Robert Collignon et Jean-Jacques Delhaye (PS), Olivier Deleuze (Écolo) et Luc Van den Bossche (SP). Ce texte prévoit le respect de la volonté du patient (qui doit être exprimée dans une déclaration écrite suivant certains critères formels[53]) pour ce qui est du refus de traitement ou du choix d'un traitement abrégeant les souffrances et « précipitant le décès inéluctable »[54]. La technique législative adoptée est celle de l'introduction dans le Code pénal des articles 417*bis*[55] et 422*quater*[56] qui dépénalisent (respectivement pour les cas d'homicide volontaire et d'homicide involontaire) les interventions prévues par la loi en question[57]. Le texte s'applique aussi aux cas des patients inconscients, hors d'état de manifester leur volonté ou incapables (mineurs ou aliénés) qui n'auraient pas rédigé une déclaration : dans ces cas, c'est la famille ou alors le représentant légal qui prennent les décisions nécessaires[58]. Par contre les dispositions de la loi ne sont plus applicables dès la constatation de l'état de grossesse de la patiente[59]. Pour ce qui est du mécanisme de contrôle, un collège de trois médecins vérifie

---

51 R. Gillet, Proposition de loi du 10 octobre 1984 relative à l'acharnement thérapeutique, *Doc.*, Sén., 738 (1984-1985), n° 1.

52 E. D'Hose, Proposition de loi du 21 janvier 1985 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, *Doc.*, Ch., 1109 (1984-1985), n° 1.

53 *Ibid.*, art. 4 et 5, p. 10 et 11.

54 *Ibid.*, art. 4, p. 11.

55 *Ibid.*, art. 17, p. 13.

56 *Ibid.*, art. 18, p. 14.

57 Le texte (identique dans sa formulation) de ces articles est libellé comme suit : « Les dispositions du présent chapitre ne s'appliquent pas lorsque les faits ayant entraîné la mort ont été commis dans le respect des dispositions de la loi du ….. ».

58 *Ibid.*, art. 10 et 11, p. 12.

59 *Ibid.*, art. 7, p. 11.

l'application de certaines « conditions objectives »[60], alors que le tribunal de première instance est compétent pour les conflits engendrés[61].

La même proposition est redéposée, toujours à la Chambre, une première fois au courant de la 46e législature (1985-88), le 21 mars 1986, par Édouard Klein (PRL) et cosignée par Yvan Ylieff et Luc Van den Bossche (SP), et Olivier Deleuze (Écolo)[62]. Elle est redéposée une deuxième fois au courant de la 47e législature (1988-91), le 2 février 1988, encore par Édouard Klein (PRL) mais cosignée par Yvan Ylieff (PS) et Luc Van den Bossche (SP)[63]. On peut donc remarquer ici l'absence d'un cosignataire vert, par rapport aux dépôts des deux fois précédentes.

Au cours de la 48e législature (1991-95), trois propositions de loi différentes sont déposées par des membres radicaux, verts et libéraux. Le 4 novembre 1993, Louis Standaert (ROSSEM) dépose à la Chambre une proposition de loi « autorisant l'euthanasie active pratiquée à la demande du patient »[64]. Le texte fixe une série de conditions parmi lesquelles le fait que le patient se trouve en phase terminale ou souffre d'une maladie à issue fatale[65]. Bien que dans le corps de la proposition on se réfère à une définition assez classique de l'euthanasie[66], dans le préambule l'auteur montre clairement

---

60 *Ibid.*, respectivement art. 6 et 12, p. 11 et 12. Dans le cas du patient conscient, les conditions objectives pour l'arrêt des soins sont remplies par le fait d'être en présence d'une affection accidentelle ou pathologique incurable en l'état des connaissances et entraînant inéluctablement le décès. Dans le cas du patient inconscient, les conditions objectives pour l'arrêt des soins sont remplies par le fait d'être en présence d'une affection accidentelle ou pathologique incurable et (de surcroît) lui cause une souffrance physique certaine.
Dans le cas du patient conscient, les conditions objectives pour « précipiter un décès inéluctable » sont les mêmes qu'on vient de voir pour l'arrêt des soins, auxquelles on ajoute l'absence de moyen susceptible de calmer efficacement sa souffrance. Pour le cas du patient inconscient les conditions sont les mêmes qu'on vient de voir pour l'arrêt des soins.

61 *Ibid.*, art. 15, p. 13.

62 E. Klein, Proposition de loi du 21 mars 1986 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, *Doc.*, Ch., 389 (1985-1986), n° 1.

63 E. Klein, Proposition de loi du 2 février 1988 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, *Doc.*, Ch., n° 65/1 – 1988 (S.E.). Exceptionnellement et contrairement aux autres propositions, celle-ci est d'abord inscrite dans l'agenda de la commission compétente pour un premier examen et le premier signataire dépose aussi 12 amendements. Mais le dossier est ensuite déclaré caduc à la fin du mandat, comme les autres.

64 L. Standaert, Proposition de loi du 4 novembre 1993 autorisant l'euthanasie active pratiquée à la demande du patient, *Doc.*, Ch., n° 1205/1 – 93/94.

65 *Ibid.*, art. 3, p. 12.

66 *Ibid.*, art. 1, p. 12 : « Toute personne majeure peu²t signifier qu'elle autorise son médecin traitant à lui administrer une substance qui la délivre de ses souffrances et hâte la mort ».

sa volonté que le suicide assisté dans un cadre médical y soit aussi inclus[67].[68] La proposition prévoit l'insertion dans le Code pénal, sous une section V (nouvelle) intitulée « De l'euthanasie active », d'un article 417*bis* qui décriminalise l'euthanasie[69], d'un article 422*quater*[70] (ce dernier comme clause générale de décriminalisation pour tout le chapitre II du titre VIII du code : homicide et lésions corporelles involontaires) et d'un second alinéa dans l'article 422*bis* (qui concerne la décriminalisation de l'abstention ou de l'arrêt de traitement[71]).

Le 17 janvier 1994, Josef Cuyvers (Agalev) dépose au Sénat une proposition de loi « visant à élargir le droit de choisir du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement »[72]. Le texte propose l'insertion de plusieurs articles dans le Code pénal : au titre VIII chapitre I, sous une section V (nouvelle) intitulée « Du droit de choisir du patient au moyen de la déclaration de volonté relative au traitement », un article 417*bis* est inséré qui décriminalise l'euthanasie sous certaines conditions[73] ; un second alinéa à l'article 422*bis* est introduit (qui concerne l'abstention ou l'arrêt de traitements futiles, et les décriminalise[74]) ; et un article 422*quater* (toujours sur l'abstention ou l'arrêt de traitement, en les décriminalisant, mais en référence cette fois

---

67 *Ibid.*, p. 8 : « L'euthanasie est l'ensemble des actes par les quels un médecin accepte, à la demande mûrement réfléchie et répétée du patient, de faire en sorte qu'une mort indolore délivre ce dernier de ses souffrances physiques et/ou morales qu'il estime insupportables et sans issue. Cet acte peut être accompli soit en administrant au patient des substances euthanasiantes, soit en laissant le patient se les administrer lui-même sous surveillance médicale ».

68 Cette divergence entre la définition et sa possible application engendre à nos yeux une certaine ambiguïté juridique du texte. Il s'agit, à bien voir, d'une assimilation des concepts bien différents d'euthanasie et de suicide assisté, assimilation qui ne tient aucun compte de l'auteur (respectivement médecin pour l'euthanasie ou patient pour le suicide assisté) de l'acte qui engendre la mort.

69 L'article est libellé comme suit : « Art. 417*bis*. - Les dispositions du présent chapitre ne sont pas d'application si les actes ayant entraîné la mort ont été accomplis dans le respect des dispositions de la loi du ... ». *Ibid.*, art. 7, p. 13.

70 L'article est ainsi libellé : « Les dispositions du présent chapitre ne sont pas d'application si les actes ayant entraîné la mort ont été accomplis dans le respect des dispositions de la loi du... ». *Ibid.*, art. 9, p. 13.

71 L'alinéa est libellé comme suit : « Ne se rend toutefois coupable d'aucune infraction, le médecin qui, conformément aux dispositions prévues aux articles 1er et 2 de la loi du … , renonce à appliquer ou à poursuivre un traitement ». *Ibid.*, art. 8, p. 13.

72 J. Cuyvers, Proposition de loi du 17 janvier 1994 visant à élargir le droit de choisir du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, *Doc.*, Sén., n° 960-1 (1993-1994).

73 L'article est libellé comme suit : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque les faits qui ont entraîné directement ou indirectement la mort ont été commis à l'intervention du médecin (...) ». Suivent les conditions à respecter. *Ibid.*, art. 3, p. 16.

74 *Ibid.*, art. 3, p. 16-7.

aux soins palliatifs)[75]. Il est important de souligner que la proposition s'applique aussi bien à l'euthanasie qu'au suicide assisté, deux cas de figure assimilés au regard des conditions établies dans le texte[76]. Par ailleurs, dans les deux cas, la seule condition substantielle imposée est l'existence d'un « état désespéré du point de vue médical »[77]. La proposition prévoit aussi la possibilité de rédiger une déclaration de volonté (dont le formulaire de base est inclus dans la loi[78]), la transmission du dossier à un médecin légiste[79] et la liberté de conscience du médecin[80].

Le 25 janvier 1995, une proposition de loi « relative à la demande d'interruption de vie » est déposée au Sénat par Philippe Monfils (PRL)[81]. Le texte vise à décriminaliser l'euthanasie via l'insertion d'un article 417*bis* dans le Code pénal[82] fixant une série de conditions, parmi lesquelles le fait d'être en présence d'une maladie incurable entraînant inéluctablement le décès du patient dans un délai rapproché et lui causant des « souffrances insupportables »[83]. Est garantie la liberté de conscience du médecin « pour des raisons morales ou philosophiques »[84], alors que le contrôle de la bonne application de la loi est assuré par la transmission du dossier au procureur.

Les socialistes préfèrent ne pas déposer de propositions au courant de la législature en question. On remarquera aussi que, pour la première fois, toutes les propositions déposées au cours de ce mandat prévoient la possibilité de recourir aussi à l'euthanasie au sens propre, non seulement à l'arrêt des soins/traitements.

---

75 *Ibid.*, art. 3, p. 17.

76 Le texte est ainsi libellé : « Lorsqu'il aide le patient à mettre fin à ses jours ou lui administre des substances euthanasiantes, le médecin traitant respecte les exigences de rigueur définies ci-dessous (...) ». *Ibid.*, art. 5 § 4, p. 20.

77 *Ibid.*, art. 5 § 4 point 2, p. 20.

78 *Ibid.*, art. 4§ 2, p. 18-19.

79 *Ibid.*, art. 5§ 4 point 5, p. 21.

80 *Ibid.*, art. 5§ 2, p. 20.

81 Ph. Monfils, Proposition de loi du 25 janvier 1995 relative à la demande d'interruption de vie, *Doc.*, Sén., n° 1290-1 (1994-1995).

82 L'article est ainsi libellé : « Il n'y a pas de crime lorsque l'homicide est le résultat d'un acte posé par un praticien de l'art de guérir sur une personne majeure, à sa demande, en cas de maladie incurable entraînant inéluctablement son décès dans un délai rapproché et lui causant des souffrances insupportables ». *Ibid.*, art. 2, p. 6.

83 *Ibid.*, p. 6.

84 *Ibid.*, art. 6, p. 7.

La 49e législature (1995-99) ne manque pas non plus d'initiatives, on voit au contraire le nombre de propositions se multiplier et impliquer de plus en plus de forces politiques.

Le 29 juin 1995, Philippe Monfils (PRL) redépose telle quelle et toujours au Sénat la proposition qu'il avait déjà déposée le 25 janvier 1995[85]. De leur côté, les libéraux Daniel Bacquelaine, Philippe Seghin, Roger Hotermans, Denis D'Hondt, Étienne Bertrand et Olivier Maingain (PRL-FDF[86]) déposent à la Chambre, le 29 janvier 1996, une proposition de loi « relative à la demande d'interruption de vie »[87], qui reprend mot-à-mot le texte de la proposition déposée deux fois en 1995 par Philippe Monfils.

Le 11 octobre 1995, Eddy Boutmans (Agalev) dépose au Sénat une proposition de loi « élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement »[88], qui – mis à part quelques ajustements – reprend le texte déjà déposé au Sénat le 17 janvier 1994 par Josef Cuyvers (du même parti)[89]. Les modifications concernent notamment : la définition de la phase terminale (la nouvelle proposition élargit son champ d'application[90]) ; la technique législative utilisée (on ne formalise plus la décriminalisation dans un article 417*bis* mais on décriminalise par le biais d'une clause générale[91]) ; la responsabilité de contrôle est attribuée directement au

85 Ph. Monfils, Proposition de loi du 29 juin 1995 relative à la demande d'interruption de vie, *Doc.*, Sén., n° 1-34/1 (1995, S.E.)

86 Depuis 1993, PRL et FDF forment une fédération.

87 D. Bacquelaine, Proposition de loi du 29 janvier 1996 relative à la demande d'interruption de vie, *Doc.*, Ch., n° 401/1 - 95/96.

88 E. Boutmans, Proposition de loi du 11 octobre 1995 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, *Doc.*, Sén., n° 1-122/1.

89 J. Cuyvers, Proposition de loi du 17 janvier 1994 visant à élargir le droit de choisir du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée.

90 E. Boutmans, Proposition de loi du 11 octobre 1995 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, art. 2 point 5, p. 13 : le texte fait référence à un « état désespéré au point de vue médical », contrairement au « temps relativement court à vivre » du texte de Cuyvers (art. 1 point 5).

91 *Ibid.*, art. 4 § 1, p. 15 : « Par dérogation aux articles 392 et suivants du Code pénal, il n'y a pas d'infraction lorsque les actes qui ont entraîné directement ou indirectement la mort ont été commis à l'intervention d'un médecin : a) à la demande ferme et explicite du patient, confirmée ou non par une personne physique ou morale mandatée ; b) si le médecin a respecté les exigences de rigueur visées à l'article6, §4, de la présente loi et a procédé à la notification imposée par l'article 7. La personne qui aurait prêté directement ou indirectement son concours à l'accomplissement d'un tel acte ne peut pas non plus être accusée d'un crime ou d'un délit ».

procureur et non plus d'abord au médecin légiste[92]. On évite aussi d'inclure dans le texte de la loi le formulaire pour la déclaration anticipée.

Le 13 octobre 1995, Serge Moureaux (PS) dépose à la Chambre une proposition de loi « relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable »[93], qui reprend et amende les propositions de D'Hose et Klein respectivement de 1985 et 1988. Par rapport aux précédentes, la proposition Moureaux ajoute dans les motivations une référence à la situation aux Pays-Bas[94], réduit à minimum deux le nombre de médecins (dont le médecin traitant) faisant partie du collège de contrôle[95] et peaufine une certaine terminologie sans impact majeur sur la substance du texte[96].

Le 10 novembre 1995, une proposition de loi « élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement » est déposée à la Chambre par Frans Lozie (Agalev)[97], qui reprend le texte déjà déposé au Sénat par Eddy Boutmans le mois précédent.

Le 21 mars 1996, Hugo Coveliers (VLD) dépose au Sénat une proposition de loi « relative à l'euthanasie et aux soins palliatifs »[98]. Ce texte prévoit la rédaction d'un testament de vie[99] et fixe les conditions afin que l'euthanasie soit autorisée, parmi lesquelles figure le fait que « le patient est atteint de manière incurable, qu'il se trouve en phase terminale de sa maladie et que, dans l'état de la science médicale, il n'y a pas d'amélioration à attendre »[100]. L'auteur propose la décriminalisation des actes couverts par la loi par le biais de l'insertion de deux nouveaux articles dans le Code pénal : 417*bis*

92 *Ibid.*, art. 7, p. 18.
93 S. Moureaux, Proposition de loi du 13 octobre 1995 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, *Doc.*, Ch., n° 121/1 – 95/96.
94 *Ibid.*, préambule, p. 3-4.
95 *Ibid.*, art. 7, p. 10.
96 Par exemple, la définition de « famille du patient » (art. 1, proposition D'Hose) est remplacée par « proches », tout en spécifiant le degré de parenté requis (art. 2, proposition Moureaux).
97 F. Lozie, Proposition de loi du 10 novembre 1995 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, *Doc.*, Ch., n° 227/l - 95/96.
98 H. Coveliers, Proposition de loi du 21 mars 1996 relative à l'euthanasie et aux soins palliatifs, *Doc.*, Sén., n° 1-301/1.
99 *Ibid.*, art. 4, p. 7.
100 *Ibid.*, art. 4 § 4, p. 8.

et 422*quater*[101]. La loi ne s'applique pas lorsque la patiente est enceinte et porteuse d'un enfant viable[102]. La liberté de conscience est garantie[103] et en cas de litige la compétence est réservée au président du tribunal de première instance siégeant en référé[104].

Malgré l'absence d'inscription de ces propositions à l'agenda parlementaire, les forces favorables à une intervention législative concernant la fin de vie essaient de faire monter le sujet à la une par d'autres moyens dans le cadre de l'activité parlementaire. Nous verrons bientôt comment (*cf. infra,* § 1.2.3.3).

1.2.3.2 La création du Comité consultatif de bioéthique

Il est important de signaler qu'entre-temps, par un accord de coopération signé le 15 janvier 1993 [105] entre l'État fédéral, les Communautés française, flamande et germanophone ainsi que la Commission communautaire commune, le Comité consultatif de bioéthique de Belgique est créé. Il s'agit d'une instance indépendante, ayant une double mission : rendre des avis sur les problèmes soulevés par la recherche et ses applications dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé, et informer le public ainsi que les autorités sur ces problèmes. Pour ce faire, sa composition vise à la représentation équilibrée des différentes tendances idéologiques et philosophiques, à la présence d'un nombre équilibré de membres féminins et masculins ainsi qu'à un nombre égal de francophones et de néerlandophones (et à une présence germanophone)[106]. Il en est de même pour l'équilibre entre membres issus des milieux scientifiques et médicaux d'une part et des milieux philosophique, juridique et des sciences humaines d'autre part.

---

101 *Ibid.*, art. 9, p. 9. Le texte des deux articles est ainsi libellé : « Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables lorsque les faits ayant causé la mort ont été commis dans le respect des dispositions de la loi sur l'euthanasie et les soins palliatifs ».

102 *Ibid.*, art. 5, p. 9.

103 *Ibid.*, art. 6, p. 9.

104 *Ibid.*, art. 8, p. 9.

105 Accord de coopération portant création d'un Comité consultatif de bioéthique, conclu à Bruxelles le 15 janvier 1993 entre l'État, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone et la Commission communautaire commune, *M.B.* du 12 mai 1993, p. 10.824.

106 Accord de coopération portant création d'un Comité consultatif de bioéthique, précité, art. 2.

Par ailleurs, en 1996, une demande de création d'une Commission parlementaire des problèmes bioéthiques est présentée, mais aussitôt déboutée, par la Commission de la santé publique de la Chambre et le rejet est fait à l'unanimité[107], après une passe d'armes entre notamment socialistes et sociaux-chrétiens[108]. La motivation du rejet est qu'une telle Commission aurait fait double emploi avec le Comité consultatif de bioéthique, créé trois ans plus tôt mais devenu opérationnel seulement à ce moment-là. Nous imaginons qu'il s'agit là du résultat d'un compromis afin de reconnaître un rôle plus important au Comité, dont la composition équilibrée octroie plus de garanties et rassure les plus sceptiques.

Peu de temps après, respectivement les 9 avril et 7 mai 1996, les Présidents de la Chambre et du Sénat [Raymond Langendries (PSC) et Frank Swaelen (CVP)] saisissent le Comité consultatif de bioéthique concernant la question de l'opportunité d'un règlement légal de l'interruption de vie à la demande des malades incurables («euthanasie») ; les soins palliatifs ; la déclaration de volonté relative au traitement et le testament de vie ; les propositions de loi pendantes en la matière[109].

Le Comité se prononce le 12 mai 1997 par son avis n° 1 « concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie »[110]. Le Comité choisit en effet de ne traiter que le premier thème, « pour réduire sa saisine à un objet suffisamment délimité »[111] et de reporter à un moment successif le traitement des autres sujets. Cette question est en faits considérée « préjudicielle » et évitera d'investiguer de suite les différentes propositions de loi, « très hétérogènes quant à leur contenu »[112].

Il exprime d'abord son accord unanime concernant la définition de l'euthanasie : celle-ci est définie comme un « acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin

---

107 *Cf.* entre autres Belga, « Parlement - Pas de commission bioéthique », *Le Soir*, 28 février 1996, p. 16.

108 *Cf.* entre autres « Éthique - Les "niet" du CVP », *Le Soir*, 29 février 1996, p. 4.

109 Les lettres font référence notamment aux propositions de loi Moureaux, Bacquelaine et Lozie (Ch.), Monfils, Boutmans et Coveliers (Sén.). *Cf. supra*, notes 85, 87, 90, 93, 97 et 98.

110 Avis n° 1 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, précité, p. 11.

111 *Ibid.*, point I, § 2.

112 Rapport 96/3 de la Commission restreinte « Euthanasie » du Comité consultatif de bioéthique, annexe 1.1.2, p. 2. Document consultable auprès du Centre de documentation du Comité.

à la vie d'une personne à la demande de celle-ci ». Cette définition est empruntée aux travaux de la Commission d'État néerlandaise[113].

Ensuite, pouvant choisir entre un avis unanime (le plus petit commun dénominateur parmi des positions philosophiquement différentes) ou un panachage des positions, le Comité opte pour la tolérance et le respect des philosophies des membres et pour un positionnement juridique et non pas moral. Il distingue effectivement tout d'abord entre la question de la légitimité morale de l'euthanasie (point sur lequel des divergences irréductibles apparaissent) et la question juridique de l'opportunité d'une modification législative, et choisit de se concentrer sur cette dernière. Ainsi, quatre propositions alternatives émergent parmi les membres :

1. une modification législative dépénalisant l'euthanasie [114] . Comme l'explique l'avis, « la première proposition envisagée est une modification législative dépénalisant l'euthanasie. Elle se fonde sur l'idée que la loi, dans une société démocratique, ne peut interdire un acte qui ne constitue pas un danger au moins potentiel pour autrui ou pour la société. La loi doit garantir explicitement le droit de tout individu de disposer lui-même de sa vie et de vivre selon ses convictions propres, dans le respect de celles des autres »[115]. Le texte ajoute qu'« une dépénalisation de l'euthanasie aurait l'avantage de garantir au médecin un espace de sécurité juridique sans équivoque. De plus, elle permettrait une véritable relation de confiance du patient avec son médecin. Enfin, une loi définirait clairement les conditions à respecter pour que l'acte de donner la mort à un malade ne soit pas un crime (l'une de ces conditions étant que l'acte soit posé par un médecin) »[116].

2. une régulation « procédurale » *a posteriori* de l'euthanasie décidée en colloque singulier. La deuxième proposition « s'aligne sur le modèle du compromis

---

113 La source de la définition est expliquée dans le rapport 96/3 de la Commission restreinte « Euthanasie » du Comité consultatif de bioéthique, précité, p. 15.

114 Encore une fois nous respectons le choix terminologique effectué par les auteurs (dans ce cas le Comité), tout en renvoyant à notre clarification conceptuelle (*cf. supra*, § 1.3).

115 Avis n° 1 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, précité, p. 2.

116 *Ibid.*, p. 2.

hollandais, qui propose un maintien symbolique de l'interdit pénal de l'euthanasie, tout en définissant les conditions dans lesquelles le médecin pratiquant l'euthanasie pourra être considéré, d'un point de vue juridique, en « état de nécessité ». Ces conditions sont les suivantes : le malade doit être en situation de souffrance insupportable ou l'éprouver comme telle ; sa demande doit être réfléchie et durable ; la décision euthanasique ne peut être acceptée et mise en œuvre que par un médecin ; celui-ci doit avoir consulté un autre médecin ; il doit informer de sa décision les proches et le personnel soignant ; il doit prévoir la substance appropriée pour administrer la mort »[117]. La référence au « colloque singulier du malade avec son médecin » signifie que la procédure « n'impose pas d'associer à la décision euthanasique ni l'équipe soignante, ni la famille, ni le Comité d'éthique local. La régulation sociale est ici a posteriori, à travers un formulaire spécifique que le médecin est tenu de remplir et de communiquer aux instances judiciaires, via le médecin légiste »[118].

3. une régulation « procédurale » *a priori* des décisions médicales les plus importantes concernant la fin de vie, y compris l'euthanasie, après consultation collégiale. La troisième proposition envisagée « part de l'idée que le problème de l'euthanasie ne peut être isolé d'un contexte plus large : celui de l'ensemble des décisions médicales prises à l'égard du malade en fin de vie, et du traitement plus humain de tous les patients qui se trouvent dans cette situation »[119]. Comme l'indique le Comité, « cette position insiste sur le développement empirique de l'éthique médicale qui prend en compte la singularité de chaque cas et ne peut se soumettre à la rigueur d'une loi positive. La proposition est de rendre légalement obligatoires des procédures associant d'autres acteurs pour un certain nombre de décisions médicales concernant la fin de vie »[120], telle celle à prendre en cas de demande d'euthanasie. « Dans le contexte d'une approche procédurale de l'assistance en fin de vie, la responsabilité décisionnelle se partage entre le patient et le médecin traitant, après concertation avec le personnel infirmier et la famille. Cette solution assure, pour toute procédure, un débat éthique au sein de l'équipe soignante, et

117 *Ibid.*, p. 2.
118 *Ibid.*, p. 2.
119 *Ibid.*, p. 3.
120 *Ibid.*, p. 3.

garantit pour la procédure d'euthanasie en particulier, l'assistance au débat éthique d'une tierce personne (non-médecin) désignée par le Comité d'éthique local, ainsi qu'un contrôle social (éventuellement judiciaire) de l'acte euthanasique ». Selon l'avis, « cette proposition garantit au médecin une certaine sécurité juridique, dans la mesure où la décision prise après consultation atteste qu'au moment de l'acte euthanasique, il se trouvait juridiquement en "état de nécessité" »[121].

4. le maintien pur et simple de l'interdit légal contre l'euthanasie. Cette proposition « exprime une volonté de maintenir le *statu quo*, c'est-à-dire l'interdiction en toute circonstance de la pratique de l'euthanasie, afin de ne pas porter atteinte à la valeur éminente de la vie comme support naturel de tous les autres droits de la personne. Les institutions légales et médicales doivent faire primer le droit de vivre en cherchant à soulager les souffrances par d'autres voies que l'homicide (notamment par les soins palliatifs, auxquels tous les intervenants devraient être formés) »[122].

Trois éléments nous semblent à souligner dans cet avis. Tout d'abord, l'identification des quatre orientations, qui viennent d'être décrites, constituera la base du débat ultérieur. Le Comité montre donc ici tout son pouvoir d'influence sur le législateur. Ensuite il apparaît, selon l'avis du Comité, que la troisième proposition dégage un consensus majoritaire (même si pas unanime) parmi ses membres et facilite un « rapprochement entre plusieurs adversaires et partisans de l'interdit de l'euthanasie »[123], ce qui laisse entrevoir une possibilité d'arriver à une solution législative. Enfin, il s'agit d'un avis adopté à l'unanimité faisant état à la fois de positions divergentes et de possibilités de convergence. Un avis qui, dans son dernier paragraphe, relance le débat démocratique (et renvoie ainsi l'ascenseur au Parlement) : « 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, (...) le Comité constate que de nombreux membres ont pu, par-delà les divergences à première vue

121 *Ibid.*, p. 3.
122 *Ibid.*, p. 3.
123 Point 4 (§1) de l'Avis n° 1 du Comité consultatif de bioéthique de Belgique du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, précité, p. 11.

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 »[124].

Dans le rapport de la Commission restreinte « Euthanasie »[125] qui accompagne l'avis, les membres esquissent aussi les grandes lignes d'un débat plutôt « anthropologique »[126]. On aurait, d'un côté, la position de ceux qui fondent la condition humaine sur l'*intersubjectivité* (c'est-à-dire sur « le caractère irréductible de la relation de tout homme à l'autre »[127]) qui serait donc à la base de tout lien social, de toute éthique comme de tout droit, et même la condition de toute autonomie ; pour ceux-ci, « un geste comme le geste euthanasique est contraire au fondement de toute humanité »[128]. De l'autre côté, on aurait ceux qui considèrent que des valeurs comme « la qualité de la vie, le respect de la dignité humaine, le désir de ne pas souffrir inutilement »[129] sont aussi importants et que « dans une société pluraliste, les conflits de valeurs sont tranchés par l'*autonomie* de l'agent, sous la seule condition que le choix opéré par celui-ci ne porte pas atteinte aux membres de la société qui penseraient autrement. Or, tel est manifestement le cas du choix euthanasique. Une société pluraliste se doit de créer les cadres indispensables à la réalisation de ce choix dans des conditions où la dignité humaine est

124 *Ibid.,* p. 4.

125 Comme l'indique le site internet du Comité, « le plus souvent, le Comité charge une commission restreinte de préparer l'avis. La composition de cette commission reflète celle du Comité. Les commissions peuvent faire appel à des experts externes pour des auditions ponctuelles, et à des experts permanents. La commission fait un rapport de ses travaux au Comité et lui propose un projet d'avis. Les discussions en comité plénier permettent d'enrichir le débat, de susciter d'éventuels amendements dont la commission restreinte tient compte pour la formulation définitive de l'avis » (*in* http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commitees/Bioethics/Mission,composition,functionin/index.htm#fon).

126 Rapport 96/3 de la Commission restreinte « Euthanasie » du Comité consultatif de bioéthique, précité, p. 23-4.

127 *Ibid.,* p. 23.

128 *Ibid.,* p. 24.

129 *Ibid.,* p. 24.

intégralement respectée »[130]. On reconnait ici bien esquissée la querelle philosophique communautariens / libéraux qui inspire notre analyse[131] : nous y reviendrons[132].

1.2.3.3 Le premier débat parlementaire sur l'euthanasie

La recommandation finale de l'avis du Comité, relançant la nécessité d'un débat démocratique, est prise en compte par la convocation du premier débat sur l'euthanasie au Sénat, les 9 et 10 décembre 1997, en séance plénière. L'initiative revient au chef du groupe PS Roger Lallemand, déjà coauteur de la loi qui a partiellement décriminalisé l'avortement. Il utilise pour cela sa proposition de résolution déposée précédemment[133] et visant avant tout à rassembler des informations sur les problèmes de fin de vie, mais le souhait est que le débat débouche à terme sur une révision de la loi. Tous les principaux partis répondent présent et cela est, déjà en soi, prometteur[134].

A. L'audition des membres du Comité de bioéthique

La première journée de débat parlementaire (9 décembre 1997) est réservée aux exposés de différents membres et experts extérieurs permanents du Comité consultatif de

130 *Ibid.*

131 *Cf. supra*, Introduction à la partie II.

132 *Cf. infra*, notamment § 1.4.3.3.2 et 1.2.8.1.

133 R. Lallemand et consorts, Proposition de résolution du 26 avril 1996 en vue de rassembler des informations et d'organiser un débat sur les problèmes de fin de la vie, *Doc.*, Sén., n° 1-322/1 (1995-1996).

134 En vue de ce débat, les partis politiques éclaircissent leurs positionnements. Si les partis sociaux-chrétiens (CVP et PSC) veulent maintenir, en tout cas, le principe de l'interdiction pénale de l'euthanasie tout en se disant favorables au vote d'une loi précisant les limites de l'art de guérir et en affirmant une ligne personnaliste » (le politique doit se réapproprier la question de l'éthique ; le patient doit être remis au centre du processus décisionnel ; les soins de confort ont leur place à côté des soins visant strictement à guérir), le VLD estime qu'il faut soustraire l'euthanasie du droit pénal, sous certaines conditions ; les libéraux wallons se montrent bien plus prudents que leurs confrères flamands et s'accommoderaient plutôt du statu quo (fédération pluraliste, le PRL-FDF souligne la liberté de conscience absolue de ses membres en matière éthique aussi pour résoudre les problèmes posés par une grande variété de positions), alors que les socialistes (SP et PS) expriment leur volonté d'actualiser la loi afin de réconcilier les pratiques et la législation ; la Volksunie adopte une attitude attentiste et les Verts s'en remettent au colloque singulier entre le médecin et son patient. (Le compte rendu de ces différents positionnements est tiré de plusieurs articles de presse et notamment : A. Lallemand, « Euthanasie : le PSC propose un ajustement de l'art de guérir », *Le Soir*, 29 novembre 1997, p. 33 ; Ch. Laporte, « Pas de libéralisation aveugle de l'euthanasie. Le PRL-FDF pour le statu quo sauf si... », *Le Soir*, 4 décembre 1997, p. 18 ; D. Tellier, « Le patient doit être seul juge euthanasie : le PS veut actualiser la loi », *Le Soir*, 6 décembre 1997, p. 34 ; D. Tellier, « Le Sénat ouvre avec tact le débat sur l'euthanasie », *Le Soir*, 9 décembre 1997, p. 1).

bioéthique (notamment les membres et rapporteurs de la Commission restreinte « Euthanasie »), qui non seulement présentent les propositions envisagées dans l'opinion du Comité même (*cf. supra*), mais expriment aussi dans le détail leurs positions personnelles et se rendent disponibles pour répondre aux questions des sénateurs. Nous ne résumons pas ici toutes ces interventions mais il nous semble utile de relater quatre interventions en soutien chacune à une des quatre propositions, afin de souligner les arguments les plus significatifs apportés en leur faveur.

En soutien de la première proposition (dépénalisation de l'euthanasie)[135], M. Englert – membre du bureau de la Commission restreinte « Euthanasie » du Comité consultatif de bioéthique et médecin de formation – considère le débat sur l'euthanasie demandée comme partie d'un plus large processus de « réappropriation de la mort »[136], ce qui a une importante dimension philosophique et s'inscrit dans le cadre des droits du patient. Il souligne que « la dépénalisation libère la parole et améliore considérablement la relation entre le médecin et son patient »[137], alors que « l'interdiction conduit aussi aux horreurs de l'euthanasie pratiquée par des non-médecins avec des procédés inadéquats, aux suicides prématurés, aux suicides par des moyens atroces. Tout cela fait que l'on meurt encore aujourd'hui dans des conditions inhumaines, inacceptables ou inutiles »[138]. Il estime qu'il faut transférer le pouvoir de décision du médecin vers le malade et que la législation est la voie logique pour ce faire dans un État de droit.

M. Delruelle – co-rapporteur de la Commission restreinte, professeur universitaire et philosophe de formation – supporte la deuxième proposition (régulation procédurale *a posteriori* de l'euthanasie décidée en colloque singulier)[139]. Il souligne que « ce n'est pas le colloque singulier seul qui, selon la position libérale que nous soutenons, mènera à une décision euthanasique »[140] dès lors que le médecin devra prendre l'avis d'un autre médecin. S'il se montre favorable à l'intervention de multiples acteurs, M. Delruelle

135 Pour les détails concernant cette proposition, *cf. supra,* § 1.3.1.2.
136 *Ann. Parl.*, Sén., Séance du mardi 9 décembre 1997, *Doc.*, n° 147, 1997, p. 3901.
137 *Ibid.*, p. 3902.
138 *Ibid.*, p. 3902.
139 Pour les détails concernant cette proposition, *cf. supra,* § 1.3.1.2.
140 *Ibid.*, p. 3913.

exprime cependant sa crainte « que l'on n'institutionnalise cette procédure, que l'on coule en droit et rende obligatoire ce qui doit être une discussion éthique, intersubjective »[141] et « que cette relation intersubjective ne devienne une forme de tribunal si la loi la rend obligatoire ». Il souligne enfin que la position libérale est « une position de responsabilisation du médecin et non une position seulement laxiste »[142]. Selon lui la frontière la plus importante se situe entre les propositions deux et trois.

Pour M. Cassiers – coprésident de la commission restreinte, professeur universitaire et médecin de formation – les tenants de la troisième proposition[143] « souhaitent, comme dans la position deux, le maintien de l'interdit légal de toute forme d'homicide, en ce compris euthanasique, comme un élément fondamental du droit et comme principe essentiel de la société »[144] mais il considèrent chaque cas comme étant singulier et que donc « la rigueur d'une loi — ou de principes positifs — ne peut répondre à tous les détails de cette singularité et qu'il faut donc promouvoir une éthique qui s'élabore dans la relation intersubjective entre les personnes concernées »[145]. Il souligne qu'il existe « différentes manières de comprendre la position numéro trois. Souvent, elle est mal comprise. Elle ne consiste pas à sortir du colloque singulier mais, dans l'esprit de ceux qui la proposent à demander au médecin d'élargir son champ de réflexion en discutant avec les infirmières, la famille et un membre du comité éthique. Il ne s'agit ni de l'imposer au malade ni de transformer les discussions et consultations du médecin en un tribunal ou un sénat où devrait se dégager une majorité, mais simplement, que le médecin accepte de discuter avec d'autres pour s'éclairer. Il reste, bien sûr, seul responsable ; c'est du moins l'intention de la position numéro trois »[146].

Finalement, en soutien à la quatrième proposition[147], M. Dijon – membre de la Commission restreinte, professeur universitaire de droit et jésuite – s'oppose à la simple liberté individuelle et à la décision privée : « S'il ne dépend plus que de moi de quitter

141 *Ibid.*, p. 3913.
142 *Ibid.*, p. 3914.
143 Pour les détails concernant cette proposition, *cf. supra,* § 1.3.1.2.
144 *Ibid.*, p. 3894.
145 *Ibid.*, p. 3894.
146 *Ibid.*, p. 3914.
147 Pour les détails concernant cette proposition, *cf. supra,* §1.3.1.2.

définitivement ce monde, cela signifie que les autres ne tiennent plus à moi, que plus rien ne nous relie »[148]. Il souligne que nous sommes liés les uns aux autres dès la naissance (le droit « circule entre les humains comme une fraternité qui les tient du seul fait de leur naissance»[149]) et qu'il faut donc « prendre en compte l'ensemble de la réalité »[150] au lieu de « décréter que nous sommes les seuls à décider »[151].

Significative est la note finale de l'exposé de M. Cassiers, soulignant que la tâche du Comité n'est pas celle de trouver un consensus sur les mesures législatives à prendre[152] (ce qui renvoie clairement – et une fois de plus – les sénateurs à leur responsabilité).

La confrontation entre les membres et entre ces derniers et les sénateurs nous apparaît réelle, basée sur le fond (et non pas sur la simple polémique) et liée plus à des clivages philosophiques et culturels qu'aux clivages communautaires (substantiellement absents)[153].

B. Les interventions des sénateurs

La seconde journée du débat (10 décembre 1997) est par contre consacrée aux exposés des chefs des groupes politiques et des sénateurs souhaitant prendre la parole. Nous les résumerons ici par camp politique.

Le CVP, par les interventions de MM. Vanderberghe et D'Hooghe, souligne la valeur de la vie humaine, qui doit être sauvegardée jusqu'à la fin et particulièrement chez les plus faibles. Ainsi l'interdit pénal doit être maintenu. Le CVP rejette les propositions une et deux, et soutient la proposition trois, car le colloque singulier entre patient et

148 *Ibid.*, p. 3898.
149 *Ibid.*, p. 3899.
150 *Ibid.*, p. 3898.
151 *Ibid.*, p. 3898.
152 *Ibid.*, p. 3895.
153 Comme l'affirme explicitement M. Cassiers : « Je n'ai jamais eu le sentiment ni en général ni sur le point particulier de l'euthanasie que les différences d'opinion qui s'expriment au sein du Comité de bioéthique soient de type communautaire. Il existe des personnes pour et à moitié pour et des personnes contre l'euthanasie dans les deux communautés. Si les membres du Comité présents ont ressenti un sentiment différent à cet égard, je les prie de le dire » (*Ann. Parl.*, Sén., précitées, n° 147, 1997, p. 3913).

médecin ne serait pas suffisant. Le CVP accepte donc (dans le cadre du maintien de l'interdit pénal) que se réalise une réglementation juridique (bien que restrictive) pour la question spécifique de l'euthanasie – comme prévu par la proposition trois[154].

Une position semblable est exprimée au nom du PSC par les interventions de Mmes Willame-Boonen et Milquet, et de M. Chantraine. « Il nous semble à nous que l'acte de mourir, aussi curieux que cela puisse paraître, intéresse la société dans son ensemble. Au même titre que la naissance, la mort est un acte social ». Ainsi la « dignité de l'être humain se retrouve dans le caractère unique de chaque personne en relation avec les autres (...) Par ailleurs, la valorisation de l'autonomie individuelle du patient inciterait à accéder à sa demande d'euthanasie, peu importe les causes profondes de cette demande. Il faut pourtant comprendre que cette "autonomie" est téléguidée par l'entourage, par la société dans son ensemble, par rapport à laquelle se mesure le "taux d'adaptation ou d'inadaptation" »[155]. « Pour le PSC, priorité doit être donnée à l'objectif de prévention des demandes d'euthanasie. Le PSC conçoit que cette prévention des demandes d'euthanasie passe nécessairement par trois éléments : la lutte contre l'acharnement thérapeutique, la lutte contre l'abandon thérapeutique et le développement et la généralisation de soins palliatifs de qualité »[156]. Le PSC envisage aussi une modification de l'arrêté royal numéro 78 sur l'art de guérir[157] afin d'y insérer la procédure de concertation préalable prévue dans la proposition trois[158]. On remarquera toutefois que Mme Milquet envisage une possibilité de rencontre des principes de la proposition trois et de la proposition deux (notamment en ce qui concerne l'aspect non contraignant des opinions des tiers : famille, équipe médicale, etc.), soulignant ainsi l'importance de la discussion entre patient et médecin[159].

---

154 *Cf. supra,* § 1.3.1.2.

155 Intervention de Mme Willame-Boonen, *Ann. Parl.,* Sén., Séance du mercredi 10 décembre 1997, *Doc.*, n° 149, 1997, p. 3938.

156 *Ibid.,* p. 3939.

157 Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, publié au *M.B.* du 14 novembre 1967.

158 Intervention de Mme Willame-Boonen, *Ann. Parl.,* Sén., précitées, n° 149, 1997, p. 3940.

159 Intervention de Mme Milquet, *ibid.*, p. 3950.

La position du PS est exprimée d'abord par M. Lallemand et puis par M. Mahoux. Le premier, qui est à l'origine du débat, se félicite de la « très grande qualité de pensée et de sentiments »[160] que génère le débat et constate les importants changements culturels survenus dans tous les camps au cours des années précédentes. Il se réjouit notamment du fait que beaucoup de sénateurs de différents partis politiques aient reconnu la légitimité de certaines demandes d'euthanasie. Le PS, comme l'indique M. Mahoux, soutient la proposition deux et s'oppose à une « tribunalisation » qui réduirait la responsabilité du médecin et l'indépendance du patient : « il serait en effet inadmissible, si le patient ne le souhaite pas, que la demande fasse l'objet d'un débat public dans lequel n'importe qui puisse intervenir pour faire valoir un intérêt quant à la vie ou la mort du patient, alors que c'est le patient et lui seul qui est juge de cet intérêt »[161]. Enfin M. Mahoux en réponse aux arguments communautariens de solidarité sociale du PSC, convient que la vie d'une personne s'inscrit bien dans un tissu de relations ; cependant, il estime qu'en refusant à la personne la liberté du choix ultime, on finit par instrumentaliser sa vie au bénéfice de la collectivité ou d'une conception philosophique particulière : « c'est précisément pour consacrer la valeur de l'engagement "intersubjectif" qu'il faut permettre à chacun de garder une maîtrise sur sa vie, éventuellement, d'y renoncer : une relation, un lien, un engagement de cette nature auquel on ne peut renoncer est un engagement de peu de valeur[162] ». Dans cette optique, il considère l'intervention d'un médecin qui aide le patient à mourir (lorsque celui-ci l'a demandé) comme « la dernière expression d'une solidarité, du lien avec un autre que soi-même en qui le malade a placé sa confiance, précisément parce qu'il s'agit d'une aide, d'une assistance ».

Le SP, par l'intervention du sénateur Erdman, n'indique pas le soutien à une proposition précise mais s'oppose à tout ce qui pourrait entraver le dialogue entre le patient et le médecin et se dit en faveur de fixer les conditions pour une dépénalisation via un accompagnement procédural. Il accepte l'idée de ne pas intervenir sur le côté pénal, par respect des positions exprimées.

160 Intervention de M. Lallemand, *ibid.*, p. 3954.
161 Intervention de M. Mahoux, *ibid.*, p. 3948.
162 *Ibid.*, p. 3948.

Pour le VLD, M. Coveliers affirme que le droit à l'autonomie est prioritaire. Il faut donner aux patients une possibilité : ne rien changer à la situation actuelle signifierait imposer à tous une conviction déterminée. La nature pluraliste de notre société devrait être reflétée dans la loi et le pluralisme signifie aussi et surtout que chacun devrait pouvoir vivre selon ses propres convictions[163]. Pour Mme Leduc, le dialogue doit rester entre le patient et son médecin, sans immixtion ou contrôle externe.[164] Le VLD n'exprime donc pas clairement son option par rapport aux propositions du Comité.

M. Foret intervient au nom du groupe PRL-FDF[165], tout en précisant d'entrée de jeu qu'il sera seulement le porte-parole de « neuf individualités dont les convictions strictement personnelles restent nuancées[166] ». Il montre donc ne pas avoir de mandat clair et – à nos yeux – il se contredit même pendant son intervention. Il affirme ainsi d'abord que le testament de vie ne doit pas avoir une valeur contraignante ; ensuite il rappelle qu'en plus de la liberté du patient, il y a la liberté du médecin, qui ne pourrait être contraint de participer, contre ses convictions, à un acte d'euthanasie ; il considère par ailleurs qu'il n'y a aucune véritable demande publique (ni des parquets) pour qu'un changement législatif ait lieu ; tout ceci pour conclure que le *statu quo* serait préférable (conclusion supportée aussi par Mme Mayence-Goossens dans son intervention successive) mais que, si le débat législatif devait s'engager, le groupe y participerait en soutenant notamment les propositions de loi Monfils ou Bacquelaine (qui, pour rappel, prévoient la décriminalisation). Nous imaginons que, en tant que chef du groupe, M. Foret a essayé de tenir ensemble l'intenable.

Pour le Vlaams Blok, M. Buelens précise que son parti est opposé à l'euthanasie (au nom de la protection absolue de la vie humaine) et à tout amendement au Code pénal, mais favorable aux soins palliatifs[167].

Pour la Volksunie, M. Loones rappelle que depuis deux ans déjà son parti

163 Intervention de M. Coveliers, *ibid.*, p. 3929-31.
164 Intervention de Mme Leduc, *ibid.*, p. 3946-7.
165 Intervention de M. Foret, *ibid.*, p. 3932-5.
166 *Ibid.*, p. 3933.
167 Intervention de M. Buelens, *ibid.*, p. 3939-41.

considère qu'en Flandre il y aurait un consensus en faveur de l'euthanasie. Étant en désaccord avec la définition du Comité (qu'il considère pas suffisamment précise dans certains éléments[168]), il se positionne à mi-chemin entre la deuxième et la troisième position du Comité[169].

Pour Écolo, Mme Dardenne soutient une régulation procédurale qui objective l'état de nécessité : « La régulation procédurale qui objective l'état de nécessité nous paraît être une des solutions à rechercher. En effet, cette position permet de maintenir l'interdit fondamental de mettre fin à la vie d'autrui, tout en justifiant juridiquement la possibilité de l'euthanasie sous des conditions précises »[170]. Elle opte donc pour les propositions deux et trois du Comité consultatif de bioéthique, même si elle trouve quelque bémol dans chacune d'elles (le colloque singulier accorderait un pouvoir exorbitant au médecin, alors qu'une sorte de jury ou de tribunal de la vie lui paraît peu acceptable)[171].

Pour Agalev, M. Boutmans se déclare flexible pour trouver un consensus, sachant que la position de son groupe contient de fait des éléments des propositions une, deux et trois. Il considère de toute façon que la notion d'état de nécessité n'est pas suffisante et qu'il faut prévoir une procédure dans la loi[172].

À la fin de cet intense débat, on remarquera que – soit dans leurs interventions, soit dans leurs répliques conclusives – plusieurs groupes (et en tout cas au moins un représentant pour chacune des deux plus grandes familles politiques[173]) soulignent leur accord afin que le débat continue en Commission Justice et en Commission Affaires Sociales, afin de continuer dans la recherche d'un consensus.

168 Ces éléments ne sont toutefois pas explicités.
169 Intervention de M. Loones, *ibid.*, p. 3942-3.
170 Intervention de Mme Dardenne, *ibid.*, p. 3944.
171 *Ibid.*, p. 3943-4.
172 Intervention de M. Boutmans, *ibid.*, p. 3944-6.
173 M. Vandenberghe pour le CVP, M. Erdman pour le SP et M. Mahoux pour le PS.

Dans les mois qui suivent, le débat n'aura pourtant pas lieu. C'est probablement que la concrétisation d'un consensus n'est pas simple : malgré la bonne ambiance des débats et les points de convergence, le désaccord demeure sur la problématique pénale.

1.2.3.4 Vers les élections de juin 1999

A. Les évolutions au niveau parlementaire

Toutefois, en décembre 1997, le Sénateur PS Lallemand exprime l'intention de déposer dans le court terme une nouvelle proposition de loi visant à réglementer l'euthanasie, qui aurait la tâche de jeter un pont vers les thèses sociale-chrétiennes[174]. De son côté, la sénatrice PSC Willame-Boonen annonce un processus similaire dans son camp : une proposition sociale-chrétienne pourrait être déposée aux premiers mois de 1998[175]. Ceci montre que le travail de convergence est en cours.

Cela prend toutefois plus de temps que prévu. En effet, les partis affirment qu'ils attendent pour réagir la publication d'un nouvel avis du Comité consultatif de bioéthique concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté (donc l'euthanasie pratiquée sur un patient qui n'est plus en état de donner son accord) : cependant, cet avis – qui était d'abord attendu pour le printemps 1998 – n'arrivera que le 22 février 1999[176].

Les différents camps politiques, notamment le PS / SP (représentés par les sénateurs Lallemand et Erdman) et le PSC, confirment entre-temps leur intention de déposer des propositions de loi pendant l'automne 1998[177].

---

174 *Cf.* l'analyse intéressante de A. Lallemand, « Euthanasie : nouvelles propositions dès cet hiver », *Le Soir*, 12 décembre 1997, p. 19.

175 *Ibid.*, p. 19.

176 Respectivement en avril et mai 1996, les Présidents de la Chambre et du Sénat saisissent le Comité afin de lui demander un avis concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté. Cet avis sera finalement rendu le 22 février 1999 (*cf. infra*, § 1.4.3.4.2). Avis n° 9 du Comité consultatif de bioéthique du 22 février 1999 « concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté », précité, p. 93.

177 *Cf.* entre autres R. Kerstenne, « Les sénateurs socialistes Lallemand et Erdman déposeront en septembre une proposition de loi. Un prochain débat : l'euthanasie sous conditions », *Le Soir*, 28 juillet

Finalement, le 2 février 1999, un groupe de députés du PS et du SP (Roger Lallemand, Fred Erdman, Philippe Mahoux et Francy Van der Wildt) dépose au Sénat une proposition de loi « relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable »[178] qui montre plusieurs évolutions en regard de la proposition déposée par leur confrère socialiste Serge Moureaux en 1995 :

– la proposition ne s'applique plus aux patients juridiquement incapables comme les mineurs d'âge (non émancipés) et les personnes souffrant de troubles mentaux, ni aux patients inconscients qui n'auraient pas établi de déclaration anticipée[179], dans l'attente de l'avis du Comité consultatif de bioéthique censé sortir peu de temps après ;

– elle enlève toute référence au stade terminal et s'applique donc aussi en dehors de cette situation[180] ;

– elle ajoute la prise en compte des soins palliatifs[181].

Cette proposition confirme dès lors l'intention de rapprocher le discours du PS de certaines positions sociale-chrétiennes. La recherche d'un consensus se fait de plus en plus intense et visible.

Si on peut légitimement se demander pourquoi des sénateurs auraient déposé un texte quelque mois à peine avant les élections (qui auront lieu le 13 juin de la même année), sachant ainsi que ce texte ne serait jamais soumis au vote avant la dissolution des chambres, la réponse est sans doute à chercher dans le processus de rapprochement des positions et de recherche d'un consensus : une possible convergence commence à s'esquisser et, selon Roger Lallemand (PS), la proposition déposée aura le mérite de permettre au débat de se prolonger au cours de la campagne électorale[182]. Ceci rend bien

1998, p. 1 ; R. Kerstenne, « Le PSC déposera des propositions de loi en septembre Adoucir la fin de la vie », *Le Soir*, 30 juillet 1998, p. 3 ; M. Lamensch, « L'euthanasie réapparaît au Parlement Une proposition de loi, attendue au Sénat, vise à dépénaliser le suicide médicalement assisté », *Le Soir*, 21 octobre 1998, p. 17.

178 R. Lallemand, F. Erdam et consorts, Proposition de loi du 2 février 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, *Doc.*, Sén., n° 1-1261/1.

179 *Ibid.*, préambule, p. 3.

180 La seule condition substantielle étant la présence d'une « souffrance ou d'une détresse constante et insupportable, qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique incurable et que le médecin ne peut apaiser. » (*Ibid.*, art. 3, p. 6-7).

181 *Ibid.*, art. 2, p. 6.

182 M. Lamensch, « Le Sénat se penchera sur l'euthanasie Le clivage entre chrétiens et laïques est

compte du travail de longue haleine mené par les sénateurs : rien de donné, un pas après l'autre, une recherche sur le long terme.

B. L'avis du Comité Consultatif de Bioéthique sur la fin de vie des incapables

Peu de jours après, comme on l'anticipait plus haut, le Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique émet son avis n° 9 concernant « l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté »[183], qui avait été demandé en 1996 par les Présidents des deux Chambres.

Il s'agit d'un avis bien plus long et bien plus complexe du précédant sur l'euthanasie que nous avons analysé plus haut. Probablement, le fait que celui-ci concerne des incapables rend la question – si possible – éthiquement encore plus délicate.

Dans ce texte, le Comité examine d'abord la problématique et fournit quelques définitions, comme celles de :

– « patient incapable » : « Par personnes incapables, sont visées dans cet avis non seulement les personnes qui sont *de iure* incapables (par exemple les mineurs d'âge, les personnes sous statut de minorité prolongée) mais aussi les personnes juridiquement capables qui de facto, en raison de la maladie, d'un accident, de la vieillesse, de la démence, ne sont pas (ou plus) capables de faire connaître leur volonté en ce qui concerne les décisions qui ont trait à leur propre personne (santé, traitement médical, intégrité physique, qualité de vie, mourir dans la dignité) »[184].

– « directive anticipée » (celle de « testament de vie étant considérée équivoque) : « Par "directive anticipée", il faut entendre un document écrit dans lequel une personne, préalablement à son éventuel état d'incapacité, donne des instructions précises relatives à des décisions médicales qu'elle souhaite ou qu'elle ne souhaite pas,

---

dépassé », *Le Soir*, 13 mars 1999, p. 18.

[183] Avis n° 9 du Comité consultatif de bioéthique du 22 février 1999 « concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté », précité, p. 93.

[184] *Ibid.*, p. 6.

et désigne éventuellement une personne de confiance (médecin ou non) que le médecin doit consulter au moment de prendre les décisions médicales à la fin de la vie de la personne devenue entretemps incapable »[185].

– « personne de confiance » : « Il arrive qu'aucune déclaration anticipée ne soit écrite avant que la personne ne devienne incapable, mais que le malade, avant la survenue de son incapacité, ait cependant désigné une personne de confiance, laquelle doit, dès lors, intervenir en ses lieu et place. Cette personne doit faire connaître sa volonté en matière de décision médicale »[186].

Ensuite, le Comité donne un aperçu des différents positionnements éthiques en la matière[187] et puis des différentes situations dans lesquelles le patient peut se trouver : (A) la situation où le patient incapable a communiqué sa volonté, en rédigeant une directive et/ou en désignant une personne de confiance[188], (B) la situation où aucune volonté de la personne incapable ou aucune personne de confiance ne peuvent être prises en compte[189], (C) la situation des malades qui n'ont jamais été capables de faire connaître leur volonté, comme les nouveaux nés et les handicapés mentaux profonds[190].

Sur cette base, l'avis répond à la question : « Est-il opportun de légiférer en matière d'arrêt actif de la vie des personnes incapables ? ». Il le fait par trois propositions distinctes (et donc sans prendre parti pour l'une d'entre elles) :

1. *Une reconnaissance légale de l'arrêt actif de la vie* : « Dans une société démocratique et pluraliste, l'État ne peut privilégier une approche de la vie et de la mort, au détriment d'autres tout aussi valables sur le plan moral. Puisque, pour de nombreux citoyens, il n'est éthiquement pas défendable d'être maintenu en vie dans des conditions physiques ou psychiques qui ne correspondent pas à leur définition d'une vie digne de ce nom, l'État doit prévoir le cadre législatif dans lequel l'arrêt actif de leur vie peut être

185 *Ibid.*, p. 6.
186 *Ibid.*, p. 7.
187 *Ibid.*, p. 8-9.
188 *Ibid.*, p. 10.
189 *Ibid.*, p. 11.
190 *Ibid.*, p. 12.

décidé et opéré en toute transparence »[191]. On distingue alors deux situations bien différentes, selon le fait que le patient ait rédigé ou non une déclaration anticipée : en cas positif, la proposition donne avis favorable à l'arrêt de la vie, sous certaines conditions procédurales ; en cas négatif, deux hypothèses sont énumérées : pour le cas où le patient en situation sans issue n'a auparavant ni rédigé de directive anticipée ni désigné de « personne de confiance » alors qu'il aurait pu le faire autrefois, « l'arrêt actif de la vie peut se justifier d'un point de vue médical et éthique, dans les cas exceptionnels où l'arrêt et l'abstention de soins ne permettent pas de sortir d'une situation inhumaine. Cependant, il n'apparaît pas souhaitable qu'un tel acte reçoive de reconnaissance légale, en raison du risque d'abus et de dérives. L'arrêt actif de la vie sera alors justifié au titre de "l'état de nécessité" »[192]. Pour le cas où le patient n'a jamais eu, à aucun moment de sa vie, la capacité de rédiger une directive anticipée ou de désigner une personne de confiance, les représentants légaux peuvent solliciter du médecin l'arrêt actif de la vie. Le médecin ne peut y procéder sans s'être assuré du consensus de la famille et de l'équipe soignante quant à l'opportunité d'un tel acte[193].

2. *La régulation procédurale a priori de l'arrêt actif de la vie demandé par le patient dans une directive anticipée.* « Cette procédure *a priori* comprendrait les exigences suivantes : examen du bienfondé, du point de vue médical, de la demande d'arrêt actif de la vie telle que formulée par le patient dans une directive anticipée ; concertation avec le personnel soignant ; concertation avec les proches (ou à tout le moins, recueil de leur point de vue) ; avis d'un collègue médecin extérieur à l'équipe soignante ; évaluation éthique avec une tierce personne. Ainsi informé, le médecin jugera à quel point l'arrêt actif de la vie peut être justifié dans ce cas par un état de nécessité »[194].

3. *Le maintien pur et simple de l'interdit légal de l'arrêt actif de la vie chez les personnes incapables.* « Les partisans de cette position considèrent l'interdiction de l'homicide comme une caractéristique essentielle de l'État de droit. Ils sont d'avis que,

191 *Ibid.*, p. 13.
192 *Ibid.*, p. 13.
193 *Ibid.*, p. 14.
194 *Ibid.*, p. 14.

même en présence d'une directive anticipée demandant un arrêt actif de la vie, il n'est jamais permis d'accéder à cette requête, considérant en outre qu'une directive anticipée ne peut jamais prévoir une situation de détresse concrète »[195].

C. La campagne électorale

Le Sénat ferme ses portes en mai 1999. La campagne électorale entre dans le vif. Au cours de la campagne, Marc Van Peel, président du CVP, semble proposer de reconduire le pacte des deux gouvernements précédents en exigeant de ses alliés de demain qu'ils refusent toute majorité de rechange sur les dossiers éthiques[196] (citant notamment l'euthanasie, l'utilisation d'embryons surnuméraires et l'homosexualité). Il est soutenu par le vice-Premier ministre CVP Herman Van Rompuy, qui avait négocié cet accord en tant que président du CVP en vue de la formation du gouvernement Dehaene I.

Le PS réagit, par la voix de son président Philippe Busquin et de son vice-Premier ministre de l'époque Elio Di Rupo, considérant cette demande inacceptable. Des protestations se lèvent aussi au SP (Marcel Colla, ministre de la santé), au PRL-FDF-MCC (Louis Michel, président de la fédération[197]), à Écolo (Isabelle Durant, secrétaire fédérale), d'Agalev (Jos Geysels, secrétaire politique) et au VLD (Guy Verhofstadt, président) : tous s'accordent à souligner le rôle du Parlement et l'importance de ne pas en bloquer les travaux, notamment concernant des thèmes aussi sensibles[198].

La campagne est intense et marquée par les questions éthiques, parmi lesquelles l'euthanasie[199]. Les programmes électoraux de plusieurs partis politiques reprennent explicitement leur position sur le sujet : ainsi, le PS soutient la proposition de loi Lallemand-Erdman et le SP affirme le droit du malade de choisir ; Écolo se prononce pour

---

195 *Ibid.*, p. 15.

196 *Cf.* M. Dubuisson (Belga), « Le CVP bétonne l'éthique du prochain gouvernement », précité.

197 Depuis 1998, la fédération PRL-FDF s'est élargie au MCC.

198 Déclarations relatées dans M. Dubuisson (Belga), « Le CVP bétonne l'éthique du prochain gouvernement », précité.

199 Parmi les thèmes éthiques, la campagne focalise aussi sur les questions liées aux drogues. *Cf.* Ch. Guillain, « La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues », CRISP, Courrier hebdomadaire, n° 1796, 2003.

une dépénalisation conditionnelle et Agalev pour la légalisation du droit de mourir dans la dignité ; le PSC propose un processus décisionnel complexe qui impliquerait médecins, équipe soignante, proches et comité d'éthique hospitalier ; le CVP se positionne sur la même longueur d'onde, alors que le Vlaams Blok se déclare opposé à toute forme de dépénalisation. De leur côté, le PRL-FDF-MCC et le VLD ne prennent pas position sur le sujet ou ne le mentionnent pas [200].

Les élections arriveront bientôt, avec leur charge de nouveautés et la constitution d'un nouveau gouvernement.

1.2.4 Considérations conclusives concernant l'historique

En guise de conclusion de cette section, nous souhaitons faire état de quelques brèves considérations de caractère sociologique, concernant notamment les enjeux (a), les camps, les clivages et les référentiels doctrinaux (b) et le langage (c).

A. Les enjeux

Si l'on fait un examen des treize textes déposés avant juin 1999, de l'avis du Comité de bioéthique et du bref débat parlementaire de 1997, on observe que les enjeux suivants sont prédominants :

- le besoin de *sécurité juridique* : explicitement ou implicitement, en négatif (la législation actuelle n'en offre pas) ou en positif (nous en avons besoin), cette motivation se retrouve en toile de fond de presque toutes les propositions de loi déposées[201]. Elle se retrouve aussi dans les interventions des experts (entre autres celle

[200] L'analyse des programmes électoraux est tirée de : J. Wautier, *L'ouverture du débat sur l'euthanasie au Sénat. Cadre éthique, médical, juridique et politique*, o*p. cit.*, p. 41-42 ; I. Lemal et M. de Mueleanaere, « Les programmes à la loupe », *Le Soir*, 27 mai 1999, p. 4.

[201] Les propositions de loi Standaert (L. Standaert, Proposition de loi du 4 novembre 1993 autorisant l'euthanasie active pratiquée à la demande du patient, précitée), Monfils (Ph. Monfils, Proposition de loi du 25 janvier 1995 relative à la demande d'interruption de vie, précitée. ; Ph. Monfils, Proposition de loi du 29 juin 1995 relative à la demande d'interruption de vie, précitée) et Bacquelaine (D. Bacquelaine, Proposition de loi du 29 janvier 1996 relative à la demande d'interruption de vie, précitée) sont les seules à ne pas en faire mention explicite, toutefois la première explique les dangers de l'illégalité et les autres rappellent l'« hypocrisie du silence » : une caution implicite à l'argument du besoin de sécurité juridique.

de M. Cassiers, alors qu'il expose la proposition n° 1[202] ou la proposition n° 2[203]du Comité)[204].

- le renvoi aux valeurs de l'*autonomie* et de la liberté individuelle : douze propositions y font référence de manière explicite, la seule proposition qui ne le fait pas[205] se base néanmoins sur ces concepts. Ces valeurs trouvent aussi leur place dans le débat parlementaire de décembre 1997, notamment dans les interventions d'experts comme M. Cassiers[206] ou M. Delruelle[207], ou de députés comme M. Mahoux[208] (PS),

---

202 Intervention de M. Cassiers, *Ann. Parl.*, Sén., Séance du mardi 9 décembre 1997, *Doc.*, n° 146, 1997, p. 3894 : « ils estiment qu'une telle loi de dépénalisation garantirait aux médecins un espace de sécurité juridique leur permettant de répondre sans équivoque aux demandes de leurs malades ».

203 *Ibid.* : « les tenants de cette position, que nous appelons "position deux", estiment qu'en définissant de la sorte, sur le plan juridique, les procédures qui confirment l'état de nécessité, on pourrait créer un espace de sécurité juridique suffisant pour le médecin ».

204 Cela vaut la peine de remarquer que – malgré l'intérêt évident pour l'argument de la sécurité juridique - certaines définitions et termes sont si flous qu'ils prêtent à confusion : juste à titre d'exemple, citons le cas de la proposition de loi Standaert qui, dans son préambule donne une définition de l'euthanasie qui inclut le suicide assisté, mais ne reprend pas cette définition dans le texte (L. Standaert, Proposition de loi du 4 novembre 1993 autorisant l'euthanasie active pratiquée à la demande du patient, précitée*).*

205 L. Standaert, Proposition de loi du 4 novembre 1993 autorisant l'euthanasie active pratiquée à la demande du patient, précitée.

206 Intervention de M. Cassiers, *Ann. Parl.*, Sén., précitées, n° 146, 1997, p. 3893-5 : « Les uns considèrent que l'euthanasie est moralement justifiée, et ce sur la base du droit de tout homme à son autonomie, en ce compris celle de disposer de sa propre vie dans le cas ou` se conjuguent une situation médicalement sans issue et une souffrance intense » ou encore, se référant à la proposition n° 1 du Comité : « Cette position accorde donc une priorité à l'autonomie de chacun et à l'affirmation que le jugement subjectif de la personne sur sa souffrance, sur sa dignité et sur la qualité de sa vie doit être respecté avant toute autre considération » et ensuite à la proposition n° 2 : « Les tenants de la position deux, soucieux de préserver l'autonomie du malade, estiment que celle-ci est mieux protégée si l'on s'en tient au dialogue du colloque singulier ».

207 Intervention de M. Delruelle, *ibid.*, p. 3897 : « Une telle loi aurait ensuite une vertu libératrice. Elle consacrerait un des droits de l'homme les plus fondamentaux, celui de disposer de soi-même, de son corps et de sa vie. Une loi de dépénalisation signifierait plus de libertés pour le patient ».

208 Intervention de M. Mahoux, *Ann. Parl.*, Sén., précitées, n° 149, 1997, p. 3947 : « Le refus de cette liberté de choix ultime conduit, en réalité, à instrumentaliser la vie d'une personne, sa souffrance et sa mort, au bénéfice de la collectivité, des parents, des amis, voire d'une conception philosophique particulière ».

M. Forêt[209] (PRL-FDF), Mme Milquet [210](PSC) ou M. Lallemand[211] (PS).

Dans ce contexte, parfois on se réfère à l'*intersubjectivité* comme valeur opposée à l'autonomie : c'est par exemple le cas du rapport de la Commission restreinte « Euthanasie » (on l'a vu *supra* au § 1.3B), ou de l'intervention de M. Cassiers alors qu'il explique les raisons des tenants de la proposition n° 3 du Comité (*ibid.*), ou encore de M. Dijon alors qu'il rappelle que nous ne sommes pas seuls à décider (*ibid.*).

- la *liberté de conscience* à accorder au médecin : elle fait l'unanimité, aucune intervention ni aucune proposition de loi ne la mettent en question.

- un *champ d'application* variable, incluant toujours l'euthanasie et parfois le suicide assisté et/ou la déclaration anticipée : les trois propositions PRL-FDF[212] se réfèrent uniquement à l'euthanasie, les trois propositions Agalev[213] et la proposition ROSSEM[214] y ajoutent le suicide assisté, toutes les autres prévoient l'euthanasie mais aussi la déclaration anticipée.

- la limitation de l'application de la loi aux patients en *stade terminal* : cinq propositions[215] le font explicitement, sept propositions utilisent des formules moins

---

209 Intervention de M. Forêt, *ibid.*, p. 3933-4 : « Dignité, liberté et responsabilité s'imposent avec force comme des valeurs essentielles qu'il est indispensable de respecter en toute circonstance. (…) La défense de la dignité humaine suppose dès lors la liberté de choix. (…) Le respect de la liberté individuelle doit proscrire toute entrave à la liberté de chacun de suivre ce que ses propres choix moraux lui inspirent. Je l'ai dit, et il s'indique de le répéter : personne ne peut s'ériger en juge du bien ou du mal et prétendre régenter les choix que chacun entend faire sur les conditions de sa vie et de sa mort ».

210 Question de Mme Milquet, *Ann. Parl.*, Sén., précitées, n° 147, 1997, p. 3916 : « Á mon sens, chacun doit avoir l'autonomie de prendre des décisions en ce qui concerne la fin de sa vie. Cependant, de quelle véritable autonomie dispose un patient qui se trouve à l'hôpital et dont la demande pourrait être dépendante de la peur de la mort ou d'une souffrance qui ne peut être correctement maîtrisée ».

211 Intervention de M. Lallemand, *Ann. Parl., Sén.*, Séance du mercredi 10 décembre 1997, *Doc.*, n° 148, 1997, p. 3927 : « Nous pensons qu'au cœur de la problématique se trouve la conviction que l'autonomie de la décision en matière d'euthanasie est liée au fait que la valeur d'une vie est fondamentalement inévaluable par les tiers ».

212 Ph. Monfils, Proposition de loi du 25 janvier 1995 relative à la demande d'interruption de vie, précitée *;* Ph. Monfils, Proposition de loi du 29 juin 1995 relative à la demande d'interruption de vie, précitée ; D. Bacquelaine, Proposition de loi du 29 janvier 1996 relative à la demande d'interruption de vie, précitée.

213 J. Cuyvers, Proposition de loi du 17 janvier 1994 visant à élargir le droit de choisir du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée ; E. Boutmans, Proposition de loi du 11 octobre 1995 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée ; F. Lozie, Proposition de loi du 10 novembre 1995 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée.

214 L. Standaert, Proposition de loi du 4 novembre 1993 autorisant l'euthanasie active pratiquée à la demande du patient, précitée.

215 L. Standaert, Proposition de loi du 4 novembre 1993 autorisant l'euthanasie active pratiquée à la demande du patient, précitée. *;* Ph. Monfils, Proposition de loi du 25 janvier 1995 relative à la demande

tranchantes qui laissent une marge d'appréciation plus large (quatre propositions[216] se réfèrent aux affections « entraînant inéluctablement le décès »[217], alors que les trois propositions Agalev [218] parlent d'« état désespéré » [219]). Seule la proposition Lallemand[220] ne fait pas du tout usage de limitations de ce genre.

- la non application des propositions de loi aux *femmes enceintes* : cette exception est prévue dans sept propositions de loi[221] venant de différents groupes politiques, sauf ROSSEM et Agalev. Il semble donc y avoir une fracture sur ce point, toutefois ceci ne fait pas l'objet d'un débat.

- la technique législative de la *décriminalisation :* toutes les propositions de loi envisagent cette technique ; douze le font en intervenant directement dans le Code pénal par l'insertion d'un article 417*bis*, alors qu'une le fait sans intervenir dans le Code pénal[222]. Par contre, c'est dans le débat que les oppositions (démocrate-chrétiens et Vlaams Blok) affirment vouloir maintenir dans le Code pénal l'interdit absolu de

---

d'interruption de vie, précitée *;* Ph. Monfils, Proposition de loi du 29 juin 1995 relative à la demande d'interruption de vie, précitée *;* D. Bacquelaine, Proposition de loi du 29 janvier 1996 relative à la demande d'interruption de vie, précitée *;* H. Coveliers, Proposition de loi du 21 mars 1996 relative à l'euthanasie et aux soins palliatifs, précitée.

216 E. D'Hose, Proposition de loi du 21 janvier 1985 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, précitée *;* E. Klein, Proposition de loi du 21 mars 1986 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, précitée *;* E. Klein, Proposition de loi du 2 février 1988 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, précitée *;* S. Moureaux, Proposition de loi du 13 octobre 1995 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, précitée.

217 Cette formule se trouve aux articles 4 ou 5 de chacun des textes, la numérotation ayant partiellement changé.

218 J. Cuyvers, Proposition de loi du 17 janvier 1994 visant à élargir le droit de choisir du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée ; E. Boutmans, Proposition de loi du 11 octobre 1995 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, *précitée* ; F. Lozie, Proposition de loi du 10 novembre 1995 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée.

219 Cette formule se trouve aux articles 4 ou 5 de chacun des textes, la numérotation ayant partiellement changé.

220 R. Lallemand, F. Erdam et consorts, Proposition de loi du 2 février 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée.

221 E. D'Hose, Proposition de loi du 21 janvier 1985 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, précitée *;* E. Klein, Proposition de loi du 21 mars 1986 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, précitée *;* E. Klein, Proposition de loi du 2 février 1988 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, précitée *;* S. Moureaux, Proposition de loi du 13 octobre 1995 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, précitée *;* H. Coveliers, Proposition de loi du 21 mars 1996 relative à l'euthanasie et aux soins palliatifs, précitée *;* R. Lallemand, F. Erdman et consorts, Proposition de loi du 2 février 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée.

222 E. Boutmans, Proposition de loi du 11 octobre 1995 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, art. 4, p. 15.

tuer[223], position qui est partagée – du côté des experts – par M. Dijon.

- l'importance du *pluralisme* dans une société démocratique : cet aspect de la vision sociétale est mentionné par beaucoup d'interventions, avec pourtant des nuances assez différentes.

Parmi les députés, on entend cette référence notamment du côté de M. Lallemand[224] (PS), M. Coveliers[225] (VLD), Mme Dardenne[226] (Écolo) et M. Vandenberghe[227] (CVP). Si les premiers donnent une vision du pluralisme selon laquelle il faut permettre la coexistence des différentes conceptions et convictions, le dernier voit le pluralisme plutôt comme « médiation » entre valeurs et positions différentes.

Parmi les experts, c'est aussi le cas de M. Vermylen[228], alors que M. Dijon propose lui une recette différente face au pluralisme factuel : « Dans la société pluraliste qui nous caractérise, la loi est ce qui nous maintient ensemble. Dès lors, dire dans la loi pénale (...) qu'un être humain peut porter atteinte à la vie d'un autre être humain est inadmissible ».

Nous enregistrons aussi le manque d'un débat structuré concernant les mécanismes de contrôle de l'application de la loi (chaque proposition de loi prévoyant un mécanisme différent ou même pas de mécanisme du tout).

B. Les camps, les clivages et les référentiels doctrinaux

Si, eu égard au thème sensible de l'euthanasie, on s'attendait à des positionnements nets et en ligne avec la famille politique dont le député ou le sénateur

---

223 *Cf. supra*, § 1.3.1.3.

224 Intervention de M. Lallemand, *Ann. Parl.*, Sén., précitées, n° 148, 1997, p. 3927 : « Dans une société pluraliste, la règle est de permettre clairement la coexistence de ces différentes conceptions ».

225 Intervention de M. Coveliers, *ibid.*, p. 3929 : selon lui la nature pluraliste de notre société devrait être reflétée dans la loi, et le pluralisme signifie aussi et surtout que chacun devrait pouvoir vivre selon ses propres convictions (*cf. supra*, § 1.3.1.3).

226 Intervention de Mme Dardenne, *ibid.*, p. 3944 : « je ne vois pas au nom de quoi une quelconque confession ou conviction philosophique pourrait imposer sa façon de voir et sa propre éthique à l'ensemble des citoyens. Nous devons permettre à chacun d'exercer son propre libre arbitre, ses propres convictions. Dans une société pluraliste et démocratique, il faut donc mettre en place un cadre suffisamment souple pour rencontrer cet objectif ».

227 Intervention de M. Vandenberghe, *ibid.*, p. 3923-6.

228 Intervention de M. Vermylen, *Ann. Parl.*, Sén., précitées, n° 147, 1997, p. 3904.

fait partie (de par son affiliation idéologique ou simplement de groupement parlementaire), on en sort déçus. Maintes sont les nuances qui s'expriment dans le débat et différentes sont les raisons qui font adhérer des élus à un groupe parlementaire : ainsi, philosophie et politique, éthique et appartenance de parti, ne vont pas toujours de pair.

Prenons l'exemple du groupe parlementaire PRL-FDF, considéré philosophiquement « libéral » et se situant au centre de l'hémicycle : on s'attendrait à ce qu'il soit le moteur premier du changement, justement pour la place que la philosophie libérale accorde à l'autodétermination et à l'autonomie personnelle. Les divisions internes en font par contre une addition de positions fort différentes et – par conséquent – très faibles.

Peut-être la plus parlante, mais celle-ci ne sera pas la seule source de surprise : Écolo et Agalev déposent des propositions partiellement différentes, tout en appartenant à la famille politique des verts ; les membres du PRL-FDF signent des propositions divergentes ; la famille socialiste montre une certaine évolution au cours des années ; et la liste pourrait continuer.

Comme on vient de le constater, à ce stade du débat il n'est pas toujours facile de percevoir des positionnements bien clairs de la part de chaque famille politique. Ce qui par contre apparaît assez clairement est la construction de camps opposés, et ceci sur base du clivage laïque – non laïque. Un clivage qui est rarement explicité[229] mais pas moins présent pour autant.

En effet, c'est visiblement le camp laïque qui mène la bataille, d'abord en déposant toutes les propositions de loi, ensuite en lançant le débat parlementaire. C'est le camp laïque, dans tous ses états et nuances, qui pourtant essaye déjà dès la première proposition de loi de converger vers un texte commun.

[229] Le nombre de fois où les mots laïc / laïque / laïcité sont prononcés pendant les travaux en Commissions réunies se compte sur les doigts d'une main.

Le camp non laïque choisit une position défensive, ne présente pas de texte et se borne à affirmer ses convictions, par ailleurs nuancées : chez certains le maintien pur et simple du *statu quo*, chez d'autres (plus nombreux) le soutien à la proposition trois du Comité de bioéthique[230]. Dans les deux cas, il s'agit d'une attitude attentiste et non pas proactive.

C. Le langage, cet inconnu

Pendant la période examinée, et donc aussi bien avant que pendant les premiers débats parlementaires, la confusion qui règne en ce qui concerne la terminologie et les définitions à utiliser dans ce domaine est évidente. La définition même de ce que c'est l'euthanasie, sa distinction avec le suicide assisté[231], l'utilisation des concepts si imprécis d'« euthanasie active » et « euthanasie passive »[232], volontaire ou involontaire (ou même « positive » ou « négative »[233] !), la détermination des contours de la phase terminale[234], ou encore les bornes précises de la sédation terminale : les interventions se succèdent et montrent – lorsqu'il ne s'agit pas d'imprécisions ou d'erreurs conceptuelles – des grosses

---

230 *Cf. supra*, § 1.2.3.2.

231 Nous avons vu que dans certaines propositions de loi les deux possibilités sont traitées de la même façon, comme s'il n'y avait aucune différence juridique : *cf.* par exemple L. Standaert, Proposition de loi du 4 novembre 1993 autorisant l'euthanasie active pratiquée à la demande du patient, précitée, qui dans le préambule donne une définition d'euthanasie incluant le suicide assisté, mais dans le texte offre une définition se référant seulement à l'euthanasie proprement entendue.

232 Un exemple très parlant vient de l'enquête du « Généraliste » (*cf. supra*, note 20), bien qu'organisée par des professionnels et adressée à des professionnels de la médecine : selon ce qu'en relate la presse, deux définitions d'euthanasie y ont été avancées : l' « euthanasie passive », qui consisterait à administrer des drogues pour soulager le patient, quitte à accélérer son décès, et l' « euthanasie active », un acte consciemment posé comme arrêter le traitement « curatif », par exemple, pour aboutir à la mort du patient. Heureusement la validité de l'enquête n'en paraît pas diminuée vu que les différentes définitions sont explicitées (aussi par le biais d'exemples).

233 Un résumé efficace des différentes terminologies utilisées à l'époque est donné par Y. Kenis dans la brochure éditée par l'ADMD en 1990 « Choisir sa mort : une liberté, un droit », *in* http://www.bordet.be/fr/services/general/biblio/kenis/Docvrai15%20-%20choisir%20sa%20mort%20une%20liberte%20un%20droit.pdf). Á partir de la page 16, il parcourt les définitions de l'éthique traditionnelle : le texte fait apparaître plusieurs ambiguïtés. Mérite aussi d'être citée la liste des définitions donnée dans la proposition de loi D'Hose du 21 janvier 1985 relative au droit à la dignité thérapeutique du patient incurable, précitée, p. 3 : l'euthanasie y est distinguée de l'ortothanasie et de la dysthanasie.

234 Il est en effet impossible de déterminer de manière juridiquement précise les bornes d'une phase qui peut durer entre quelques heures et plusieurs mois, sans que la médecine puisse non plus indiquer avec sécurité le décours de la maladie. Nous considérons que c'est pour cette raison que la tentative d'insérer une définition non juridique dans un texte de loi paraît si compliqué.

difficultés ne fût-ce qu'à se comprendre. Les termes sont parfois utilisés de manière interchangeable, alors qu'ils ne le sont pas du tout.

Dans les travaux de sa commission restreinte « euthanasie » le Comité consultatif de bioéthique analyse même les différences linguistiques entre termes utilisés par les néerlandophones et les francophones, allant jusqu'à constater l'existence de certains termes uniquement dans l'une des deux langues[235].

Á notre avis, ceci n'est aucunement volontaire et découle à la fois du caractère scientifique des connaissances requises et tout simplement du manque de législation spécifique. Le premier grand mérite de la législation qui sera adoptée par la suite, sera en fait celui de fournir des catégories claires et des références conceptuelles à toute personne se penchant sur le sujet.

[235] *Cf.* annexe 1.2.2 du rapport de la commission restreinte, précité, p. 3.

Tableau n° 1

Propositions de loi déposées entre janvier 1985 et juin 1999 / caractéristiques	4 propositions PS / SP / PRL / Écolo en différentes formations[236]	1 proposition ROSSEM	3 propositions Agalev[237]	3 propositions PRL[238]	1 proposition VLD	1 proposition PS / SP
Motivations et buts / causes et objectifs	Manque de sécurité juridique pour médecin et patient / autorité de la loi entamée Organiser les relations médecin-patient	Allongement de l'espérance de vie mais pas en bonne santé Mort digne et douce	Progrès médecine / souffrance / déchéance/ législation actuelle est inhumaine S'adapter à la légitime volonté du patient	Hypocrisie du silence Éviter tout excès, tout abus, toute déviation	Insécurité juridique / nécessité réglementaire Sécurité juridique	Ambiguïté de la loi / différence avec pratique / insécurité Clarifier la loi / pratiques homogènes et responsables / confiance médecin-malade
Déclaration anticipée	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Modification du Code pénal	Oui	Oui	Oui[239]	Oui	Oui	Oui
Conditions	Affection accidentelle ou pathologique incurable entraînant inéluctablement décès / pour euthanasie : souffrance inapaisable	Souffrance intolérable / phase terminale ou affection sans issue	État désespéré du point de vue médical	Maladie incurable / stade terminal / souffrance insupportable	Maladie incurable / stade terminal = décès est inéluctable dans un délai rapproché	Souffrance ou détresse constante et insupportable, émanant d'une affection accidentelle ou pathologique incurable
Non application aux femmes enceintes d'un enfant viable	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui

[236] Quatre versions du même texte sont déposées dans les années, trois identiques et une quatrième amendée. Si la première est signée par des élus des quatre partis, la deuxième n'est pas signée par le PS, la troisième par Écolo et la quatrième n'est signée que par le PS.

[237] Les deuxième et troisième propositions sont légèrement amendées par rapport à la première mais sont identiques entre elles.

[238] Les trois textes sont identiques.

[239] Dans la deuxième version on décriminalise mais sans utiliser l'insertion d'un article 417*bis* : on insère une sorte de clause générale de justification dans la loi.

Liberté de conscience du médecin	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Philosophie sous-tendue	Autonomie / humanité / droits de l'homme / dignité	Pas explicitée	Qualité de vie / autonomie du patient	Liberté individuelle	Dignité humaine	Autonomie et protection de la vie de manière égale pour tous
Contrôle	Collège de 3[240] médecins nommés par l'Ordre + tribunal de 1re instance	Pas prévu	Dossier médical transmis au médecin légiste qui en averti le procureur[241]	Dossier médical transmis au procureur	Tribunal de première instance	Déclaration à l'officier de l'état civil et au procureur

[240] Seulement dans la quatrième version, le nombre de médecins est réduit à 2 (dont le médecin traitant).

[241] Dans la deuxième version disparaît le médecin légiste : le dossier est transmis au procureur.

1.3 Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2002

Dans cette section, nous nous penchons sur le processus législatif qui a conduit à l'approbation de la loi sur l'euthanasie de 2002 et qui a été entamé après les élections du mois de juin 1999. Après avoir analysé l'historique et les événements survenus dans les législatures précédentes, nous arrivons maintenant au cœur de notre travail. Nous examinerons d'abord le contexte politique (A), puis les premiers pas entrepris au niveau parlementaire (B) et ensuite tout le processus jusqu'à l'adoption.

A. Le nouveau climat politique et la reprise du travail parlementaire

Suite aux élections de juin 1999, le paysage politique belge se marque par un changement important. Les partis démocrates-chrétiens subissent une perte sensible de leur soutien électoral[1], alors que les partis écologistes, les libéraux flamands et le Vlaams Blok augmentent leurs sièges. CVP et PSC ne sont pas les seuls perdants de ce scrutin car PS et SP supportent les conséquences du mandat électoral précédent[2] où la coalition PSC-CVP-PS-SP avait géré plusieurs événements fort médiatisés, tels la crise de la dioxine et l'affaire Dutroux[3].

Le 7 juillet 1999, un accord de gouvernement est conclu entre VLD, PRL-FDF-MCC[4], PS, SP, Écolo et Agalev (gouvernement Verhofstadt I, dit « arc-en-ciel »). La composition politique de ce gouvernement est innovatrice à deux points de vue : pour la première fois depuis 1958 les socialistes et les libéraux s'associent sans inclure les sociaux-chrétiens ; et pour la première fois les écologistes participent au gouvernement[5].

Le fait que les partis démocrates-chrétiens soient exclus du gouvernement et se retrouvent dans l'opposition est un élément d'une importance fondamentale, si l'on

---

1 Le CVP passe – à la Chambre – de 17,2% en 1995 à 14,09% en 1999, le PSC de 7,7% à 5,87%. Au Sénat, le CVP passe de 16,8% à 14,75% et le PSC de 7,3% à 6,04%.

2 Á la Chambre, le PS passe du 11,9% au 10,16%, le SP du 12,16% au 9,54%. Au Sénat, le PS passe de 12,8% à 9,56% et le SP de 13,2% à 8,89%.

3 *Cf.* entre autres : X. Mabille, *Histoire politique de la Belgique*, CRISP, Bruxelles, 2000, p. 459.

4 Le MCC a été fondé en 1998 par Gérard Deprez, ancien président du PSC.

5 X. Mabille, *Histoire politique de la Belgique, op. cit.,* p. 469.

considère le blocage sur les thèmes éthiques que ces derniers avaient imposé dans les accords des deux gouvernements Dehaene en 1992 et en 1995[6], et si l'on considère les polémiques qui avaient eu lieu justement à ce sujet pendant la campagne électorale de 1999. Contrairement aux accords précédents visant à interdire des majorités de rechange pour certains thèmes éthiques[7], on peut lire, dans l'accord de gouvernement de 1999 : « Dans la recherche de réponses aux questions et défis éthiques, le gouvernement opte pour une approche en rupture avec le passé. Au lieu d'enfermer le débat dans le carcan de la solidarité gouvernementale et de le faire dépendre ainsi d'un consensus parmi les partis de la majorité, le parlement assumera pleinement ses responsabilités, et ce sur la base de la conscience individuelle et de l'intime conviction de chacun »[8]. Et plus loin, entrant dans le détail de la question de l'euthanasie : « Le parlement doit pouvoir prendre pleinement ses responsabilités en ce qui concerne ces questions comme par exemple l'euthanasie, sur la base de la conscience individuelle et de l'intime conviction de chacun »[9]. Le tout est affirmé dans le cadre d'une société « démocratique, moderne et pluraliste »[10]. C'est le « la » donné à l'orchestre.

Dès le début de la nouvelle législature, plusieurs propositions de loi sont déposées au Sénat et à la Chambre. Le 14 juillet 1999 (même jour de la déclaration du gouvernement), Philippe Mahoux (PS) et Myriam Vanlerberghe (SP) déposent au Sénat une proposition de loi « relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable »[11]. Il s'agit de la même proposition que celle déposée le 2 février 1999 par Lallemand et consorts[12].

---

6 *Cf. supra*, § 1.3.

7 Les dernières quatre lignes de l'accord de gouvernement de 1995 précisent que : « Les partis de la majorité ont convenu qu'ils respecteront, en ce qui concerne les autres matières, la règle classique du traitement de ces matières sur base d'un consensus au sein du Gouvernement et entre les groupes de la majorité au Parlement » (« Lignes de force du programme du gouvernent fédéral – approuvé par les négociateurs du CVP, PS, PSC et SP », 1995, Presses du M.B., p. 51).

8 Déclaration du Gouvernement Fédéral du 14 juillet 1999, *Doc.*, Ch., n° 20/1 - 1999 (S.E.), p. 8.

9 *Ibid.*, p. 46, point 11.

10 *Ibid.*, p. 46.

11 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, *Doc.*, Sén., n° 2-10/1, 1999 (S.E).

12 R. Lallemand, F. Erdman et consorts, Proposition de loi du 2 février 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée. *Cf. supra,* § 1.4.3.4.1.

Le 20 juillet 1999, Philippe Monfils (PRL[13]) dépose, toujours au Sénat, une proposition de loi « relative à la demande d'interruption de vie »[14]. Il s'agit du même texte que celui déposé par le même auteur le 29 juin 1995[15].

Le 9 septembre 1999, Frederik Erdman (SP) dépose à la Chambre une proposition de loi « relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable »[16], contenant un texte identique à celui de la proposition qu'il avait déjà déposée avec Lallemand et consorts le 2 février 1999[17] (et donc un texte également identique à celui de la proposition Mahoux-Vanlerberghe du 14 juillet 1999[18]).

Le 30 septembre 1999, c'est à Frans Lozie et Jacinta De Roeck (Agalev) de déposer au Sénat une proposition de loi « élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement »[19]. Il s'agit en fait du même texte que celui déposé le 11 octobre 1995 par leur camarade de parti Eddy Boutmans[20] sous réserve d'une adaptation formelle importante : l'insertion d'un article 417*bis* dans le Code pénal pour décriminaliser[21] l'euthanasie, qui stipule que « il n'y a pas d'infraction lorsque les actes qui ont entraîné directement ou indirectement la mort ont été commis par un médecin » sous certaines conditions énumérées par la suite[22].

---

13 À cette époque, le PRL forme déjà une fédération avec le FDF et le MCC. Toutefois il nous parait important d'indiquer spécialement la composante de provenance du seul signataire, par soucis de clarté. Les débats futurs montreront des nuances importantes à l'intérieur de la fédération.

14 Ph. Monfils, Proposition de loi du 20 juillet 1999 relative à la demande d'interruption de vie, *Doc.*, Sén., n° 2-22/1, 1999 (S.E).

15 Ph. Monfils, Proposition de loi du 29 juin 1995 relative à la demande d'interruption de vie, précitée.

16 F. Erdman, Proposition de loi du 9 septembre 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, *Doc.*, Ch., n° 93/1, 1999 (S.E).

17 R. Lallemand, F. Erdman et consorts, Proposition de loi du 2 février 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée.

18 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée.

19 F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, *Doc.*, Sén., n° 2-86/1, 1999 (S.E).

20 E. Boutmans, Proposition de loi du 11 octobre 1995 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée.

21 *Cf. supra*, § 1.3 pour le choix terminologique.

22 F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, art. 4.

Finalement, le 12 octobre 1999, deux textes identiques sont déposés par les élus du VLD dans les deux assemblées du Parlement fédéral : le premier par Jeannine Leduc, Iris Van Riet, Martine Taelman et Paul Wille au Sénat[23] ; le second par Hugo Coveliers et Maggy De Block à la Chambre[24]. Cette proposition de loi « relative à l'euthanasie » s'inspire du texte déposé par auparavant par Hugo Coveliers le 21 mars 1996[25], mais la nouvelle proposition ajoute une définition de l'euthanasie ; introduit dans le texte (en plus d'un article 417*bis* dans le Code pénal pour décriminaliser l'euthanasie) aussi un article 397*bis* dans le Code pénal qui criminalise le meurtre ou l'assassinat à la demande de la victime et un article 79*bis* dans le Code civil concernant les causes de la mort indiquées dans l'acte de décès ; remplace (concernant l'appréciation de la phase terminale du patient) l'opinion d'un « collège de médecins » par celle d'un second médecin.

Il s'agit donc de remettre sur la table des textes de propositions de loi qui avaient déjà été déposées dans le passé, l'espoir et la volonté étant qu'ils soient – cette fois-ci – enfin débattus et votés.

B. Le Sénat prend la relève

On le voit à la lumière du nombre de propositions déposées (quatre au Sénat, deux à la Chambre) : c'est bien la « chambre haute » du Parlement belge qui prend de suite le devant pour aborder les questions éthiques et notamment l'euthanasie. À la base, on peut entrevoir aussi une pointe d'orgueil institutionnel car, comme l'affirmera à la fin des travaux Mme Van Riet (co-rapporteure, VLD), « le fait que les travaux relatifs à l'euthanasie et aux soins palliatifs aient été confiés au Sénat est, pour cette institution remise en question, une chance de prouver qu'elle est à la hauteur des tâches qui lui sont confiées »[26].

---

[23] J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 2-105/1, 1999-2000.

[24] H. Coveliers et M. De Block, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Ch., n° 196/1, 1999-2000.

[25] H. Coveliers, Proposition de loi du 21 mars 1996 relative à l'euthanasie et aux soins palliatifs, précitée.

[26] *Ann. Parl.*, Sén., Session ordinaire de 2001-2002, Séance du matin du mardi 23 octobre 2001, n° 2-149, p. 13.

Nous y entrevoyons aussi une raison de pur calcul mathématique : suite à un système électoral différent, la composition de la Chambre et du Sénat diverge de manière importante et les partis de la majorité gouvernementale peuvent compter sur une majorité plus ample au Sénat. Ainsi, en additionnant les élus des partis de la majorité à la Chambre[27] nous arrivons à 62,7% ; le même calcul au Sénat[28] nous mène à une majorité de 66,2%. Il n'est pas exclu que ces chiffres aient été pris en compte avant de décider de faire démarrer le processus législatif au Sénat.

Quoi qu'il en soit, la fin de vie est mise à l'agenda des travaux des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat le 20 octobre 1999, pour un échange de vues avec les membres du Comité consultatif de bioéthique.

Conformément au règlement du Sénat[29], les commissions se réunissent en principe à huis clos[30] (sauf décision contraire), alors qu'il n'y a pas de règle équivalente concernant les auditions d'externes[31] (tels les membres du Comité de bioéthique). La décision de publicité ou de huis clos des auditions des externes est prise au cas par cas[32]. Les interventions des membres du Comité sont donc résumées de manière détaillée dans le procès-verbal[33], n'ayant pas été soumises au huis clos.

Trois domaines principaux sont approfondis par les différents orateurs : (1) le langage et les définitions, (2) les expériences développées à l'étranger, (3) les concepts de liberté et d'autonomie personnelle.

---

27 A la Chambre, en 1999, le PS peut compter sur 19 élus, le PRL 18, Écolo 11, le VLD 23, le SP 14 et Agalev 9 (sur un total de 150 membres). *Cf. infra*, Annexe VII.

28 Au Sénat en 1999 le PS peut compter sur 10 membres, le PRL 9f, Écolo 6, le VLD onze, 11 SP 6 et Agalev 5 (sur un total de 71 sénateurs). *Cf. infra*, Annexe V.

29 Règlement du Sénat de Belgique, 1999, adopté par le Sénat le 7 avril 1995 et modifié les 23 novembre 1995, 18 décembre 1995, 9 janvier 1997 et 22 avril 1999.

30 *Ibid.*, art. 23 § 8.

31 *Ibid.*, art. 28 § 2.

32 *Ibid.*

33 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, *Doc.*, Sén., n° 2-244/22, 2000-2001, p. 6-42.

I. Le langage et les définitions

L'importance capitale d'utiliser des définitions claires est soulignée à plusieurs reprises par MM. Vermeersch, Cassiers et Van Orshoven, qui invitent les élus à faire usage des définitions parues dans l'avis du Comité consultatif (« euthanasie », « directive anticipée », « personnes incapables d'exprimer leur volonté », etc.), en soulignant l'unanimité qu'a remporté cette terminologie au sein du Comité[34]. M. Englert pour sa part exprime des doutes quant à l'utilisation de la formule « maladie terminale » à cause de son caractère flou[35] ; il suggère de s'en tenir aux notions de « maladie incurable » ou de « souffrance intolérable ». Dans le débat avec les membres, des doutes sont soulevés par ces derniers concernant aussi les définitions de « détresse », « déchéance » ou « douleur morale »[36]. L'enjeu terminologique est ici évident : un désaccord à ce niveau non seulement empêcherait des progrès dans le processus législatif mais inhiberait aussi un débat serein. Les membres du Comité en sont bien conscients et expriment leur préoccupation à maintes reprises.

II. Les expériences développées à l'étranger, notamment au Pays-Bas

Les interventions de MM. Vermeersch et Englert font plusieurs fois référence à la situation des Pays-Bas[37], mais aussi (Vermeersch) de l'Australie[38] et des États Unis[39]. Le cas du premier de ces pays revient comme un phare : on en illustre les normes et la pratique pénales, les sondages d'opinion, les possibles développements futurs ; on se questionne (sans donner de réponse) sur les raisons qui ont porté les voisins néerlandais

---

34 *Cf.* notamment l'intervention de M. Vermeersch : « En conclusion, M. Vermeersch tient à souligner que dans ses avis, le Comité consultatif utilise des définitions très strictes pour désigner par exemple les notions d'euthanasie, de personnes incapables d'exprimer leur volonté, de directive anticipée, etc. Il souligne qu'il y a au sein du Comité consultatif une parfaite unanimité concernant cette terminologie. Il recommande dès lors très instamment aux membres des commissions de s'en tenir à ces définitions dans les discussions et dans l'élaboration de dispositions légales. Cela permettrait d'éviter beaucoup de discussions inutiles ». *Ibid.*, p. 10.

35 Intervention de M. Englert : « Tout d'abord, le danger du critère de "maladie terminale" réside dans son caractère flou, qui risque de mener à une insécurité de fait : à partir de quand une situation est-elle terminale ? L'intervenant préfère pour sa part la notion de "maladie incurable", c'est-à-dire une maladie pour laquelle il n'y a plus d'espoir d'amélioration ni, a fortiori, de guérison », *Ibid.*, p. 30.

36 *Ibid.*, p. 25-6.

37 Pour M. Vermeersch, *cf. Ibid.*, p. 7, 12-3, 15, 17-8, 20, 32 ; pour M. Englert, *Ibid.*, p. 29.

38 *Ibid.*, p. 31.

39 *Ibid.*, p. 32.

à être les premiers au monde à faire le pas vers la dépénalisation de l'euthanasie[40]. Une mention est faite aussi (Englert) à des études d'ampleur européenne concernant notamment les décès dans les unités de soins intensifs[41].

III. Les concepts de liberté et d'autonomie personnelle

Ces principes sont évoqués à plusieurs reprises, soit par M. Englert pour expliciter ce qui est à la base de certaines des positions reprises dans l'avis n° 1 du Comité[42] ou encore pour mentionner ce qui est à l'origine de l'ouverture de ce nouveau débat dans la société belge[43] ; soit par M. Cassiers pour argumenter tout simplement ses propres positions. Finalement, un élu se réfère au « principe de la plus parfaite liberté, tant de la part du médecin que du patient »[44], au sens où ni le patient ni le médecin ne doivent être contraints de subir voire d'opérer un acte euthanasique.

1.3.1 La présentation des propositions de loi et le dépôt de propositions additionnelles

Suite à l'audition et au débat avec les membres du Comité, le 10 novembre 1999, l'examen des quatre propositions de loi déposées reprends à huis clos dans les commissions réunies. Les auteurs de chacune des propositions prennent la parole pour expliquer dans le détail l'esprit, les motivations et les lignes directrices des textes proposés[45].

---

40 Il ne faut pas oublier qu'entre-temps, en août 1999, les ministres néerlandais la Santé et de la Justice avaient déposé auprès de la Seconde Chambre du Parlement un projet de loi qui sera adopté en avril 2001 (*cf.* entre autres F. Saumois, « Pratique médicale passée dans les mœurs. Les Pays-Bas envisagent de légaliser l'euthanasie », *Le Soir*, 13 août 1999, p. 15). Cette proposition a le but d'inscrire formellement la pratique dans la loi.

41 *Ibid.*, p. 43 : « Un membre souhaiterait disposer de l'enquête européenne qui a été réalisée sur la fin de vie dans les unités de soins intensifs (cf. le professeur J.L. Vincent, de l'hôpital Erasme, qui en a fait état dans des revues scientifiques). M. Englert répond qu'il existe en réalité deux études, l'une de 1993 et l'autre toute récente, qui étudient les attitudes en milieu de soins intensifs, et s'intéressent plus à l'interruption des soins et au non-acharnement thérapeutique qu'au problème de l'euthanasie. Ces études démontrent que l'autonomie du patient est plus importante au Nord qu'au Sud de l'Europe ».

42 *Ibid.*, p. 29.

43 *Ibid.*, p. 30.

44 *Ibid.*, p. 39.

45 Pour des détails sur le contenu des propositions de loi, *cf. infra*, § 1.3.1.1.

C'est suite à cette séance que les démocrates-chrétiens se décident eux aussi à présenter, pour la première fois dans l'histoire parlementaire, des propositions de loi sur le sujet : d'un côté, le 16 novembre 1999, Clotilde Nyssens, Magdaleine Willame-Boonen, René Thissen, Georges Dallemagne et Philippe Maystadt (PSC) déposent au Sénat une proposition de loi « modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales »[46] ; de l'autre côté, le jour suivant, Hugo Vandenberghe, Sabine de Bethune, Theo Kelchtermans, Réginald Moreels et Ingrid van Kessel (CVP) déposent également au Sénat une proposition de loi « visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort »[47]. C'est quelque part l'évidence finale que le thème est véritablement entré dans l'agenda parlementaire.

Le premier texte du PSC établit toute une série de conditions – parmi lesquelles figurent le caractère irréductible et insupportable de la souffrance, le caractère incurable de la maladie et le pronostic d'un décès à brève échéance[48] – pour que, face à une demande d'euthanasie, le médecin soit présumé opérer en état de nécessité[49]. C'est bien ici le cœur d'une proposition qui ne touche pas au Code pénal et choisit d'intervenir sur la réglementation de la pratique médicale, tout en prévoyant la possibilité de l'implication d'un certain nombre de sujets (médecin tiers, équipe soignante, proches, comité d'éthique[50]). Le PSC choisit ainsi de mettre noir sur blanc la pratique jurisprudentielle, de ne pas fermer totalement la porte à l'euthanasie mais de la limiter à des cas fort réduits et à des conditions procédurales bien strictes.

Très semblable est le contenu de la proposition de loi du CVP. Bien qu'en n'intervenant pas sur l'arrêté royal n° 78, ce texte est aussi centré sur le concept d'état de

---

46 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, *Doc.*, Sén., n° 2-151/1, 1999-2000.

47 H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, *Doc.*, Sén., n° 2-160/1, 1999-2000.

48 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, art. 4, p. 20.

49 *Ibid.*, p. 20.

50 *Ibid.*, p. 20.

nécessité et pose des conditions similaires pour son application, les plus importantes étant « la douleur intolérable et impossible à traiter dont souffre le patient »[51] et le « caractère terminal de la situation médicalement sans issue dans laquelle il se trouve »[52].

Aucune des deux propositions n'inclut la possibilité de rédiger une déclaration anticipée de traitement ; par contre, les deux contiennent des dispositions sur le droit de chaque personne aux soins palliatifs.

Seul le Vlaams Blok, en fin de compte, ne présente aucune proposition, car il défend la quatrième option indiquée par le comité de bioéthique : le maintien pur et simple du statu quo. Cette position reste donc parmi les bancs parlementaires mais n'est soutenue par aucun autre parti.

1.3.1.1 Les différentes visions exprimées dans les propositions déposées

Chacune des six propositions de loi offertes à l'agora sénatoriale en ce début de nouvelle législature exprime une vision différente voire nuancée de la dignité humaine, de l'autonomie personnelle, de l'étendue et de la modalité de l'intervention étatique dans ce domaine sensible. Essayons de récapituler leurs lignes philosophiques principales (a), et d'analyser les motivations (b) et le dispositif (c) de chaque texte[53].

A. Les principes philosophiques sous-tendant les différentes propositions et énoncés dans le préambule du texte[54] sont principalement : l'autonomie de la personne et

[51] H. Vandenberghe, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, art. 6, p. 26.
[52] *Ibid.*, p. 26.
[53] Nous nous referons ici aux éléments tirés des textes des propositions de loi, tandis que nous examinerons plus loin les éléments qui transparaissent au cours du débat.
[54] Lorsque le préambule ne contenait pas de référence explicite aux principes, nous nous sommes référés au texte de la proposition tout entier.

la liberté individuelle (PS/SP[55], PRL[56], Agalev[57] et VLD[58]), la dignité humaine (VLD[59], PSC[60], CVP[61]), la protection de la vie humaine (PSC[62] et CVP[63]), la responsabilité personnelle (PSC[64] et CVP[65]), la solidarité (CVP[66]), la qualité de vie (Agalev[67]).

L'analyse des textes nous montre déjà clairement que des principes capitaux tels que la dignité humaine peuvent être interprétés de manière différente voire opposée : la lecture qu'en donne le texte du VLD est en effet opposée à celle donnée par les textes PSC et CVP. En effet, si le premier fonde la dignité humaine sur la liberté de choisir (donc sur l'autonomie)[68], le deuxième recherche la dimension affective et relationnelle de la dignité (en l'opposant explicitement à l'autonomie et à une dimension intellectuelle)[69], alors que le troisième – tout en ne précisant pas expressément son interprétation du principe – l'associe à la protection de la vie humaine en tant que valeur autonome et à la solidarité. Par ailleurs, le premier comme le troisième texte font tous deux référence à l'article 23 de

---

55 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, préambule, p. 5.

56 Ph. Monfils, Proposition de loi du 20 juillet 1999 relative à la demande d'interruption de vie, précitée, préambule, p. 2.

57 F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, art. 3 § 2, p. 14.

58 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, préambule, p. 4.

59 *Ibid.*, p. 3.

60 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, préambule, notamment p. 3.

61 H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, préambule, p. 1, 3, 5 et 6.

62 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, préambule, p. 14.

63 H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, préambule, p. 8, 10 et 11.

64 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, préambule, notamment p. 4.

65 H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, préambule, notamment p. 3.

66 *Ibid.*, notamment p. 3, 6 et 11.

67 F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, préambule, notamment p. 4 et 6.

68 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, préambule, p. 3.

69 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, préambule, p. 3.

la Constitution belge[70], qui mentionne la dignité humaine mais n'en fournit pas une définition précise[71].

Ces réflexions nous font rebondir sur le flou linguistique et l'imprécision des définitions utilisées par le législateur et par les autres acteurs du débat. Celui de la dignité humaine n'est d'ailleurs pas le seul principe éthique se prêtant à une ambigüité interprétative dans le domaine de la fin de vie (le principe de la « qualité de vie », par exemple, est soumis – à nos yeux – au même tiraillement). Comme le souligne justement le Comité consultatif de bioéthique, « ce sont les mêmes notions morales qui servent le plus souvent d'appui aux défenseurs comme aux adversaires de l'euthanasie : "dignité humaine", "droits de l'homme", "solidarité", etc. »[72].

Elles mettent également en lumière la confrontation nette entre deux approches opposées, individualiste et communautarienne, de la dignité humaine. Selon la vision libérale classique (reflétée dans le texte du VLD), l'individu est libre, autonome, capable d'autodétermination, de choix et de volonté[73]. La vision de la dignité est ainsi basée sur ces valeurs et affirmée par le biais de ces valeurs. Par contre, selon la vision communautarienne (reflétée notamment dans le texte PSC), nous sommes situés dans différents rôles sociaux et relations de communauté et nous ne sommes pas autonomes par rapport à la communauté et aux réseaux identitaires dans lesquels nous sommes

---

70 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, préambule, p. 3. H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, préambule, notamment p. 2.

71 L'art. 23 de la Constitution belge dans sa version de l'époque était ainsi libellé : « Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. Á cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice.

Ces droits comprennent notamment : 1° le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle dans le cadre d'une politique générale de l'emploi, visant entre autres à assurer un niveau d'emploi aussi stable et élevé que possible, le droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables, ainsi que le droit d'information, de consultation et de négociation collective ; 2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique ; 3° le droit à un logement décent ; 4° le droit à la protection d'un environnement sain ; 5° le droit à l'épanouissement culturel et social ».

72 Rapport 96/3 de la commission restreinte « Euthanasie » du Comité consultatif de bioéthique, *op. cit.*, p. 22.

73 M. Gianni, *Les liens entre citoyenneté et démocratie sur la base du débat 'Libéraux-Communautariens', op. cit.*, p. 59.

insérés[74]. C'est bien l'appartenance à ces réseaux qui nourrit la dignité humaine. Selon cette vision, une image de la personne « sans attaches ni relations sociales et donc non conditionné[e] – dans son choix de la vie "bonne" – par les valeurs de la communauté, en fait une pure fiction de l'esprit, un "soi" ontologiquement inexistant »[75].

Si nous en venons à la conception du rôle de l'État en la matière, une seule proposition – celle du CVP – s'attarde longuement sur une description détaillée : face au « pluralisme de notre société » qui « entraîne parfois des divergences de vues jusque sur des notions essentielles comme la vie, l'agonie et la mort », selon le point de vue de la proposition CVP, les pouvoirs publics sont « l'instrument culturel porteur de la civilisation »[76]. Il s'ensuit qu'« une des missions par excellence de la politique reste donc de dessiner un cadre de civilisation collectif dans lequel un grand nombre se reconnaît et qui puisse servir de ligne directrice sociale. La protection effective de la vie humaine en constitue, à nos yeux, un élément essentiel »[77]. Nous remarquons ici une vision nettement communautarienne des institutions, où ces dernières incarnent et promeuvent une conception du bien commun et, de manière dérivée, des vertus civiques censées en permettre la réalisation[78]. Le pluralisme est par ailleurs cité comme élément de fait (et non pas comme valeur), alors que le choix du « grand nombre » (la majorité ?) est indiqué pour la détermination de l'orientation des pouvoirs publics. Ce dernier est un argument typiquement communautarien, selon lequel la communauté a le droit d'utiliser la loi (adoptée en fonction du principe majoritaire) pour sanctionner sa conception de la moralité[79].

Même si les autres propositions ne rendent pas explicite leur vision à ce propos, on peut quand même commencer à constater une première confrontation entre le modèle de la tutelle étatique de type communautarien et le modèle du non-interventionnisme

---

74 *Ibid.*, p. 33-4.
75 *Ibid.*, p. 31.
76 H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, préambule, point 1.3, p. 3.
77 *Ibid.*, p. 4.
78 M. Gianni, *Les liens entre citoyenneté et démocratie sur la base du débat 'Libéraux-Communautariens'*, *op. cit*., p. 71.
79 *Ibid.*, p. 64, se référant notamment aux travaux de Dworkin.

étatique de type traditionnellement libéral : toutefois, ce matériau ne nous permet pas encore d'entrer dans les recoins de ces différentes conceptions. Nous y reviendrons plus loin.

B. Si nous en venons aux motivations telles que stipulées dans les différentes propositions, figurent en tête de liste : l'ambigüité (PS/SP[80]) voire l'hypocrisie (PRL[81]) de la loi, l'insécurité juridique (VLD[82], CVP[83]et PS/SP[84]), la nécessité de faire face à la souffrance inapaisable et à la déchéance physique (PS/SP[85] et Agalev[86]) et à la pratique des euthanasies dans la réalité (PSC[87], PS/SP[88]) ; le but des propositions étant par conséquent d'éviter des abus (PRL[89]) et de protéger le patient par rapport au caractère volontaire de la demande (VLD[90]), de favoriser la transparence (PS/SP[91] et CVP[92]) et d'encadrer voire contrôler la décision médicale (PSC[93] et CVP[94]), de clarifier la loi

---

80 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, préambule, p. 2.

81 Ph. Monfils, Proposition de loi du 20 juillet 1999 relative à la demande d'interruption de vie, précitée, préambule, p. 5.

82 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, préambule, p. 1.

83 H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, préambule, notamment p. 2.

84 Déduit indirectement de Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, préambule, p. 2.

85 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, préambule, p. 1, 3, 4.

86 F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, préambule, p. 1-2.

87 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, préambule, p. 1.

88 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, préambule, p. 1-2.

89 Ph. Monfils, Proposition de loi du 20 juillet 1999 relative à la demande d'interruption de vie, précitée, préambule, p. 5.

90 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, préambule, p. 3.

91 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, préambule, p. 2.

92 H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, préambule p. 2, point 3.1 p. 5 et point 3.8 (c) p. 12.

93 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, préambule, point 3, p. 9.

94 H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, préambule, point 3.1, p. 5.

(PS/SP[95]) et de garantir ainsi la sécurité juridique (PS/SP[96]), de donner cours à la légitime volonté du patient (Agalev[97]), de garantir le dialogue entre le patient et le médecin (PS/SP[98]) et de maintenir l'interdit de tuer (PSC[99] et CVP[100]).

Nous pouvons observer que le concept d'« insécurité juridique » peut être entendu soit comme causant préjudice au patient (qui pourrait subir des abus), soit comme causant préjudice au médecin (qui risquerait un procès), soit encore aux deux parties : la même situation objective (insécurité juridique) est vue selon des angles subjectifs différents.

C. Concernant les dispositifs et sans entrer dans le détail de chaque proposition, nous pouvons remarquer que la moitié de celles-ci prévoient la possibilité d'établir une déclaration anticipée ou testament de vie (PS/SP[101], Agalev[102] et VLD[103]), alors que les autres ne la prévoient pas ; les quatre premières (PS/SP[104], PRL[105], Agalev[106] et VLD[107]) demandent une intervention au sein du Code pénal, contrairement aux deux dernières (PSC et CVP) ; le fait de se trouver devant une maladie incurable est une condition commune à toutes les propositions, de même que le caractère inapaisable voire

95 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, préambule, p. 2.
96 *Ibid.*, p. 6.
97 F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, préambule, p. 2.
98 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, préambule, point 1, p. 4.
99 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, préambule, point 2, p. 7 et point 3, p. 12.
100 H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, préambule, p. 7-8.
101 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, art. 4, p. 7.
102 F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, art. 5, p. 16.
103 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 4, p. 9.
104 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, art. 9, p. 9.
105 Ph. Monfils, Proposition de loi du 20 juillet 1999 relative à la demande d'interruption de vie, précitée, art. 2, p. 6.
106 F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, art. 4, p. 15.
107 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 10, p. 11.

insupportable de la souffrance, alors que seulement quatre propositions (PRL[108], VLD[109], PSC[110] et CVP[111]) considèrent le fait de se trouver en stade terminal comme une condition indispensable ; toutes les propositions prévoient un colloque singulier entre le patient et le médecin, alors que les propositions VLD[112], PSC[113] et CVP[114] prévoient (en ordre croissant) aussi des concertations plus larges, qui sont obligatoires du point de vue procédural mais pas contraignantes quant au contenu de la décision médicale ; seules les propositions PS/SP[115] et VLD[116] prévoient une clause de non-application au femmes enceintes porteuses d'un enfant viable[117] ; du point de vue des contrôles de la correcte application de la loi, la proposition VLD[118] prévoit la création d'une commission d'évaluation chargée d'examiner les rapports qui lui sont transmis, alors que les autres textes renvoient à des organes déjà existants (déclarations ou rapports à l'officier de l'état civil, au procureur, au médecin légiste, etc.). Finalement, toutes les propositions garantissent la liberté de conscience au médecin qui ne souhaiterait pas être impliqué dans un acte euthanasique[119].

---

108 Ph. Monfils, Proposition de loi du 20 juillet 1999 relative à la demande d'interruption de vie, précitée, art. 2, p. 6 : « en cas de maladie incurable entraînant inéluctablement son décès dans un délai rapproché ».

109 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 10, p. 11.

110 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, art. 4, p. 20 : « pronostic d'un décès à brève échéance ».

111 H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, art. 6, p. 26.

112 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 10, p. 12.

113 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, art. 4, p. 20.

114 H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, art. 6, p. 26.

115 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, art. 8, p. 9.

116 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 5, p. 10.

117 On peut s'étonner du fait que les deux propositions venant des partis catholiques ne prévoient pas de pareille clause. Nous ne connaissons pas les raisons de ce choix et nous limitons à en prendre bonne note.

118 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 10, p. 13.

119 Ph. Monfils, Proposition de loi du 20 juillet 1999 relative à la demande d'interruption de vie, précitée, art. 6, p. 7 ; F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, art. 6, p. 17 ; Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, art. 6, p. 8 ; C. Nyssens et consorts,

1.3.2 Les propositions communes de la majorité gouvernementale

Le 20 décembre 1999, six sénateurs des partis qui forment la majorité gouvernementale – Philippe Mahoux (PS), Jeannine Leduc (VLD), Philippe Monfils (PRL), Myriam Vanlerberghe (SP), Marie Nagy (Écolo) et Jacinta De Roeck (Agalev) – déposent conjointement trois propositions de loi :

1. une proposition de loi « relative à l'euthanasie »[120] ;
2. une proposition de loi « visant à créer une commission fédérale d'évaluation de l'application de la loi du ... relative à l'euthanasie »[121] ;
3. une proposition de loi « relative aux soins palliatifs »[122].

Les six sénateurs sont, à une exception près (Agalev), les six chefs des groupes au Sénat.

1.3.2.1 La proposition relative à l'euthanasie

L'intention affichée par ses auteurs dans le préambule de la proposition est de « faciliter le débat »[123] par le biais d'un texte commun ; l'impression que certains élus de l'opposition en ont est par contre celle d'une volonté de « cadenasser » le débat et de procéder plus rapidement vers l'adoption[124].

Sans aucun doute, un des effets de la proposition commune est d'estomper les

---

Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, art. 4, p. 21 ; J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 6, p. 10 ; H. Vandenberghe et consorts, Proposition de loi du 17 novembre 1999 visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort, précitée, art. 7, p. 27.

120 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée.

121 J. De Roeck, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy, Ph. Mahoux et J. Leduc, Proposition de loi du 20 décembre 1999 visant à créer une commission fédérale d'évaluation de l'application de la loi du ... relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 2-245/1, 1999-2000.

122 M. Vanlerberghe, M. Nagy, J. De Roeck, J. Leduc, Ph. Mahoux et Ph. Monfils, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative aux soins palliatifs, *Doc.*, Sén., n° 2-246/1, 1999-2000.

123 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, préambule, p. 2.

124 *Cf.* entre autres H. Dorzée et J. Claeys, « Dépénaliser l'euthanasie : la majorité passe à l'acte », *Le Soir*, 23 décembre 1999, p. 1.

différences de positionnement entre les partis de la majorité, afin de marcher unis vers un consensus (au moins majoritaire); ceci illustre la volonté d'arriver à un texte commun avant la fin de la législature et les élections. Voyons comment le texte résout ces différences.

La proposition de loi « relative à l'euthanasie » est présentée comme la synthèse des quatre propositions de loi déposées précédemment respectivement par : Philippe Mahoux et Myriam Vanlerberghe[125], Philippe Monfils[126], Frans Lozie et Jacinta De Roeck[127], et Jeannine Leduc et consorts[128], que nous avons présentées dans le paragraphe qui précède.

La proposition commune prend comme point de départ, et donc comme motivation, un constat : « des euthanasies sont pratiquées quotidiennement dans notre pays »[129], malgré l'interdit pénal. Le recours jurisprudentiel à la notion de l'« état de nécessité » crée une insécurité juridique, des pratiques clandestines et l'impossibilité d'un dialogue approfondi entre le patient et son médecin[130]. Les auteurs constatent donc une « rupture entre la loi pénale et le réel qui entame l'autorité de la loi »[131]. Ceci appelle, à leurs yeux, une intervention du législateur. Il s'agit ici d'une série de considérations représentant la synthèse des motivations de toutes les propositions de loi précédemment posées sur la table (y inclus celles de l'opposition)[132]. On remarque donc ici l'ambition affichée d'avoir une approche inclusive lors de la rédaction du texte commun.

La proposition commune a comme objectifs le respect de l'autonomie individuelle, la protection du patient vis-à-vis de l'intervention du médecin, la sécurité juridique du

---

125 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée.

126 Ph. Monfils, Proposition de loi du 20 juillet 1999 relative à la demande d'interruption de vie, précitée.

127 F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée.

128 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée.

129 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée.

130 *Ibid.*

131 *Ibid.*

132 Fait exception celle d'Agalev, puisque cette dernière ne mentionnait pas explicitement de motivation d'ordre juridique ou social au profit de motivations de caractère plutôt médical.

médecin et l'évaluation des pratiques, grâce à une meilleure appréhension de la situation.[133] Là aussi, on reprend plusieurs buts indiqués séparément par les différentes propositions (on exclut seulement le maintien de l'interdit pénal, qui était mentionnée dans le texte PSC[134]), mais on les exprime de manière plus claire, plus conséquente par rapport aux motivations et avec une vue d'ensemble (et non pas sectorielle). La proposition commune est donc mieux rédigée et se veut davantage inclusive aussi de ce point de vue.

Quant au champ d'application, le texte de la majorité s'applique à la fois à l'euthanasie de la personne consciente[135] et – exclusivement par le biais de la déclaration de volonté[136] – de la personne inconsciente, comme les propositions PS/SP[137], Agalev[138] et VLD[139] l'avaient prévu mais contrairement au texte PRL (ainsi que PSC et CVP). Il s'agit ici d'un point de grande importance, où le PRL cède une position par rapport à son point de départ ; rappelons que la proposition Monfils expliquait que « les recommandations que [le patient] émet sur les modalités de sa propre mort » par le biais d'une déclaration anticipée ne sont fondées que « sur des considérations purement abstraites et ne peuvent être considérées comme l'expression d'une volonté concrète en réponse à une situation vécue »[140].

Si nous en venons à la technique législative, la proposition commune suggère d'intervenir dans le Code pénal par le biais de l'insertion d'un article 417*bis* [141]

---

133 *Ibid.*, p. 2-3.

134 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée, préambule, point II (2), p. 7-9.

135 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 3, p. 8.

136 *Ibid.*, art. 4, p. 9.

137 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, art. 4, p. 7-8.

138 F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, art. 5, p. 16.

139 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 4, p. 9-10.

140 Ph. Monfils, Proposition de loi du 20 juillet 1999 relative à la demande d'interruption de vie, précitée, préambule, p. 4.

141 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 8, p. 11.

décriminalisant sous certaines conditions l'euthanasie. Il est inséré dans le livre II, titre VIII, chapitre Ier , section 4, du Code pénal, un article 417*bis* , rédigé comme suit : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque les faits visés aux articles 393 à 397 ont été commis par un médecin, et commandés par la nécessité de mettre fin à la souffrance ou à l'état de détresse, constant, insupportable, et inapaisable, d'un patient atteint d'une affection incurable, pour autant que le médecin ait respecté les conditions et procédures énoncées dans la loi du ... relative à l'euthanasie ». Pour cet aspect le texte entérine donc le choix déjà consensuel à l'intérieur de la majorité gouvernementale.

Pour ce qui est des conditions nécessaires pour demander l'intervention du médecin, la proposition commune opère une des synthèses les plus difficiles : elle élimine la condition pour le patient de se trouver en stade terminal, ce qui était par contre prévu dans deux propositions des partis de la majorité (PRL[142] et VLD[143]) et, pour le reste, elle reprend presque mot à mot la formulation de la proposition PS/SP tout en incluant ainsi les conditions de toutes les propositions précédentes : « souffrance ou (…) détresse constante et insupportable, qui ne peut être apaisée, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable »[144]. Il faut souligner que seul le colloque singulier patient-médecin est prévu comme obligatoire, tel qu'établi dans toutes les propositions de la majorité sauf celle du VLD[145].

Nous sommes face à un point de médiation capital : les conditions qui vont permettre l'intervention du médecin forment bien évidemment la moelle épinière de la proposition de loi et c'est bien ici que le véritable challenge se pose. La nature du colloque ou encore l'application de la loi en dehors du stade terminal sont deux aspects fondamentaux vers un accord au sein de la majorité.

---

142 Ph. Monfils, Proposition de loi du 29 juin 1995 relative à la demande d'interruption de vie, précitée, art. 2, p. 6.

143 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, *précitée*, art. 4 § 2, p. 9.

144 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 3, p. 8.

145 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 10(7), p. 12.

Comme toutes les propositions, celle de la majorité laisse aussi la liberté de conscience au médecin[146].

Quant à la philosophie sous-tendue par le texte de la majorité, ce sont l'autonomie individuelle et la protection du patient[147], les principes phares de la proposition. Le premier principe est repris des propositions PS/SP[148], PRL[149] et Agalev[150], le second reprend partiellement plutôt les principes des propositions de l'opposition – tout en modulant la formulation (protection du patient et non pas de la vie humaine ou des plus vulnérables). Par contre, le principe de la dignité humaine n'est pas repris, alors qu'il était présent dans la proposition VLD[151] (et dans les propositions de l'opposition).

1.3.2.2 La proposition relative à une commission fédérale d'évaluation

La proposition de loi « visant à créer une commission fédérale d'évaluation de l'application de la loi du ... relative à l'euthanasie » est – comme l'indique son titre – la conséquence directe de la proposition de loi précédente, puisqu'elle vise à l'évaluer de manière « adéquate et permanente »[152]. L'idée à la base de la création d'une commission fédérale d'évaluation est de rassembler le plus d'informations possibles (que ce soit de la part du médecin qui effectue une euthanasie ou bien suite aux demandes de la commission-même aux institutions publiques et privées concernées) pour ensuite rédiger tous les deux ans un rapport statistique et un rapport sur l'application de la loi. La commission pourra aussi formuler des recommandations concernant de possibles adaptations de la loi qui apparaitraient nécessaires.

---

146 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 6, p. 10.

147 *Ibid.*, préambule, p. 2.

148 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée, préambule, p. 5.

149 Ph. Monfils, Proposition de loi du 29 juin 1995 relative à la demande d'interruption de vie, précitée, préambule, p. 2.

150 F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée, art. 3, p. 14.

151 J. Leduc et consorts, Proposition de loi du 12 octobre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, préambule, p. 3.

152 J. De Roeck, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy, Ph. Mahoux et J. Leduc, Proposition de loi du 20 décembre 1999 visant à créer une commission fédérale d'évaluation de l'application de la loi du ... relative à l'euthanasie, précitée, préambule, p. 1.

L'idée-même de la création d'une commission fédérale d'évaluation vient de la proposition de loi VLD, seule – nous venons de le voir – qui prévoyait expressément la création d'un organe spécial de contrôle. De ce point de vue, la majorité fait sienne cette suggestion, tout en affaiblissant les pouvoirs dont la commission serait dotée : initialement prévue comme organe de vérification de chaque déclaration (pouvant transmettre un dossier au procureur du Roi en cas de doutes concernant la bonne application de la loi) et comme « zone tampon » entre le monde médical et le monde judiciaire, la commission finit par avoir – dans la formulation de la proposition de la majorité – un rôle de collecte statistique et d'évaluation globale sans entrer dans le fonds des cas individuels. Le véritable pouvoir de contrôle reste donc dans les mains du procureur du Roi, auquel une déclaration de décès est transmise systématiquement[153].

1.3.2.3 La proposition relative aux soins palliatifs

La proposition de loi « relative aux soins palliatifs » constitue la réponse au besoin unanimement reconnu de développer ces soins. Une réponse qui se veut complémentaire et non pas alternative à la possibilité de demander une euthanasie, comme expliqué clairement dans le préambule de la proposition : « Afin que le respect de la volonté du patient et son droit de s'éteindre dans la dignité soient garantis, il faut, d'une part, créer un cadre légal en ce qui concerne l'euthanasie et, d'autre part, garantir une offre de soins palliatifs performants. La demande impliquant une intervention euthanasique continuera à être formulée, même en présence d'un système de soins palliatifs étendu et de qualité. À l'inverse, les acteurs du secteur des soins palliatifs refusent le rôle d'alternative à l'euthanasie qu'on leur prête souvent. Les soins palliatifs constituent aussi un droit du patient, conçu comme corollaire au droit qui leur est reconnu de refuser un traitement curatif et en particulier, la multiplication d'examens et tout acharnement thérapeutique ». Cette approche reprend celle de tous les partis de la majorité gouvernementale et s'oppose à celle des partis démocrates-chrétiens, qui, eux, considèrent plutôt les soins palliatifs comme « le préalable obligatoire à toute décision médicale liée à une situation de fin de

[153] Art. 5, Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée.

vie »[154].

Comme affirmé par ses auteurs, « cette proposition vise également à garantir que des circonstances d'ordre socio-économique, en particulier, une carence du système de soins palliatifs, ne puissent être la cause, même partielle, du fait d'accepter la poursuite d'une thérapie qui serait pénible et sans espoir ou du fait d'opter pour une demande d'euthanasie ». Ce point est aussi une réponse directe aux critiques venant des milieux sociaux-chrétiens.

Les points cardinaux de cette proposition sont : le droit de tout patient atteint d'une maladie incurable à pouvoir bénéficier de soins palliatifs, que ce soit à domicile, en maison de repos ou à l'hôpital ; le droit de tout patient d'obtenir une information correcte et complète concernant son état de santé ; l'établissement d'un plan fédéral relatif aux soins palliatifs.

On remarque aussi la référence faite dans le préambule à la législation similaire dont s'est dotée la France par la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

***

Bien que ces trois propositions fassent partie d'un même « paquet », nous concentrerons notre attention sur la première proposition (celle « relative à l'euthanasie ») et nous nous bornerons à prendre note des vicissitudes des autres propositions (sur les soins palliatifs et la commission fédérale)[155] seulement lorsque celles-ci auront un impact sur la première[156].

---

154 Préambule de la proposition de loi « visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et fixant le cadre de la pratique des soins palliatifs » déposée par Clotilde Nyssens et consorts le 22 décembre 1999, *Doc.*, Sén., n° 2-249/1, 1999-2000.

155 Ce sera notamment le cas lorsque le contenu de la proposition concernant la commission fédérale sera inséré à l'intérieur du texte de la proposition sur l'euthanasie par le biais d'amendements.

156 Ainsi, nous nous limitons à prendre note également du fait que deux jours après la présentation du paquet législatif de la majorité, le 22 décembre 1999, Clotilde Nyssens, René Thissen et Magdeleine Willame-Boonen (PSC) présentent une proposition de loi qui développe de manière plus importante et approfondie la matière des soins palliatifs, déjà mentionnée dans la proposition de loi PSC précédente

1.3.3 Le débat parlementaire en commissions réunies

Suite à la présentation des différents textes, en janvier 2000, le débat parlementaire reprend en commissions réunies Justice et Affaires sociales du Sénat autour des propositions de loi présentées par les chefs des groupes [157] de la majorité gouvernementale et notamment celle concernant l'euthanasie. Cette proposition a en effet l'ambition de rassembler le débat sur l'euthanasie autour d'un texte qui synthétiserait la volonté d'une vaste majorité des positions en présence et de faciliter ainsi la procédure législative en fournissant une base plus consensuelle.

Cette phase de débat nous livre une importante difficulté méthodologique : comme le débat se déroule à huis clos, seul un résumé des interventions est disponible, sans les noms des intervenants[158]. Ceci nous permet d'apercevoir les idées mais pas leurs promoteurs, les confrontations mais pas les positionnements des différents partis politiques. Nous imaginons les camps mais n'en avons pas la certitude. C'est pour cela que, pour la suite, nous nous appuierons essentiellement sur les textes déposés (non seulement les propositions mais aussi les amendements, qui portent au moins une signature). Cet examen complémentaire nous permettra de cerner les positions (et même les nuances) soutenues par les différents élus et par les groupes parlementaires.

1.3.3.1 Les propositions initiales

(Proposition de loi « visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et fixant le cadre de la pratique des soins palliatifs » déposée par Clotilde Nyssens et consorts le 22 décembre 1999, *Doc.*, Sén., n° 2-249/1, 1999-2000). Une proposition ayant les mêmes buts sera aussi déposée par plusieurs sénateurs du CVP le 6 avril 2000 (Proposition de loi « visant à instaurer le droit à l'accès aux soins palliatifs et à améliorer la pratique des soins palliatifs » déposée par Ingrid van Kessel et consorts le 6 avril 2000, *Doc.*, Sén., n° 2-402/1, 1999-2000).

157 Comme nous l'avons vu *supra* (§ 1.3.2), les six auteurs sont - à une exception près (Agalev) - les six chefs des groupes au Sénat.

158 Pour notre compréhension, font exception les cas où le nom de l'intervenant est déductible du texte de son intervention : lorsque par exemple un sénateur est seul signataire d'une proposition et revendique expressément le texte déposé, ou lorsqu'il y a d'autres références croisées. Dans ces cas limités, nous indiquerons le nom (ou le camp / parti) de l'intervenant, en renvoyant le lecteur à la page concernée du rapport du Sénat pour retrouver les bases de cette déduction.

Les commissions réunies à huis-clos entament d'abord la présentation des différentes propositions de loi sur l'euthanasie dont elles étaient initialement saisies (les six propositions que nous avons déjà examinées, plus une résolution sur les soins palliatifs présentée par les libéraux flamands[159]) et ensuite des nouvelles propositions de loi de la majorité gouvernementale[160]. L'exposé est fait par « l'un des auteurs de la proposition de loi », sans que son nom nous soit dévoilé dans le procès-verbal, et il reprend bien sûr les principaux éléments que nous avons déjà indiqués pour chaque texte. Nous nous limitons alors à ajouter ici les observations supplémentaires que chaque auteur juge utile d'apporter au débat : ceci nous aidera à mieux cerner les principes et les enjeux philosophiques et politiques sous-jacents aux textes.

L'orateur qui présente la proposition PS/SP[161] décrit l'acte euthanasique comme « l'ultime acte de soigner, peut-être le plus difficile à accomplir par le médecin »[162]. Bien que ce concept ne soit pas approfondi ici, il nous paraît capital car il montre que l'orateur considère l'acte euthanasique comme un acte de soin que le médecin se doit d'accomplir et non pas comme l'expression de l'abandon thérapeutique et du simple arrêt des soins de la part du médecin. Cette affirmation – se référant à la difficulté de l'acte – sous-entend – à nos yeux – aussi l'idée d'humanité et de solidarité mise en œuvre par le médecin, une solidarité qui aurait d'autant plus de valeur qu'elle est la « plus difficile à accomplir »[163].

Philippe Monfils (PRL), seul signataire de sa proposition, met l'accent sur le fait que la situation a changé dans le domaine de l'éthique grâce au consensus au sein de la nouvelle majorité gouvernementale[164], par opposition à la volonté de bloquer le débat de

159 Proposition de résolution « relative au développement d'un plan de soins palliatifs axés sur les besoins du patient » déposée par Iris Van Riet et consorts le 13 octobre 1999, *Doc.*, Sén., n° 2-106/1, 1999-2000.

160 *Cf. supra*, § 1.4.4.

161 Ph. Mahoux et M. Vanlerberghe, Proposition de loi du 14 juillet 1999 relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, précitée.

162 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précitée, p. 44.

163 L'idée que « la décision de fin de vie est un acte d'humanité, posé en dernier recours » sera répétée par Ph. Mahoux (un des deux auteurs de la proposition présentée ici) dans le préambule d'une proposition de loi en 2013 (Proposition de loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 5-1919/1, 2012-2013) que nous examinerons par la suite (*cf. infra* § 1.4.4).

164 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précitée, p. 48.

la majorité précédente[165]. Il se rallie ensuite à la position de ceux qui considèrent que, dans une société pluraliste, les conflits sont tranchés par l'autonomie de l'agent[166]. Il s'agit du positionnement classique de la philosophie libérale, celui de la neutralité de l'État face à des conceptions différentes et potentiellement conflictuelles : les institutions doivent être neutres, se limitant à instituer un cadre procédural visant à protéger les citoyens dans l'exercice de leurs droits et à les laisser sans entraves dans la poursuite des leurs intérêts et de leurs buts[167]. C'est donc dans l'établissement d'une structure de droits apte à protéger l'autonomie du citoyen que l'on voit la meilleure expression de l'égalité et de la liberté des citoyens par rapport à d'éventuelles ingérences de l'État ou de la Volonté majoritaire[168].

L'orateur de la proposition d'Agalev se limite à présenter les points principaux de son texte[169].

Jeannine Leduc, seule signataire de la proposition VLD, met l'accent sur l'hypocrisie de la situation actuelle : « chacun sait que cela arrive mais on en parle le moins possible »[170].

Du côté de PSC, l'orateur mentionne d'abord plusieurs notions éthiques telles la dignité, l'humanité, la fragilité et la faiblesse des personnes en fin de vie, et la dimension sociale du problème[171]. Il souligne que leur proposition de loi consacre un droit subjectif à des soins palliatifs continus de qualité[172] et affirme aussi qu'« il serait regrettable que la Belgique soit le premier pays » dans le monde à dépénaliser l'euthanasie[173] et que leur proposition établit une période probatoire de trois ans après laquelle les articles

---

165 *Cf. supra*, § 1.4.1.

166 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précitée, p. 50. Il se réfère notamment aux positions exprimées dans le rapport de la commission restreinte « Euthanasie », déjà cités au § 1.2.3.2 *supra*.

167 M. Gianni, *Les liens entre citoyenneté et démocratie sur la base du débat 'Libéraux-Communautariens'*, *op. cit.*, p. 63-4.

168 *Ibid.*, p. 64, citant Dworking.

169 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 54-57.

170 *Ibid.*, p. 58.

171 *Ibid.*, p. 65.

172 *Ibid.*, p. 67.

173 *Ibid.*, p. 65.

concernant l'euthanasie expirent, afin de considérer – après ce temps – s'il ne faut pas adapter la loi[174].

Finalement, l'orateur du CVP suit les grandes lignes de l'orateur précédent et, en outre, affirme que la vie humaine a une valeur autonome « qui n'est pas déterminée par un jugement autonome propre »[175] et que par contre l'autonomie de la personne peut être limitée en fonction du droit[176] : une position typiquement normativiste. Il termine son intervention par une considération d'intérêt : s'il donne la disponibilité claire de son groupe afin d'aboutir à un consensus, il soutient qu'il est « illégitime que, lors de la prise de décision, [le législateur] se prononce purement et simplement » en faveur d'une des conceptions sur la table. Il lui appartiendrait au contraire de « chercher à obtenir une adhésion maximale de la population »[177]. L'orateur confirme ici le point de vue déjà exprimé dans le texte de la proposition de loi de son parti et analysée *supra*[178].

1.3.3.2 La présentation de la proposition de la majorité

La parole est ensuite donnée à Philippe Mahoux[179] (PS) pour présenter la première des trois propositions de loi des sénateurs de la majorité gouvernementale, celle sur l'euthanasie. Après avoir affirmé que le malade est maître de sa décision[180], que les trois propositions de la majorité accordent la liberté de conscience à l'ensemble des intervenants[181] et qu'il est essentiel que la liberté de chaque individu de déterminer ce qu'est sa vie soit respectée[182], Philippe Mahoux explique les principes philosophiques sous-tendus par la proposition : la « volonté de résister et de se révolter par rapport à ce que certains considèrent comme la fatalité, et par rapport à des conditions qui seraient imposées à tous les individus, quelles que soient leurs convictions, au nom d'un impératif

174 *Ibid.*, p. 70.
175 *Ibid.*, p. 72.
176 *Ibid.*, p. 72.
177 *Ibid.*, p. 74.
178 *Cf. supra*, § 1.3.2.1.
179 Le procès-verbal résumant le huis clos mentionne « l'auteur principal de la proposition de loi » : M. Mahoux étant le premier signataire, nous présumons que la parole lui est donnée.
180 *Ibid.*, p. 79.
181 *Ibid.*, p. 79.
182 *Ibid.*, p. 80.

supérieur qu'ils ne partagent pas nécessairement ; [la] volonté de partager autant que faire se peut la souffrance et la détresse de ceux et celles qui se trouvent dans ce type de situations, même s'il est un endroit au-delà duquel on ne peut plus accompagner, c'est-à-dire la mort, qui nous renvoie à notre destin individuel ; jusqu'au dernier moment, [la] volonté à la fois de respecter la liberté et la responsabilité de tout un chacun, l'opinion des uns et autres de façon tout à fait pluraliste, et d'aider son semblable au maximum des possibilités dont on dispose »[183]. Cette position expliquée en trois temps attire particulièrement notre intérêt, car elle conjugue de manière originale à la fois des instances communautariennes et libérales, donnant ainsi naissance à une sorte de troisième voie qui nous interpelle. En effet, après avoir rejeté des éléments normativistes antilibéraux (l'« impératif supérieur »), on affirme pourtant un élément communautarien (le « partage ») et on termine par l'assertion d'éléments typiquement libéraux (la liberté « pluraliste »). M. Mahoux conclut en affirmant que les soins palliatifs et l'euthanasie doivent être accessibles à tous, « dans une société où la valeur que constitue l'égalité rejoint les principes de liberté et de solidarité »[184] : un renvoi aux idéaux ayant inspiré la révolution française[185].

1.3.3.3 Les auditions des experts

Parmi les sénateurs, fait son chemin l'idée d'organiser des auditions de nouveaux experts, ce qui permettrait d'approfondir les aspects les plus critiques et aussi de ne pas

---

183 *Ibid.*, p. 81.

184 *Ibid.*, p. 81.

185 À ce stade du débat parlementaire, dans l'espace public – du côté de la majorité gouvernementale - certains libéraux (notamment francophones) et écologistes mettent en avant leurs spécificités, surtout concernant l'étendu de la concertation préalable à la décision (différemment du colloque singulier) et la notion de fin de vie. Du côté de l'opposition, le PSC – par sa Présidente Joëlle Milquet - demande une consultation populaire sur les différentes alternatives législatives déposées au Sénat. Ceci nous semble faire écho à l'affirmation de l'orateur CVP sur la nécessité d'obtenir une « adhésion maximale de la population » (*cf. supra*). *Cf.* entre autres de M. Lamensch, « Euthanasie : des nuances dans la majorité arc-en-ciel », *Le Soir*, 12 janvier 2000, p. 1.
Du point de vue des clivages de société, l'affrontement laïques - non laïques entre assez fort dans le débat : c'est surtout du côté socialiste qu'on l'invoque (*cf.* entre autres D. Ghesquiere, « Herman Van Rompuy n'avale pas les propos du président du PS sur les chrétiens 'Fiat 500 toi-même, Elio!..' », *Le Soir*, 29 janvier 2000, p. 4), alors que du côté des partis chrétiens on nie que ce soit là l'origine des différents points de vue (*cf.* entre autres M. Lamensch et D. Vanoverbeke, « Projet de dépénalisation de l'euthanasie Les partis sociaux-chrétiens invités pour élargir le consensus », *Le Soir*, 20 janvier 2000, p. 17).

s'empresser vers un vote. Entre suggestion d'un large débat public et peur du « show médiatique », après un long échange de vues, les commissions réunies se rallient à cette proposition, estimant utile la consultation de représentants des divers domaines concernés[186]. Elles établissent alors une liste de quarante personnes (sur la centaine de noms proposés) de formations et d'horizons divers, équilibrée du point de vue linguistique/communautaire[187]. Pour ce qui est de la profession des experts choisis, les médecins constituent une écrasante majorité relative (quinze au total), suivis par les professeurs universitaires (huit, dont trois en médecine, deux en éthique, un en droit et un en philosophie), les infirmiers et les associations (à raison de quatre pour chaque catégorie), les directeurs des centres de soins, les juges et les pharmaciens (deux pour chaque catégorie). Complètent la liste un psychologue, un avocat et un patient. Ce dernier mérite d'être signalé avec une attention particulière car, malade de sclérose en plaques, il sera ensuite le premier en Belgique à profiter de la nouvelle loi à peine une semaine après son entrée en vigueur, le 30 septembre 2002[188].

En principe, les auditions des éthiciens, des juristes et des représentants des associations sont prévues comme publiques, alors que les auditions des praticiens de terrain doivent avoir lieu à huis clos (dans les deux cas, sauf demande contraire de leur part)[189]. En réalité, seule une minorité parmi eux (six) demandera le huis clos, dont un seul (une infirmière) pour la totalité de l'audition et les autres pour une partie de celle-ci : la grande majorité des experts choisira d'être auditionnée en public.

Á raison d'un jour par semaine et d'un temps variable par personne entendue, les commissions réunies consacrent vingt-et-une réunions aux auditions, qui se tiennent du 15 février au 9 mai 2000.

---

186 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 243.

187 La liste compte en réalité 21 personnalités francophones (dont une représentant aussi, au même temps, la communauté germanophone) et 19 néerlandophones, ce léger déséquilibre pourrait être dû à l'enlèvement de la liste d'une association néerlandophone fait à la dernière minute (*cf. infra* le cas de l'association « Alert »). C'est en tout cas ce que nous en déduisons, vu le manque d'indications claires sur ce point.

188 Il s'agit de Mario Verstraete, qui sera euthanasié à 40 ans suite à 7 ans de maladie. Son histoire d'engagement civique en faveur du droit à l'euthanasie fera l'objet d'un film en 2012 (« A tout jamais »).

189 Il est intéressant de remarquer encore une fois que, au contraire, les débats en commissions réunies ont lieu systématiquement à huis clos dans ce dossier.

Les experts font d'abord des exposés, plus ou moins longs, et acceptent ensuite les nombreuses questions des élus[190]. Les questions concernent le vaste domaine couvert par toutes les propositions de loi sur la table, donc aussi bien l'euthanasie que les soins palliatifs, la déclaration anticipée ou la définition de la phase terminale et l'éventuelle nécessité de traiter différemment les patients se trouvant (ou non) dans cette phase[191].

L'effort est fait, notamment du côté des experts (mais souvent aussi des élus lorsqu'ils leur posent des questions), de rester sur un plan scientifique et technique, ou alors sur le plan humain du vécu personnel[192], sans trop entrer dans la polémique partisane. Dans ce sens, le débat avec les experts se différencie beaucoup du débat entre parlementaires. Certains experts auditionnés rentrent de manière directe dans le débat politique et commentent dans les détails les propositions de loi, voire suggèrent des alternatives, mais il s'agit d'exceptions.

Dans un cas spécifique, le « petit jeu » de la politique l'emporte sur le sérieux des auditions : le représentant de l'association « Alert » ne sera au final pas auditionné car on découvre que cette association avait été créée peu de jours avant les auditions (probablement donc exprès à cette fin), qu'elle n'avait pas encore déposé de statut, qu'elle disposait pourtant de sources financières importantes et qu'elle les avaient utilisées pour publier une brochure qui mettait en parallèle la proposition de loi de la majorité et les politiques de l'Allemagne nazie[193]. Suffisamment de raisons pour la majorité du bureau des commissions réunies pour annuler l'invitation de cette association, proposée par le CVP[194].

---

190 Selon le résumé qu'en fait un élu – probablement Ph. Monfils – on comptera 400 interventions des parlementaires présents en commission lors des auditions (Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la justice et des affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet du 9 juillet 2001, précitée, p. 277).

191 C'est en tout cas ce que nous déduisons des réactions et commentaires que certains élus font pendant les auditions, notamment les membres francophones écologistes et libéraux.

192 Lorsque les experts se penchent sur leur vécu personnel, nous observons que les récits sont souvent émotionnels, les opinions parfois confuses, les positionnements pas toujours cohérents (c'est en tout cas notre impression).

193 *Cf.* F. Soumois, « Que représente réellement l'association "Alert" ? », *Le Soir*, 24 février 2000, p. 1, 16.

194 Un gentlemen's agreement voulait qu'on ne communique pas publiquement quel parti avait suggéré d'inviter les différents experts, mais ce pacte du silence est brisé lors de cet incident et la

Il serait impossible ne fut-ce que d'essayer de résumer ici le contenu des auditions : 1.008 pages de procès-verbaux reportent fidèlement les échanges (à l'exception du huis clos, naturellement, qui n'est même pas résumé). Nous nous sommes bornés à souligner des aspects qui ont attiré notre attention. Globalement, à nos yeux, cet exercice a le mérite important de consolider les connaissances du législateur afin de mieux traiter d'une question délicate et de questionner les élus sur des points auxquels ils n'auraient peut-être pas songé. Même si les experts auditionnés ont aussi des positionnements politiques et philosophiques et qu'ils les expriment, le véritable échange de vues sur les différentes perspectives législatives et – par conséquent – l'affrontement entre positions politiques divergentes sera plutôt au centre de la phase suivante : le débat parlementaire véritable[195]. C'est sur cette phase que nous allons maintenant nous concentrer.

1.3.3.4 La parole aux sénateurs : le débat général

Suite aux auditions, de mai à octobre 2000, se tient le débat général entre les sénateurs des commissions réunies Justice et Affaires sociales.

Comme nous l'avons dit plus haut, il a lieu à huis clos, ce qui signifie que nous avons un résumé (assez détaillé, même) de chaque intervention, mais normalement le nom de l'orateur n'est ni indiqué ni déductible – sauf rares exceptions[196]. Ceci implique que le débat général nous offre un aperçu important et vaste des arguments sur la table, sans toutefois nous permettre de nuancer les positionnements des partis ou des élus individuellement pris.

C'est pour cette raison donc que nous allons examiner le contenu des interventions et les résumer par thème, suivant une grille d'analyse. Le travail d'attribution des

« paternité » sort dans la presse : *cf.* « L'association ultra n'était pas coprésentée par le PSC. « Alert » avait la caution du seul CVP » de Fréderic Soumois, *Le Soir*, 25 février 2000, p. 18.

[195] C'est la raison pour laquelle, ne souhaitant pas rentrer dans les détails médicaux ou autrement technique de la fin de vie, nous ne résumerons pas le contenu des auditions et nous nous concentrerons par contre sur le débat politique qui les suit (et les mentionne).

[196] *Cf. supra*, § 1.3.4. Bien évidemment, là où on peut comprendre le nom de l'orateur ou son parti, on n'hésite pas à l'indiquer.

positionnements aux partis et aux élus sera fait à une phase ultérieure, notamment celle de l'analyse des amendements déposés et du débat en plénière.

1.3.3.4.1 Quelles valeurs et quelle organisation sociale

Nous entamons notre analyse du débat par les valeurs, car ces dernières se trouvent à la base de toute construction argumentative qui suivra. La discussion sur les valeurs donne par ailleurs une certaine hauteur au débat et permet la confrontation idéale entre grands principes philosophiques. Il nous permet ainsi de mieux identifier les clivages et les enjeux, de comprendre les visions de la société, du rôle de l'État et des pouvoirs publics dans notre thématique.

Nous nous penchons alors sur ces valeurs qui dominent le débat : (a) l'autonomie et la liberté individuelle, (b) la solidarité et l'humanité, (c) le pluralisme et la démocratie.

A. Autonomie et liberté individuelle

L'autonomie individuelle est, sans aucun doute, « la » valeur de référence pour la législation en question. Du moins du côté des élus de la majorité gouvernementale et plus en général du camp laïque, elle est citée comme base de départ de toute réflexion concernant la fin de vie et comme « option prioritaire » sur le plan philosophique[197]. Le libéral Philippe Monfils déclare en effet que « le mot-clé de ce débat lui paraît être celui de liberté. C'est cet enjeu-là, et aucun autre, qu'est à la base du débat sur l'euthanasie. On a eu beau multiplier et diversifier les sources d'information, recueillir les avis d'éthiciens et de juristes, d'intensivistes et d'urgentistes, de palliativistes, d'infirmiers et d'autres spécialistes, il reste que c'est la liberté de l'être humain qui est au centre de la réflexion »[198]. D'autres intervenants rappellent que « le respect de la liberté et de la volonté individuelle constitue la base de la proposition de loi, qui vise précisément à la désaliénation »[199] et

197 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 112.
198 *Ibid.*, p. 272.
199 *Ibid.*, p. 139.

que « c'est bien la notion de "libre arbitre" et de "libre détermination" qui constitue le point de divergence essentiel entre les thèses qui s'expriment en matière d'euthanasie »[200].

Certains membres mettent l'accent sur une sorte de liberté « bidirectionnelle » que la loi établirait : d'un côté, la liberté de demander (pour le patient) et, de l'autre côté, la liberté d'y donner suite (pour le médecin). Comme le dit très simplement un sénateur, « le législateur doit parvenir à créer le cadre légal dans lequel on puisse inscrire l'euthanasie, dans lequel le patient pourrait évaluer ce qu'il peut demander et dans lequel le médecin pourrait évaluer ce qu'il peut faire »[201]. Un autre intervenant préfère s'attarder sur les éléments nouveaux de liberté pour le patient et pour le médecin qui émergent dans la proposition de loi de la majorité en regard des normes existantes : « En ce qui concerne le patient, c'est dans la situation actuelle qu'on lui fait parfois violence, et non dans le système proposé par la proposition, puisque, selon celle-ci, le patient a le droit d'exprimer une demande, avec l'espoir d'obtenir une réponse, dans un cadre juridique tel que cette réponse est, elle aussi, une réponse libre. En effet, le médecin auquel il s'adresse dispose d'une totale liberté de conscience : il est libre de répondre positivement ou négativement à la demande, d'entendre ou de ne pas entendre celle-ci, même si l'on peut souhaiter qu'il l'entende jusqu'au bout et de manière complète, y compris en la décodant »[202].

D'autres interventions approfondissent ensuite un aspect fort intéressant à nos yeux : l'opposition entre l'idée de liberté et l'idée d'obligation, de contrainte. « Si l'euthanasie ne peut être imposée, elle doit être permise »[203]. La proposition de loi de la majorité rendrait chacun libre de choisir ce qu'il préfère et n'obligerait jamais quiconque à choisir quoi que ce soit : « L'intervenant insiste une fois encore sur le fait que le système envisagé repose sur la volonté des personnes, et que nul n'est obligé ni de demander l'euthanasie, ni de répondre à une telle demande »[204]. Ou, comme le dit de manière plus prophétique un sénateur socialiste : « Nul ne sera ainsi poussé à commettre ou subir un acte qui serait contraire à sa conscience. Mais également, grâce à la loi libératrice, nul

200 *Ibid.*, p. 111.
201 *Ibid.*, p. 440.
202 *Ibid.*, p. 219.
203 *Ibid.*, p. 215.
204 *Ibid.*, p. 107.

n'aura plus le pouvoir d'imposer à tous les autres ses conceptions dogmatiques »[205]. En conclusion, les élus de la majorité réaffirment qu' « il s'agit de légiférer, non pas pour obliger ni pour interdire, mais pour permettre »[206] et que « le débat porte constamment sur un droit à l'euthanasie et non sur une obligation. D'aucuns donnent à tort l'impression que la proposition de loi des partis de la majorité contient une obligation d'euthanasie. Rien n'est pourtant moins vrai »[207]. Du point de vue philosophique, nous sommes ici dans une approche pleinement libérale.

D'autres interventions prennent en considération des argumentations de type communautarien tout en les rejetant et en conservant une position en faveur de la reconnaissance de l'autonomie. Ainsi, Philippe Monfils (PRL) résume et simplifie l'opposition entre autonomie et corps social : « Il est apparu très vite que les commissions étaient partagées entre deux tendances que séparait et que sépare toujours un certain fossé :

– d'un côté, l'autonomie de la personne et le sentiment de sa propre dignité, qui doivent conduire à respecter le choix fait librement par un patient de ne pas prolonger son existence en cas de maladie incurable causant des souffrances ou des détresses que lui seul est capable de juger comme insupportables ;

– de l'autre, l'autonomie de la personne qui n'est pas absolue et doit s'exercer dans le cadre d'un corps social qui influe nécessairement sur le comportement individuel et limite la personne dans son autonomie, nul n'ayant un droit complet sur son existence.

Cette opposition s'est traduite dans les propositions déposées : dépénalisation v. état de nécessité, caractère subsidiaire de l'euthanasie v. écoute du patient, ... »[208].

Concernant les aspects relationnels, plusieurs positions se confrontent. Ainsi certains placent l'autonomie au premier plan aussi dans le choix de ses propres relations : « Il a été question, dans le cadre du présent débat, de liberté, d'autonomie, de l'individu. Il a été dit que l'homme n'était constitué que par relation avec les autres, et n'avait pas une liberté totale à cet égard. Or, si l'on constitue sa personnalité en fonction des relations réciproques que l'on tisse avec les autres, la liberté de l'homme est de définir, y compris

205 *Ibid.*, p. 120.
206 Ph. Monfils, *ibid.*, p. 285.
207 *Ibid.*, p. 289.
208 *Ibid.*, p. 278.

de manière variable dans le temps, le champ qui détermine ce qu'il est, jusques et y compris, de considérer, à un moment ou l'autre de son existence, que ce champ se résume à sa propre personne »[209].

D'autres interventions affirment l'« insuffisance » de l'autodétermination, car « ce concept est trop restreint pour saisir la complexité des problèmes relatifs à la fin de la vie et élaborer une réglementation légale »[210]. Ils demandent alors l'implication de l'entourage du patient, car « tout comme on ne vit pas seul, on ne meurt pas seul. Une approche positive de la mort consiste dès lors à impliquer l'entourage, la famille, les infirmiers... dans la dernière phase de la vie »[211].

Certains soulignent ensuite la fonction sociale du médecin : « L'intervention du médecin à l'égard du patient ne peut être conçue comme une liberté individuelle qui en rencontre une autre. Il ne s'agit pas de relations privées, mais d'une relation où le médecin remplit une fonction sociale. Dans ce rôle, il n'est pas seul : il appartient à une profession, est encadré par une déontologie »[212].

B. Solidarité et humanité

Certaines valeurs et principes de type communautarien peuvent représenter un formidable argument à la fois en faveur ou contre l'euthanasie. Nous mentionnerons les interventions des deux camps, mais nous commencerons par celles qui sont favorables au droit à l'euthanasie, au nom des principes de solidarité et d'humanité : non seulement parce que leur nombre dépasse largement celui des interventions contraires, mais aussi parce que le choix de motiver le droit à l'euthanasie par le principe de solidarité nous interpelle particulièrement de par son originalité. On sort en fait du binôme « droits

209 *Ibid.*, p. 218.
210 *Ibid.*, p. 161.
211 *Ibid.*, p. 145. Le même constat est affirmé aussi plus loin : « En ce qui concerne le concept de liberté et d'autonomie, l'intervenante souligne qu'en fin de vie, il devient assez abstrait. Ce concept ne peut être raisonné qu'en dépendance par rapport aux autres ; il doit être conçu de façon globale, et non du seul point de vue de l'individu ». *Ibid.*, p. 200.
212 *Ibid.*, p. 200.

individuels / choix du corps social » et on entre dans le domaine de la solidarité sociale envers un choix individuel.

Certaines interventions mentionnent l'importance d'une réponse humaniste : « La question majeure aujourd'hui est de pouvoir donner une réponse humaniste, allant dans le sens de la dignité des personnes, et qui, avant tout, préserve la vie dans des conditions de qualité acceptables »[213]. Elles mettent également l'accent sur la nécessité de bâtir une société plus humaine (« il faut tendre vers une société plus humaine, suffisamment attentive à l'homme souffrant. Lorsque celui-ci souhaite être délivré de ses souffrances, on doit pouvoir accéder à sa demande »[214]).

Beaucoup d'intervenants définissent l'euthanasie elle-même comme un geste humaniste ou de compassion : nous touchons ici à un point capital. Il s'agit en effet de mettre en exergue les argumentations qui se basent sur une philosophie communautarienne (en non pas sur l'autonomie personnelle) pour soutenir le droit à l'euthanasie. Les traits de ce positionnement sont explicités par une première intervention : l'euthanasie « paraît être fondamentalement un acte d'interdépendance, un acte social, un geste d'humanisme et de compassion, qui ne se pose pas en termes d'autonomie mais de relations humaines »[215]. L'idée de l'acte de compassion et d'humanité est ensuite reprise par plusieurs sénateurs : « L'euthanasie (la mort douce) est un acte de compassion. (...) Elle est une aide pour ceux qui souffrent trop, pour lesquels il n'y a plus de solution et qui veulent être délivrés en beauté. (...) La société doit se préoccuper de ceux qui demandent que l'euthanasie soit possible, par compassion et par respect »[216]. Ou encore : « Pourquoi la proposition en discussion est-elle qualifiée de "dure" alors qu'elle témoigne de compassion / de miséricorde en prévoyant la possibilité de délivrer de son mal, à sa demande, le patient qui éprouve une douleur insupportable et qui se trouve dans une situation sans issue d'après les normes médicales en vigueur ? »[217].

---

213 *Ibid.*, p. 101-2.
214 *Ibid.*, p. 246.
215 *Ibid.*, p. 141.
216 *Ibid.*, p. 204. Un autre intervenant se réfère à l'euthanasie comme « un acte noble, (...) d'humanité et de courage ». *Ibid.*, p. 221.
217 *Ibid.*, p. 440.

Un élu synthétise ainsi sa position : « Cet acte d'humanité justifié, témoignage d'une véritable solidarité, nécessite, dans la mesure du possible, une protection légale du patient, de la famille et du médecin exécutant »[218]. Un autre élu conclut que « c'est aussi dans cet "art de soigner", avec les garanties suffisantes pour les soignants et avec le respect et l'écoute auxquels a droit le patient, que devraient pouvoir trouver place l'accompagnement de fin de vie et les différentes formes de mort dans la dignité qui correspondent le mieux possible aux options de vie et de mort du patient dans un cadre adéquat de précaution juridique, de compétence, de minutie et d'éthique de discussion, de responsabilité et de solidarité »[219].

Une seule intervention s'oppose à l'euthanasie en s'appuyant sur la solidarité : « Existe-t-il des libres penseurs capables d'expliquer comment conserver le sens de la vie en société si le sens de la vie même est mis en doute politiquement ? Que vaudront encore la tendresse, le respect, l'esprit de communauté et la solidarité si l'on peut tout aussi bien mettre fin à l'existence pénible et solitaire ? »[220]. Tandis qu'un autre sénateur rappelle et cite l'audition de Mme Baum, qui se réfère à son tour à la sociologue A. Hocquard : « Comment comprendre qu'un individu en appelle à la solidarité sociale – et c'est là qu'elle met le paradoxe – pour échapper au social et à ses solidarités ? Y-a-t-il aujourd'hui une émergence d'une citoyenneté létale, l'existence d'un courant suicidogène ? »[221].

C. Pluralisme et démocratie

Beaucoup d'interventions se réfèrent au pluralisme et aux mesures législatives à prendre dans une société pluraliste. Il s'agit d'une valeur ayant une importance capitale au sein de notre travail, car elle nous montre le chemin vers un aménagement de positions différentes, voire opposées : ce qui est bien le cas dans la matière de notre étude.

Mais qu'est-ce que c'est que le pluralisme et une société pluraliste pour les sénateurs ? « Il ne s'agirait plus de déterminer quelle option philosophique ou quelle

218 *Ibid.*, p. 446.
219 *Ibid.*, p. 417.
220 *Ibid.*, p. 137-8.
221 *Ibid.*, p. 380.

"certitude" doit l'emporter, mais de faire en sorte qu'une pluralité d'options fondamentales puissent coexister, donc sans vouloir les imposer les uns aux autres, dans le respect des règles démocratiques et des Droits Humains de liberté et de solidarité »[222], car « dans une société qui se veut pluraliste, c'est le droit de chacun qui doit pouvoir être respecté »[223]. Une société pluraliste suppose « une multiplicité de conceptions philosophiques (et donc des visions différentes de la réalité) et une multiplicité de conceptions morales (et donc des conceptions différentes à propos du bien et du mal). Si nous voulons définir des normes, nous devons engager un dialogue, ce qui nécessite la mise en place de mécanismes de prise de décisions et l'acceptation du principe selon lequel les vérités des autres sont aussi valables à leurs yeux que les nôtres le sont à nos yeux à nous »[224]. Parce que « le pluralisme est fondé sur la tolérance. (...) Celui qui choisit une orientation déterminée a conscience des nombreuses orientations qu'il n'a pas choisies. (...) La possible liberté de l'ensemble de la population prime la conviction religieuse d'une partie de cette population[225] ». Finalement, une intervention fixe un point important : « Le droit ne remplace pas la morale. Le droit ne dit pas ce qu'il faut entendre par bien vivre ou mourir dignement. Le droit doit toutefois assurer la sauvegarde d'un espace dans lequel chacun puisse agir en toute autonomie, moyennant le respect de lui-même, dans certaines limites à justifier »[226].

Même si la démocratie (nous venons de le voir) est déjà en toile de fond de plusieurs interventions concernant le pluralisme, d'autres interventions s'y réfèrent directement. Encore une fois, les visions sont divergentes. Ainsi, certains élaborent sur l'importance des procédures démocratiques : « Il s'agirait non pas de s'interroger sur la bonne option philosophique sur la façon de vivre sa mort, mais sur la procédure démocratique qui assure une place à chaque option, qui respecte cette option et qui ne

222 *Ibid.*, p. 211. Dans le même sens une autre intervention : « les problèmes éthiques, y compris les problèmes politiques, relèvent d'idéologies, c'est-à-dire de conceptions différentes que l'on peut avoir de la société, et qui font le pluralisme » *Ibid.*, p. 247.

223 *Ibid.*, p. 219.

224 *Ibid.*, p. 439.

225 *Ibid.*, p. 441-2.

226 *Ibid.*, p. 440. Ceci nous rappelle le discours de Ph. Monfils prononcé plus tôt, *cf. supra*, § 1.4.6.

contredise pas le fonctionnement démocratique et les droits de l'homme qui en résultent »[227].

Un intervenant renvoie à l'œuvre de Claude Lefort et articule ainsi son opinion : « la règle démocratique est (...) qu'il y ait une place respectée pour chacune des options philosophiques[228]. (...) Nos démocraties tendent à s'identifier à un espace régi par des règles de rapports et de coexistence et le lien symbolique et social se refait plus à travers la participation au processus démocratique et la reconnaissance implicite de la légitimité des règles souvent procédurales qui président à son déroulement. (...) Le lien social se fait par le respect des procédures de coexistence pacifique et de débats pluralistes et libres. Dans ce processus démocratique, il y a un encouragement à l'élaboration des options de vie de chacun et par chacun et une mobilisation de moyens publics pour aider solidairement en ce sens »[229].

D'autres intervenants interprètent la démocratie plutôt comme la volonté de la majorité : « Si la société accepte l'euthanasie dans sa grande majorité, le législateur a le devoir de traduire ce choix dans la loi et de fixer les conditions dans lesquelles la société est prête à accepter cette pratique »[230]. Voici un argument dans la ligne du communautarisme déjà utilisé contre la liberté des choix euthanasiques, cette fois au contraire utilisé au service de cette cause.

Ces réflexions sont très importantes aussi pour comprendre la vision du rôle de l'État et des pouvoirs publics propre à chaque camp. Il s'agit en fait du revers de la médaille par rapport à la liberté individuelle de choisir et à l'autonomie : comment et jusqu'à quel point l'État a-t-il le droit de s'immiscer dans la vie du citoyen sur les questions liées à la fin de sa vie? « Un débat sur l'euthanasie porte par essence sur le contenu de notre État de droit et sur la question de savoir comment garantir et maintenir la protection juridique de chacun »[231].

---

227 *Ibid.*, p. 112.
228 *Ibid.*, p. 113.
229 *Ibid.*, p. 211.
230 Sénateur socialiste qui parle à titre personnel, *ibid.*, p. 118.
231 *Ibid.*, p. 130.

Plusieurs sénateurs expriment des positions plus ou moins radicalement contraires à une intervention de l'État et du corps social dans ce domaine. « Si nous ne disposons pas de notre vie comme nous l'entendons, c'est parce que nous sommes des êtres sociaux. Parce qu'elle a investi en nous, la société a sur nous certains droits mais ils sont limités. Nul ne peut être contraint à demeurer en vie jusqu'à l'extrême limite. La vie est précieuse sans être toutefois une valeur absolue »[232]. Philippe Monfils (PRL) fait référence au contrôle social : « Fondamentalement, et au-delà des problèmes techniques, la question est de savoir si l'on admet que la personne a une autonomie totale de décision par rapport à sa vie et à sa mort ou si, au contraire, un élément collectif de contrôle social doit intervenir dans le choix individuel exercé par une personne privée.(...) Ne pas accepter le principe de l'autonomie constitue bel et bien une forme d'interdit social, bien que certains s'en défendent. Cette position, si elle est parfaitement honorable, n'est pas celle défendue par les six auteurs des trois propositions de loi »[233]. Finalement un langage plus radical est utilisé par un autre membre : « L'autonomie est méconnue par les systèmes collectivistes et par les systèmes totalitaires. Dans le cas de l'euthanasie aussi, il y a un risque pour notre société si la collectivité peut priver l'individu de son droit à l'autodétermination. (...) Lorsque des valeurs telles que la vie et la mort sont en jeu, il doit y avoir une certaine garantie sociale. Les garanties sociales doivent être conçues dans le respect de la dignité humaine, et cette dignité humaine repose sur l'autonomie et l'autodétermination de la personne concernée dans sa relation avec la collectivité. L'autonomie est au cœur de l'évolution vers une connaissance et une action individuelle réfléchie, une autonomie qui est régulée par le sens des responsabilités et encadrée par la collectivité »[234].

D'autres sénateurs s'expriment en faveur d'une présence marquée de la société et de l'État. Les positionnements varient d'une simple affirmation d'une « fonction sociale » du médecin (« Il ne s'agit pas de relations privées, mais d'une relation où le médecin remplit une fonction sociale »[235]) à la « mission » de l'État : « partant d'un tel point de

232 *Ibid.,* p. 217.
233 *Ibid.,* p. 104-5.
234 *Ibid.,* p. 442-3.
235 *Ibid.,* p. 200.

vue, à savoir celui d'un droit absolu à l'autodétermination que la pluralité des choix présuppose, on reconnaît uniquement au législateur le devoir de rendre possible cette pluralité des choix. C'est une option idéologique qui nuit à la complexité de la mission d'un État et d'une société. (...) Finalement, à côté du médecin et du patient, un troisième acteur intervient encore, à savoir la société dont l'individu fait partie de manière indissociable. La question relative au droit de décision sur la vie n'est pas de nature contractuelle mais peut uniquement recevoir une réponse dans un large cadre social »[236].

1.3.3.4.2 Intervenir dans le Code pénal : oui, non, comment...

La proposition de loi de la majorité suggère bien une décriminalisation des actes euthanasiques mis en œuvre sous certaines conditions précises[237]. Or, la question de l'intervention dans le Code pénal est la plus brûlante, car à la fois très politique (voire philosophique) et technique.

Nous remarquons tout d'abord que le terme « dépénalisation » est sans doute le plus utilisé, alors que les termes « légalisation », « décriminalisation » ou « réglementation » sont assez rares. Nous pensons qu'il s'agit ici non pas d'un choix motivé par de raisons de fond mais d'une tendance banalement linguistique : comme l'a bien observé Michel van de Kerchove, « si le terme "décriminalisation" parait de loin plus usité dans les pays anglo-saxons que le terme "dépénalisation", il semble que ce soit l'inverse en Europe continentale »[238]. Bref, des raisons culturelles et linguistiques pourraient guider ce choix terminologique des sénateurs. En effet, même lorsque les intervenants se réfèrent clairement à une proposition de loi suggérant une décriminalisation, c'est le terme « dépénalisation » qui est préféré[239]. Par ailleurs, les sénateurs se réfèrent souvent à une « intervention dans le Code pénal », sans mieux la caractériser du point de vue de la technique législative. Quoi qu'il en soit, nous relaterons

---

236 *Ibid.*, p. 160-1.

237 *Cf. supra*, § 1.3.3.1.

238 M. van de Kerchove, *Le droit sans peines. Aspects de la dépénalisation en Belgique et aux États-Unis*, *op. cit.*, p. 305.

239 Les mots « décriminaliser » ou « décriminalisation » ne sont utilisés que 9 fois pendant tout le débat, dont une fois en association avec dépénalisation (« décriminalisation / dépénalisation »). Les mots « dépénaliser » ou « dépénalisation » sont utilisés plus de 150 fois.

fidèlement le discours et les mots utilisés par les élus. C'est pour cette raison que, lors de l'analyse du débat, nous adopterons le concept de dépénalisation même lorsqu'il est utilisé par les orateurs de manière non appropriée.

Venant au fond du débat, partisans et adversaires d'une intervention dans le Code pénal se confrontent pendant le débat, chacun apportant ses motivations et ses propositions. On aperçoit tout de suite assez clairement les camps opposés : d'un côté, ceux qui sont en faveur d'une intervention dans le Code pénal (les six auteurs de la proposition de loi commune et la majorité ainsi représentée) ; de l'autre côté, ceux qui sont contre (en gros, l'opposition). Toutefois, avec le temps, on découvre des positionnements plus nuancés et des interventions d'élus se disant en faveur d'une réglementation ou d'une dépénalisation de l'euthanasie, mais pas forcément par le biais d'un amendement au Code pénal.

Nous rendrons compte d'abord des raisons en faveur d'une intervention dans le Code pénal (a) et ensuite des raisons contre (b) et nous en arriverons aux argumentations qui nous font présager comment un compromis apparait finalement à l'horizon (c).

A. Amender le Code pénal : une question de sécurité juridique

Parmi les sénateurs qui sont en faveur d'une intervention dans le Code pénal, l'un motive sa position tout simplement pour des raisons de principe : « c'est dans le Code pénal, lui qui est porteur de l'interdit fondamental de tuer, que notre société doit à présent inscrire le droit de la personne à disposer de son propre corps jusqu'au moment ultime de la mort. Toute autre solution lui paraît hypocrite et conservatrice, parce que ne répondant pas franchement et réellement au problème de société posé. C'est pourquoi il partage et soutient entièrement les propositions de loi présentées par les six chefs de groupe de la coalition de l'arc-en-ciel »[240].

[240] Sénateur socialiste qui parle à titre personnel, Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 118.

Toutefois, la plupart des intervenants motivent cette position par le besoin de sécurité juridique. C'est le cas de la majorité gouvernementale (« en ce qui concerne le choix de modifier ou non le Code pénal, les six auteurs considèrent qu'il s'agit là d'une question de sécurité juridique »[241]) ou d'autres membres qui considèrent que « c'est juridiquement plus clair et cela constitue aussi l'option la plus honnête. En même temps, cette technique est la seule à offrir une sécurité juridique suffisante »[242]. Ils sont convaincus que « seule la modification de la loi pénale apportera la sécurité juridique. Introduire la notion d'euthanasie par une loi sans changer le droit pénal, modifier un arrêté royal ne peut mettre fin à l'incertitude. Car l'euthanasie restera formellement assimilée au meurtre. Les médecins continueront de voir peser sur leurs actes, quels qu'ils soient, la menace d'une condamnation pour assassinat. Or, c'est précisément ce que l'on veut modifier, répondant à une évolution de la société : dans certaines conditions objectives et de procédures strictes, l'euthanasie ne serait plus un meurtre »[243].

Dans ce contexte, nous nous devons aussi de remarquer que les conceptions de la sécurité juridique exprimées par les sénateurs ne sont pas toutes pareilles, même si le constat initial est assez unanime : la législation n'offre pas une sécurité juridique suffisante. Certains sénateurs focalisent sur la sécurité juridique du médecin[244] ; d'autres interventions soulignent que la sécurité juridique doit être non seulement pour les médecins mais aussi pour les patients[245].

Des membres soutiennent une intervention dans le Code pénal en se basant plus précisément sur les contradictions existantes entre la législation et la pratique : ces contradictions sont, elles aussi, des sources d'insécurité juridique. En effet, on part généralement du constat que des euthanasies ont lieu même en l'absence d'une législation

241 Ph. Monfils, *ibid.*, p. 106.
242 *Ibid.*, p. 195-6.
243 *Ibid.*, p. 208. Dans le même sens aussi un autre élu de la majorité : « Contrairement à un autre groupe politique, qui demande que l'euthanasie ne soit pas dépénalisée mais qu'il soit permis, dans certaines circonstances, aux médecins de la pratiquer, le groupe politique auquel appartient la membre demande que l'on fasse un choix clair : soit on autorise l'euthanasie dans certains cas, et il faut alors la dépénaliser, soit on l'interdit dans tous les cas. Le groupe auquel la membre appartient opte pour une autorisation dans certains cas. » *Ibid.*, p. 287.
244 *Ibid.*, p. 166.
245 *Cf.* entre autres : *ibid.*, p. 139 et 287.

spécifique : il s'agit d'une pratique existante. Selon Philippe Monfils (PRL), « le problème est bien réel. Même les représentants de l'opposition l'ont affirmé : on pratique des euthanasies. Quel que soit leur nombre, elles sont illégales et pourraient être réprimées »[246]. Plus loin dans le débat, un autre membre le rejoint dans le constat (et dans l'urgence de réagir) : « En réalité, il s'agit de créer un contrôle social et juridique sur une pratique existante (...). Les politiciens ont le devoir moral de ne plus fermer les yeux devant cette pratique »[247]. Ainsi, « il ne paraît pas possible de dire encore "nous savons que cela se fait, nous le tolérons, mais nous ne voulons rien changer à la loi." Il s'agit ici, bien entendu, de la loi pénale. Car c'est le tabou pénal qui pèse sur ce débat »[248]. On affirme aussi que « le "symbolisme" du droit pénal, dont on a beaucoup entendu parler, semble plus ébranlé par les contradictions, publiques, entre les pratiques sociales acceptées et le texte. (...) L'intervenant déclare qu'il préfère un texte qui fixe clairement les limites que la société veut mettre à une pratique qu'elle estime légitime, qui permettra un vrai contrôle légal et social, à un texte intègre mais violé quotidiennement, parfois dans la lumière, souvent dans l'ombre »[249]. Dans le même sens, un autre sénateur se demande rhétoriquement ce qui est le plus grave : « inscrire dans une loi une dépénalisation de l'acte d'euthanasie dans des conditions limitées et clairement déterminées ou tolérer que la loi soit bafouée au quotidien ? »[250].

B. Respecter l'interdit de tuer par le recours à l'état de nécessité

L'affirmation inconditionnelle de l'interdit de tuer comme règle de base de notre société est l'argument principal des opposants à la décriminalisation ou à la dépénalisation de l'euthanasie. « Il convient de ne pas décrier ou réfuter cette intuition humaine naturelle [que l'existence de chacun est sacrée] en la considérant comme étant un sentiment émotionnel ou religieux. (...) Si, à la suite d'une légalisation de l'euthanasie, l'intuition sociale du caractère sacré de la personne humaine est brisée, la société se trouve sur une pente glissante »[251]. En d'autres mots, « il serait tout à fait regrettable si (...) on devait

246 *Ibid.*, p. 105.
247 *Ibid.*, p. 408.
248 *Ibid.*, p. 408.
249 *Ibid.*, p. 209.
250 *Ibid.*, p. 252.
251 *Ibid.*, p. 132.

décider de porter atteinte sur le plan législatif au principe moral et social selon lequel on ne peut toucher à la vie humaine »[252]. Un orateur affirme même que « les travaux des commissions réunies, le texte qu'elles vont adopter, doivent être particulièrement attentifs à ne pas développer, ni de loin ni de près, et même avec la meilleure volonté du monde, une sorte de culture du suicide qui existe déjà dans notre société »[253].

Il est clair que, pour certains, « l'interdit du meurtre en droit pénal remplit une fonction symbolique essentielle. (…) L'interdit fondateur de "ne pas tuer" doit rester un principe de base de notre droit pénal dont la fonction essentielle et symbolique est de garantir la valeur morale et sociale que constitue le respect de la vie »[254]. Par conséquent, « le groupe auquel appartient l'intervenante maintient pour sa part sa volonté de ne pas modifier le Code pénal, non pour des raisons de technique juridique ou législative, mais parce qu'une telle modification lui paraît dangereuse, l'interdiction de tuer devant rester un point de repère fondamental dans notre société »[255].

Ainsi, pour ce qui est du Code pénal, « la norme pénale "tu ne tueras point", qui protège inconditionnellement la vie de l'homme, doit rester pleinement applicable. (...) En levant, dans certaines conditions, dans la loi pénale elle-même, l'interdiction de tuer, l'on montrerait que l'on considère que certaines vies ont moins de valeur que les autres »[256]. Une sénatrice pousse son discours jusqu'à y inclure l'idée d'une « morale commune » qui se dégagerait du droit : « L'intervenante estime que le Code pénal ne peut être seulement un catalogue de normes, mais qu'il doit contenir quelques balises, et être sous-tendu par un projet social. À cet égard, et contrairement à un certain nombre d'auteurs actuels, qui veulent se limiter à fixer des règles de procédure formelles, le contenu des normes étant à remplir par chacun, l'intervenante veut faire le pari qu'il est

252 *Ibid.*, p. 145.
253 *Ibid.*, p. 18.
254 *Ibid.*, p. 153.
255 *Ibid.*, p. 93.
256 *Ibid.*, p. 266-7.

encore possible, dans notre société, de dégager une morale commune. (...) Le droit est d'ailleurs le lieu où les symboles se définissent et s'incarnent »[257].[258]

Face au refus d'intervenir dans le Code pénal, quelles sont les propositions alternatives envisagées concrètement ? Une intervenante « répète que son groupe préférerait que l'on traite de toutes les situations de fin de vie dans un seul texte, qui ne s'insérerait pas dans le Code pénal. En effet, il s'agit essentiellement de problèmes de santé publique. Le droit pénal a ses limites, et est maladroit à cerner ce type de problématique. Il risque de figer la situation, de bouleverser des repères symboliques, et d'avoir un effet négatif sur l'inconscient collectif » [259] . Des nombreux sénateurs, notamment appartenant aux partis qui ont présenté des propositions de loi s'appuyant sur le concept d'état de nécessité (PSC et CVP), reconnaissent qu'il faudrait autoriser l'euthanasie mais uniquement dans des conditions exceptionnelles : « L'intervenante déclare que, bien qu'elle croie aussi aux soins palliatifs et qu'elle espère que des moyens beaucoup plus importants seront libérés à cet effet, elle peut aussi comprendre que cette forme d'assistance ne puisse suffire dans toutes les situations pour délivrer le patient d'une souffrance insupportable. Quand le patient est en phase terminale et qu'il n'y a plus aucune possibilité de diminuer l'intensité de sa douleur, on peut parler d'état de nécessité justifiant une décision extrême du médecin, celle de l'euthanasie, si le patient en fait la demande »[260].

Mais pourquoi fait-on recours au concept d'état de nécessité ? Parce que « l'avantage de cette notion est qu'elle indique clairement que l'on se trouve dans le

---

257 *Ibid.*, p. 201.

258 Finalement, une sénatrice est contre non seulement une intervention dans le Code pénal mais aussi une réglementation quelconque : « Soit les exceptions seront trop étroites, et un certain nombre de situations qui devraient être éventuellement justifiées ne pourront pas l'être. Soit la définition est trop large, et les risques de dérives sont trop grands. (...) Quoi qu'on fasse, toute formule réglementaire constituera inévitablement au regard du fait à appréhender une "cote mal taillée", sans jamais pouvoir circonscrire et atteindre réellement et exclusivement les seules hypothèses visées. On le voit, le recours à une règle générale est particulièrement périlleux dans une matière où l'on touche à un droit fondamental de chaque être humain ». *Ibid.*, p. 88-9.

259 *Ibid.*, p. 96.

260 *Ibid.*, p. 144.

domaine de l'exception, du cas par cas »[261] et qu'elle « est sans doute la seule construction défendable à la lumière de la CEDH »[262].

Et à quelles conditions peut-on y faire recours ? « L'état de nécessité ne peut être invoqué qu'en l'absence d'alternative. C'est fondamental dans le cas de l'euthanasie »[263]. Le médecin « ne se trouve dans un tel état [de nécessité] que s'il est confronté à une situation dans laquelle il souhaite continuer à aider le patient grâce à son expertise médicale, alors que les moyens dont il dispose ne sont plus suffisants pour soulager la détresse physique du patient en phase terminale. C'est précisément cet élément qui provoque l'état de nécessité »[264].

C. Le symbolisme du droit pénal ou la voie vers un compromis

Nous l'avons déjà constaté dans le paragraphe qui précède : les sénateurs attribuent à l'interdit de tuer une haute valeur symbolique. Or, pendant le débat cette importance symbolique se transforme assez vite en enjeu de négociation. Ainsi, certains élus – tout en étant en faveur d'une réglementation de l'euthanasie – affirment qu'ils préfèrent une solution de compromis à une intervention dans le Code pénal. Un sénateur de la VU-ID réfléchit sur cette question dès le début du débat : « Les avis divergent notamment quant à la question de savoir si la réglementation de l'euthanasie doit se faire par le biais d'une modification du Code pénal, comme le prévoit la proposition de loi nº 2-244/1[265]. Les groupes démocrates-chrétiens souhaitent que la réglementation se fonde sur la notion d'état de nécessité et que la loi pénale reste inchangée. Personnellement, il a l'impression qu'il s'agit d'une question de nature symbolique. Quand on évalue concrètement les critères de prudence, par exemple dans la proposition nº 2-160/1 de M. Vandenberghe et consorts, elles ne semblent pas plus sévères que celles imposées dans la proposition de loi nº 2-244/1. C'est pourquoi, il plaide pour que la discussion porte avant

---

261 *Ibid.*, p. 201.
262 *Ibid.*, p. 265. Pour des argumentations plus extensives concernant la CEDH, *cf. infra* § 1.3.3.4.4C.
263 *Ibid.*, p. 168.
264 *Ibid.*, p. 267.
265 Il s'agit de la proposition de loi de la majorité: Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée.

tout sur des questions de fond, à savoir sur les critères de prudence à prendre en considération en cas d'euthanasie. À la lumière des réponses fournies à ce sujet, on peut examiner quelle est la meilleure manière d'insérer ces garanties dans le système juridique »[266].

Une autre intervenante fait le pas suivant et affirme que, pour son groupe, il s'agit de « ne pas inscrire cette dépénalisation dans le Code pénal. Une décriminalisation indirecte, ou au second degré, suivant laquelle une loi spécifique conférerait une base légale à certaines pratiques d'euthanasie, est suffisante, selon les pénalistes. De la même manière que le médecin qui opère un patient dans le but de le soigner ne se rend pas coupable de coups et blessures, le médecin qui hâterait la fin de vie du patient, dans le but de le soigner (dans ce cas, pour soulager sa souffrance), et dans certaines conditions, ne se rendrait pas coupable d'homicide. L'inscription dans le Code pénal comporte l'inconvénient de heurter inutilement ceux qui estiment qu'inscrire cette disposition dans le Code pénal donne un signal symbolique négatif par rapport à la valeur du texte de loi qui affirme le fondement de notre société : l'interdit de tuer » [267].

Nous comprendrons pleinement l'importance de ces positionnements plus loin dans le processus législatif.

1.3.3.4.3 ...et à quelles conditions

Pour l'application de la loi et donc pour que l'acte euthanasique ne soit pas puni, on envisage plusieurs conditions. Certaines sont de nature substantielle (a), d'autres de nature procédurale (b). Le débat les concernant est développé de manière assez extensive.

A. Les conditions substantielles

I. La douleur, la souffrance morale et la détresse

---

[266] Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 128.

[267] *Ibid.*, p. 406.

Parmi les motivations et les buts les plus importants de l'action parlementaire dans ce cadre figure sans doute la volonté de soulager la douleur et la souffrance. Au commencement du débat, une sénatrice (probablement social-chrétienne) ressent le besoin de souligner que « contrairement à ce que certains ont cru pouvoir déclarer, la souffrance doit, à ses yeux, être soulagée autant que faire se peut, et que le groupe dont l'intervenante fait partie ne s'inspire nullement d'une idéologie selon laquelle la souffrance serait valorisée, et par conséquent devrait être acceptée »[268]. Peu de temps après, Philippe Monfils (PRL), alors qu'il essaye d'expliquer les raisons pour lesquelles la question de l'euthanasie est finalement posée, affirme qu'« une prise de conscience a eu lieu de ce que, peut-être pour des raisons de confort individuel, mais aussi en raison d'une certaine idée de leur autonomie individuelle et de leur dignité, certaines personnes ne veulent plus souffrir physiquement ou moralement, et demandent qu'il soit mis un terme à cette situation »[269]. C'est finalement à une autre intervenante de citer Camus et son « Homme révolté » : « Puisqu'on a cité Camus au début de cette discussion générale, l'intervenante ne peut s'expliquer certaines propositions sur l'euthanasie qui sont sur la table qu'au nom de cette révolte devant la souffrance humaine, qu'au nom de la passion de vouloir l'atténuer et qu'au nom de la liberté de vouloir changer les réalités, terrifiantes quelquefois, de la fin de la vie »[270].

Dans la suite du débat, ce point de principe ne fera plus l'objet de discussion. On se penchera plutôt sur la question de savoir quelles sortes de douleur, de souffrance ou de détresse peuvent constituer des conditions valables pour légitimer une euthanasie[271]. C'est alors la distinction entre la souffrance physique et la souffrance morale qui est en jeu : si personne ne met en doute l'importance de pouvoir calmer la souffrance physique et le désarroi existant face aux limites de la médecine, la prise en considération de la souffrance morale ne fait pas l'unanimité.

---

268 *Ibid.*, p. 195.
269 *Ibid.*, p. 104.
270 *Ibid.*, p. 181.
271 *Cf. infra*, § 1.3.3.2.4.

Philippe Monfils (PRL) souligne qu'il est « important de viser la souffrance morale, à côté de la souffrance physique, parce que personne ne peut se mettre à la place de quelqu'un dont la dignité est atteinte par la maladie »[272]. Pareillement, une autre intervenante estime que le concept de « détresse » doit être maintenu car « on parle de détresse quand la souffrance est insupportable mais aussi lorsque la déchéance de la condition humaine est telle que l'on perd toute dignité ; bref, quand la vie n'est plus une vie. (...) La société doit aussi respecter cette requête »[273]. À ce sujet, un autre intervenant tient à souligner – en flagrante polémique avec l'opposition – que « c'est au patient qu'il appartient d'indiquer qu'il se trouve dans une situation de détresse et non pas au médecin traitant, comme le propose le groupe CVP »[274].

Au contraire, pour d'autres (probablement de l'opposition), « le terme "nood" (détresse) qui vise la détresse psychologique, ne contribue pas à la transparence ni à la sécurité juridique »[275]. Rappelant l'audition du Professeur Vanneste, un sénateur qui défend la même position affirme d'abord que « la "détresse existentielle" en tant que telle ne saurait entrer en ligne de compte pour la définition d'un état de nécessité. En effet, dans ce cas, le médecin ne se trouve pas dans un état de nécessité. Il ne se trouve dans un tel état que s'il est confronté à une situation dans laquelle il souhaite continuer à aider le patient grâce à son expertise médicale, alors que les moyens dont il dispose ne sont plus suffisants pour soulager la détresse physique du patient en phase terminale »[276]. Et ensuite qu'« une extension de la possibilité de justifier la demande d'euthanasie, basée uniquement sur l'avis subjectif du patient, n'est pas juridiquement défendable à la lumière, une fois de plus, des dispositions de la CEDH »[277].

---

272 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 106. Il continue plus loin : « Il faut en tout cas éviter de ne pas répondre à la demande d'une personne qui ne souffre pas nécessairement dans sa chair, mais qui estime que sa dignité d'être humain est mise en question par les conséquences de l'affection qu'elle subit. (...) Or, il est utile de voir quelle peut être la situation de quelqu'un qui n'est pas en phase terminale, et qui, pourtant, est en situation de détresse. Si l'on veut répondre humainement à ces demandes dramatiques, il faut prendre en compte la détresse morale, même en l'absence de souffrances physiques ». *Ibid.*, p. 282.

273 *Ibid.*, p. 126.

274 *Ibid.*, p. 256.

275 *Ibid.*, p. 146.

276 *Ibid.*, p. 267.

277 *Ibid.*, p. 267.

II. Le fait d'être en stade terminal

Faudrait-il accorder la possibilité d'une euthanasie seulement aux patients en stade terminal ou à tous les patients indépendamment du temps qui leur reste à vivre? La définition de ce qui est le « stade terminal » est fort problématique aux yeux de tous les intervenants, quelle que soit leur position sur le fond. C'est concernant l'opportunité, le contenu et les conséquences de cette définition qu'ont lieu la plupart des interventions à ce sujet.

Les sénateurs de l'opposition critiquent la proposition commune de la majorité, car « contrairement à ce qu'ont fait les sénateurs de la majorité dans la proposition qu'ils ont déposée, il faut définir cette notion [de phase terminale], simplement parce qu'il y a deux procédures à élaborer »[278]. Toutefois les avis demeurent peu précis : le même intervenant continue en affirmant que « il ne faut toutefois pas la définir avec trop de précision et il ne faut en aucun cas définir une période »[279].

Ainsi certains plaident contre la limitation de l'euthanasie en stade terminal, en s'appuyant également sur l'impossibilité de délimiter cette phase. C'est le cas de Philippe Monfils (PRL) qui, après avoir rappelé que cette notion « figurait d'ailleurs dans le texte initial qu'il avait déposé en 1995 », explique qu'il l'a finalement abandonnée « car il ne voyait pas sur quelle base opérer une discrimination entre les patients en fin de vie, et ceux qui ne l'étaient pas, mais dont la détresse était aussi grande, sinon plus »[280]. Il reprend ensuite plus dans les détails son raisonnement : « La notion de phase terminale est difficile à cerner. Là encore, l'intervenant n'a pas d'attitude doctrinale en la matière. On a même essayé de trouver des formules permettant de déterminer si l'on se trouve ou non en phase terminale. À titre personnel, l'intervenant a cherché s'il était possible d'établir une procédure quelque peu différente, selon que l'on se trouve ou non dans cette phase. Mais la question est toujours la même : comment avoir la certitude médicale de ne pas se tromper ? L'intervenant conclut que prévoir des procédures différenciées à partir d'une

278 *Ibid.*, p. 256.
279 *Ibid.*, p. 256.
280 *Ibid.*, p. 106.

notion dont on ne peut tracer clairement les contours est un exercice difficile »[281]. Un positionnement semblable est pris aussi par un autre sénateur, qui ajoute ensuite un argument supplémentaire : « Beaucoup d'intervenants ont dit qu'il était extrêmement difficile de définir la notion de phase terminale. Dès lors, toute formulation de cette nature dans la loi paraît impossible. De plus, (...) il ne paraît pas acceptable sur le plan éthique de refuser le bénéfice d'une mort digne aux malades incurables, qui ne se trouvent pas dans ce qu'il serait convenu d'appeler une phase terminale »[282].

D'autres élus plaident en faveur d'une limitation de l'euthanasie seulement à ce stade de la vie, notamment en affirmant que – autrement – on glisserait vers le suicide assisté : « Le texte tel qu'il est rédigé trouve donc à s'appliquer en dehors des situations de fin de vie, dès lors qu'un patient est atteint d'une maladie grave et incurable et que sa souffrance physique ou sa détresse morale ne peut être apaisée. Aucune référence n'est faite à un pronostic de décès à brève échéance qui limiterait l'application de la loi aux cas extrêmes en fin de vie. On glisse insensiblement de l'euthanasie vers le "suicide assisté" »[283].

B. Les conditions procédurales

I. Le contrôle *a priori*

Le contrôle *a priori* est la formule qui se trouve proposée dans l'option n° 2 de l'avis du Comité de bioéthique[284] : au lieu de contrôler *a posteriori* si le médecin a respecté la procédure prévue dans la loi, on propose de procéder à ce contrôle, à l'avance, par le biais notamment de la consultation des différents acteurs impliqués.

Certaines interventions sont en faveur. Parfois c'est pour des raisons de sécurité juridique : « Si l'on souhaite réglementer l'euthanasie, on ne pourra offrir au médecin une

---

281 *Ibid.*, p. 282.
282 *Ibid.*, p. 250.
283 *Ibid.*, p. 152. Une argumentation identique se retrouve aussi quelques pages plus loin. *Ibid.*, p. 187.
284 *Cf. supra*, § 1.4.3.4.2.

sécurité juridique suffisante qu'à la condition d'élaborer des formules de contrôle a priori grâce auxquelles ils pourront être raisonnablement certains, dès lors qu'ils auront respecté certains paramètres, d'agir dans les limites de ce qui est admis »[285] ; « on ne voit par conséquent pas très bien ce qui peut encore s'opposer à une procédure a priori dès lors qu'offrant un point de référence au médecin et une protection au patient, elle vise précisément à garantir la sécurité juridique optimale. (...) Une concertation a priori ne doit pas servir à faire la leçon au patient, mais est nécessaire pour étayer le processus décisionnel et garantir la sécurité juridique des différents intéressés »[286]. D'autres fois c'est parce qu'un manque d'implication de l'équipe soignante paraît impensable à certains : « L'intervenant ne voit pas comment on pourrait se passer de l'avis d'un confrère, mais aussi de celui du personnel soignant paramédical, qui joue un rôle fondamental dans les soins en fin de vie. Nombre d'infirmières, de kinésithérapeutes ont dit à quel point leur rôle était finalement déterminant, puisqu'en fin de vie, il s'agit moins d'administrer des thérapeutiques que de pouvoir aider, entourer, soigner, apaiser le malade. Il ne s'agit nullement là d'une tribunalisation, mais bien d'une manière de faire qui est conforme au simple bon sens et à la pratique médicale actuelle »[287].

D'autres interventions sont contraires à cette idée : parfois se basant sur l'autonomie individuelle, comme le fait Philippe Monfils, qui intervient au nom des six auteurs de la majorité : « Les six auteurs ne veulent pas de contrôle a priori proposé par les groupes démocrates-chrétiens. Ils ne veulent pas "sociétaliser" l'autonomie individuelle, ni que la décision de quelqu'un soit suspendue à un tel contrôle, dont on sait, en Belgique, ce qu'il peut advenir, surtout si la personne qui demande l'euthanasie est relativement connue. On finirait par débattre en public de la question de savoir s'il faut ou non donner suite à sa demande »[288] ; d'autres fois au nom de l'autonomie décisionnelle du médecin : « on pourrait arriver à un accord, pour autant que l'on n'aboutisse pas à ce qu'on appelle la tribunalisation. Or, quand on voit la liste des personnes à auditionner par le patient avant que l'on réserve une suite à sa demande, c'est bien de cela qu'il s'agit, ce

---

285 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 261.
286 *Ibid.*, p. 269.
287 *Ibid.*, p. 103.
288 *Ibid.*, p. 107.

qui des experts l'ont souligné peut avoir pour conséquence que des conflits psychologiques internes à l'équipe soignante risquent de prendre le pas sur le désir du patient. La responsabilité de la décision ultime doit rester au médecin »[289].

II. La déclaration de volonté

Plusieurs interventions sont opposées à la reconnaissance d'une déclaration de volonté ou au fait de lui accorder dans la loi une valeur contraignante : « Chacun peut, bien entendu, mettre sur papier ses dernières volontés. Le groupe auquel appartient l'intervenante souhaiterait cependant que la déclaration de volonté anticipée du patient ne constitue qu'un élément d'appréciation, et non une preuve définitive, juridiquement acceptée, de la volonté du patient »[290]. Un autre sénateur considère que « la proposition déposée par son groupe politique ne contenait aucune disposition relative à cette déclaration de volonté. Les auditions l'ont toutefois convaincu que la déclaration de volonté relative aux actes médicaux liés à la fin de la vie devait faire l'objet d'une reconnaissance légale » mais sans « aucune force juridique obligatoire » et n'ayant dès lors « rien de plus qu'une valeur purement indicative »[291].

III. Le mandataire

Concernant un mandataire qui aurait la tache de veiller à l'exécution de la déclaration de volonté, la plupart des hésitations exprimées concernent la pression qui pèserait sur cette personne : « Dans la déclaration de volonté, on désigne une ou plusieurs personnes mandatées, qui doivent se porter garantes de l'exécution de la volonté du patient. Les auteurs de la proposition de loi se rendent-ils compte de la pression qu'ils font peser sur ces personnes ? »[292]. Et encore : « La proposition de loi nº 2-86/1[293] prévoyait la

---

289 *Ibid.*, p. 283.

290 *Ibid.*, p. 95. Une raison de ce choix serait que « des médecins américains soulignent à cet égard qu'une déclaration anticipée peut parfois mettre le médecin en difficulté, compte tenu du caractère évolutif de la maladie, de l'attitude du patient, de l'entourage, voire même du mandataire ». *Ibid.*, p. 95.

291 *Ibid.*, p. 270.

292 *Ibid.*, p. 147.

293 Il s'agit de F. Lozie et J. De Roeck, Proposition de loi du 30 septembre 1999 élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement, précitée.

désignation d'un mandataire chargé de veiller à l'exécution de la déclaration anticipée, si le patient se trouvait par exemple dans un hôpital étranger. Cette méthode de travail est souhaitable. Dans la proposition de loi nº 2-244/1[294], ce mandataire devient cependant un interlocuteur du médecin et participe à la prise de décision. Il ne peut en être question. Le mandataire doit certes indiquer au médecin qu'il y a une déclaration anticipée mais la décision revient au médecin. Ce texte fait peser une pression inacceptable sur le mandataire »[295].

1.3.3.4.4 Les références aux autres pays

Les références aux autres pays sont très nombreuses, particulièrement pour les Pays-Bas, mais également d'autres pays comme la France[296]. Et le niveau européen n'est pas absent avec notamment la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH).

Ce qui est aussi intéressant, c'est la perspective : les élus sont intéressés par la place de la Belgique en Europe et dans le monde, ils comparent la législation en vigueur et celle qui est proposée, aux législations ou aux situations de fait dans les autres pays.

C'est ainsi qu'on évoque, dans une perspective critique, le fait que la Belgique pourrait être le premier pays à amender son Code pénal au sujet de l'euthanasie : « La lutte ou le consensus idéologique interne à la Belgique accapare tellement notre attention que nous ne nous rendons pas compte qu'une dépénalisation attirera l'attention de la presse mondiale. Il s'agirait en effet d'un cas unique dans la communauté universelle, en ce début du troisième millénaire »[297]. Ou encore : « Notre pays n'est pas un précurseur dans la réflexion sur l'opportunité de légiférer en matière d'euthanasie. D'autres pays ont mené

---

294 Il s'agit de la proposition de loi de la majorité: Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée.

295 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 100. Sur la même ligne : « La dimension hautement subjective de cette fonction la rend très délicate et génère dans le chef du malade une dépendance accrue vis-à-vis d'autrui, sans compter la lourde responsabilité à laquelle se trouve confronté le mandataire ». *Ibid.*, p. 157.

296 L'Oregon, le Danemark, la Grande-Bretagne, le Canada, La Suisse, l'Australie, l'Inde et l'Allemagne sont cités par une seule intervention, *ibid.*, p. 130-8.

297 *Ibid.*, p. 130.

des débats très larges pendant plusieurs années : des pays dont l'ouverture d'esprit est largement évoquée à d'autres occasions dans les grands débats éthiques, des pays aux cultures proches des nôtres. À ce jour, aucune nation dans le monde n'a pris la décision de revoir ce principe fondateur de la vie en société »[298].

Par contre, d'autres intervenants soulignent l'acception positive de la Belgique comme « pays d'avant-garde » : « l'intervenant pense que la loi nouvelle reflétera mieux l'état moral qui prévaut actuellement dans la société belge, sans l'abaisser d'aucune façon. Peu importe ce qui se fait ou ne se fait pas ailleurs »[299].

A. Les Pays-Bas

Il est important de préciser d'emblée que la loi hollandaise sur l'euthanasie et le suicide assisté qui est en vigueur aujourd'hui[300] a été adoptée le 12 avril 2001 et est entrée en vigueur le 1er avril 2002. Le débat parlementaire qui a précédé l'adoption aux Pays-Bas s'est déroulé entre février 2000 et avril 2001[301]. Ceci signifie que lorsque le débat général a lieu au Sénat belge, la loi hollandaise n'a pas encore été adoptée. Il s'agit d'un détail important, notamment parce que les sénateurs affirment à maintes reprises que la loi néerlandaise ne prévoit pas de dépénalisation : ce qu'ils souhaitent dire, en réalité, c'est que la législation néerlandaise n'intervient pas dans le Code pénal (ce qui est vrai au moment du débat au Sénat belge, mais ne le sera plus après l'adoption de la loi en avril 2001[302]).

La référence au Pays-Bas se fait – en effet – notamment concernant la question de l'intervention dans le Code pénal. Elle se fait aussi en moindre partie en référence à

---

298 *Ibid.*, p. 153.

299 Sénateur socialiste, *ibid.*, p. 129.

300 Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Loi sur la fin de vie sur demande et le suicide assisté), du 12 avril 2001, *in* http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum_12-07-2015 .

301 J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams, *Euthanasia and law in Europe*, Oxford and Portland, Hart publishing, 2008, p. 33.

302 La loi néerlandaise de 2001 modifie les articles 293 et 294 du Code pénal.

d'autres parties de la loi (comme l'institution d'une commission de contrôle[303] ou l'instauration d'une procédure *a priori*[304], ou encore relativement à un arrêt concernant un patient psychiatrique[305]), mais il est clair que l'intérêt est bien focalisé sur ce que représente l'exemple hollandais par rapport à la proposition de décriminaliser l'euthanasie.

Or, la référence au Pays-Bas domine principalement les discours contraires à une intervention dans le Code pénal. « Plusieurs des propositions actuellement déposées ont choisi la voie de la modification de la loi pénale pour pouvoir rencontrer les demandes d'euthanasie. On peut légitimement se demander si c'est la bonne voie, et ce d'autant plus que ce n'est pas la voie choisie jusqu'ici par nos voisins hollandais, ni par la plupart des membres du Comité consultatif »[306], dit une sénatrice. « Trop de personnes s'inquiètent de possibles dérapages. L'expérience étrangère montre qu'il serait imprudent de toucher au Code pénal : mis à part l'Oregon, aucun État n'a procédé à une telle modification, même pas les Pays-Bas »[307] renchérit un autre élu. Dans le même sens un autre orateur : « Depuis 1993, les Pays-Bas pratiquent une politique de tolérance dans certaines circonstances bien définies, mais même dans ce pays, l'interdit pénal n'a pas été levé[308] ».

Moins nombreuses sont les déclarations favorables à une intervention dans le Code pénal qui font référence aux voisins néerlandais. Un membre souligne que « aux Pays-Bas, où le consensus social a permis, sur base d'un accord de la très grande majorité des médecins et des magistrats, d'organiser un contrôle des pratiques sans modification

---

303 « La proposition qu'a déposée le groupe de l'intervenant prévoit déjà un "tampon" entre le médecin et le parquet. Toutefois, l'expérience recueillie au cours des auditions permettra d'affiner ce tampon de manière à assurer une déclaration et un contrôle efficaces. Les commissions de contrôle qui ont été créées aux Pays-Bas sont une excellente source d'inspiration en l'espèce ». Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 271.

304 « Plusieurs témoins confirment de surcroît le rôle de soutien d'une procédure a priori. Le docteur Ingels a même déclaré ouvertement que la déclaration minimale des actes euthanasiques et le manque de contrôle qui en découle aux Pays-Bas est dû en tout premier lieu à l'absence d'une procédure de prudence préalable obligatoire ». *Ibid.*, p. 269.

305 « C'est également le raisonnement tenu dans l'arrêt du Hoge Raad néerlandais du 21 juin 1994 qui se prononçait sur la question de savoir si l'on peut euthanasier un patient bénéficiant de soins psychiatriques. Le Hoge Raad avait estimé que l'on ne pouvait invoquer l'état de nécessité s'il existe une alternative réelle pour atténuer la souffrance pourtant refusée en toute liberté par le patient ». *Ibid.*, p. 168.

306 *Ibid.*, p. 87. Le même concept est répété 4 pages plus loin par la même oratrice.

307 *Ibid.*, p. 93.

308 *Ibid.*, p. 130.

du Code, on envisage aujourd'hui la dépénalisation comme le moyen de dépasser les problèmes qui subsistent »[309]. Philippe Monfils (PRL) relance : « On parle beaucoup de l'absence d'exemples internationaux de législation en la matière. Cependant, de tels exemples existent, notamment aux Pays-Bas. La législation hollandaise n'est pas un échec et démontre au contraire qu'il est possible de légiférer en la matière. Les médecins acceptent de plus en plus de collaborer avec la justice et, loin de mettre fin à l'expérience, on s'efforce au contraire d'aboutir à la légaliser (...). L'expérience hollandaise fonctionne donc et n'a pas abouti aux résultats dramatiques que d'aucuns prophétisent dans l'hypothèse où une législation légalisant l'euthanasie serait adoptée en Belgique »[310].

B. La France

Comme la France n'a pas une législation ou une réglementation spécifique concernant l'euthanasie, certaines interventions se réfèrent à ce pays pour renvoyer à :

– des avis (plus ou moins spécifiques à notre thématique) du Conseil Constitutionnel[311] ;

– la sortie en 1977 du livre « Changer la mort » écrit par le cancérologue Léon Schwarzenberg et par Pierre Viansson-Ponté[312] ;

– un avis rendu par le Comité de bioéthique français[313].

Cette dernière mention nous apparaît comme la plus fertile : « L'intervenante regrette vivement que tous les membres des commissions réunies n'aient pas estimé utile d'entendre le président du Comité de bioéthique français, suite à l'avis que celui-ci a rendu en janvier de cette année. (...) Le travail qu'a fait le Comité français est intéressant à plusieurs titres, mais surtout parce que l'avis rendu le fut à l'unanimité des membres.

---

309 *Ibid.*, p. 209.

310 *Ibid.*, p. 280-1.

311 « On pourrait dire aussi que la notion de dignité n'est pas absolue parce que, dans certains cas, elle se heurte, au niveau social, à une notion d'"ordre public". C'est à cette analyse qu'a procédé le Conseil constitutionnel français, à l'occasion de la loi de 1994 sur les problèmes de respect du corps humain, et des dons et utilisations de ses éléments et produits, ainsi que de l'assistance à la procréation. Le Conseil constitutionnel a estimé que la sauvegarde de la dignité humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation était un principe à valeur constitutionnelle. Il a donc, en quelque sorte, contré la liberté individuelle absolue, en permettant à l'État d'interdire à l'individu de faire ce qu'il veut de son corps ». *Ibid.*, p. 178.

312 *Ibid.*, p. 186.

313 CCNE, Avis n° 63 du 27 janvier 2000, *Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, *in* http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/fin-de-vie-arret-de-vie-euthanasie#.Wfh8Ff6WzlU .

Chacun a accepté de faire un pas vers l'autre dans le cadre d'une société pluraliste où tous peuvent se rejoindre sur des valeurs communes à défendre sur un sujet aussi délicat que celui-là. Cela ne signifie pas que l'on abandonne ce à quoi on croit, mais bien que l'on recherche ce qui peut rapprocher les uns et les autres dans le respect des convictions de chacun. "Engagement solidaire et exception d'euthanasie", tel est le titre du point 4 de cet avis. Il reflète bien la logique suivie par le Comité »[314].

C. Le Conseil de l'Europe

Ce n'est pas un pays mais une organisation internationale : le Conseil de l'Europe, par le biais de sa Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) et des recommandations de son Assemblée Parlementaire, est mentionné assez souvent par les sénateurs tout au long du débat.

Quelque fois la citation est faite de manière neutre (par exemple en renvoyant à des définitions de l'euthanasie, de l'arrêt de traitement ou de l'acharnement thérapeutique contenues dans une résolution[315]) ; mais dans la plupart des cas, les sénateurs renvoient à la Convention des droits de l'homme pour soutenir leurs thèses contre la dépénalisation / décriminalisation, en se référant aux articles 2 (sur le droit à la vie) et 3 (sur l'interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants) de la Convention. Ainsi, « une dépénalisation de l'euthanasie serait en conflit avec les dispositions de l'article 2 CEDH, qui impose à l'État l'obligation de protéger la vie humaine »[316]. La proposition de loi de la majorité serait donc contraire à la Convention sous différents angles : « parce que : – sa formulation est beaucoup trop générale ; – elle prive le patient en fin de vie de la protection de la loi ; – on ne peut obliger personne à subir des traitements inhumains, (...) l'inhumanité d'un traitement ne peut être invoquée pour mettre fin à la vie que s'il n'existe aucune alternative (autrement dit, s'il y a conflit manifeste entre les articles 2 et 3 de la convention) »[317].

---

314 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 429-30.
315 *Ibid.*, p. 360 et s.
316 *Ibid.*, p. 265-6.
317 *Ibid.*, p. 162-5.

Pour d'autres, il serait conforme à la Convention d'intervenir avec une euthanasie comme *extrema ratio* seulement après le filtre des soins palliatifs : « En ne développant pas ces soins avant l'entrée en vigueur d'une loi sur l'euthanasie, on risque en effet de se heurter à l'article 2 de la CEDH. Selon la logique de l'article 2, l'État ne peut en effet reconnaître la possibilité de recourir à l'euthanasie que dans des circonstances très exceptionnelles. L'interruption de vie ne peut être que le remède ultime, c'est-à-dire que l'on y recourt lorsque l'euthanasie est réellement le seul moyen restant pour atténuer une douleur insupportable. Lorsque la douleur est rebelle aux antidouleurs ou aux soins palliatifs, et que le seul moyen de l'atténuer consiste à recourir à l'euthanasie, il est donc impossible de concilier les deux obligations énoncées aux articles 2 et 3 de la CEDH. Cela signifie cependant aussi qu'il faut au moins proposer au patient toutes les possibilités permettant d'atténuer sa douleur : l'État a donc l'obligation de développer ces moyens » [318].

La Convention est citée de manière extensive aussi par un membre qui reprend un examen doctrinal et jurisprudentiel profond et stimulant, terminant par une conclusion équilibrée selon laquelle la Convention n'interdirait ni donnerait un droit à l'euthanasie[319]. L'intervenant examine d'abord la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme concernant l'avortement et il relève que la Cour n'a jamais considéré les législations nationales comme étant contraires au droit à la vie selon l'article 2 de la Convention. Il commente ensuite une affaire concernant une demande de suicide par un détenu, en prenant note du fait que ce cas est très différent d'une euthanasie et ne peut donc y être comparé. Il souligne ensuite que la Convention a été écrite pour protéger les individus contre le États et non pas pour empêcher l'exercice d'une liberté. Il en déduit que les critiques faites à la proposition des six auteurs tirées de l'article 2 CEDH sont sans fondement. Finalement, il analyse aussi les problèmes potentiels soulevés par l'article 3 de la Convention, mais il exclut également que cet article soit utile à apprécier l'activité médicale au vu d'une jurisprudence se référant à des situations bien différentes d'une euthanasie (notamment des traitements expérimentaux effectués sans consentement). Il

318 *Ibid.*, p. 263.
319 *Ibid.*, p. 174-9.

s'ensuit qu'« il n'apparaît pas que les arguments tirés de l'article 2 de la CEDH puissent remettre en cause le vote éventuel d'une législation organisant, réglementant et dépénalisant l'euthanasie »[320].

Des visions clairement opposées, qui – nous le verrons – se trouveront à nouveau face à face dans une phase ultérieure du processus législatif[321].

1.3.3.4.5 Les mots pour le dire

Les considérations liées aux définitions et au langage sont très importantes aussi dans le débat parlementaire. Ceci n'est pas étonnant, car un langage clair et une législation claire sont des sources de transparence et de sécurité juridique, deux principes clés dans ce contexte.

Un sénateur se borne à constater que « beaucoup de personnes auditionnées ont souligné le flou des notions utilisées »[322]. D'autres soulignent l'utilisation de définitions non univoques voire contradictoires et renvoient de manière détaillée aux considérations terminologiques faites par les experts ou par les sénateurs pendant les auditions. C'est le cas d'un membre qui rappelle l'intervention du Dr Philippart : « Lorsqu'on parle d'euthanasie, même dans le public médical, cela couvre beaucoup de réalités. L'arrêt de traitement est souvent appelé euthanasie (...), on voudrait engouffrer dans l'entonnoir d'un mot très précis des tas de réalités très différentes »[323], et ensuite l'intervention du Dr Diricq concernant la confusion qui demeure autour des termes « euthanasie active », « euthanasie passive », « suicide assisté », « acharnement thérapeutique »[324]. Un autre intervenant conclut : « Au travers des différentes auditions, on a pu constater que tous ne donnaient pas à ce mot [euthanasie] la même signification et que même ce vocable prêtait à la confusion, tant il est vrai que, traduit du grec, il signifie littéralement "bonne mort".

320 *Ibid.*, p. 179.
321 *Cf. infra,* § 1.3.6.
322 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 359.
323 *Ibid.*, p. 300. Le docteur Franz Philippart intervient au nom de l'Ordre des Médecins, avec le docteur Raoul Hache.
324 *Ibid.* Le docteur Catherine Diricq est psychologue en équipe mobile de soins palliatifs. Le même membre, dans cette intervention, cite aussi d'autres exemples, *ibid.*

Qui ne souhaite une bonne mort ? Peut-on ou doit-on dès lors se rallier à la définition qu'en a donné le comité de bioéthique ? L'utilisation du vocable euthanasie paraît aujourd'hui à l'intervenante plus source de problèmes que de nature à clarifier les concepts. Or, il est essentiel à ses yeux que dans une telle matière, les différents actes médicaux qui peuvent être posés en fin de vie fassent l'objet d'une clarification à la fois aux yeux des médecins et des soignants mais aussi aux yeux des patients qui doivent savoir à quoi s'en tenir, sous peine de craindre l'hospitalisation, comme l'a rappelé le docteur Clumeck. L'intervenante se réfère aussi à ce qu'elle a pu lire dans la presse chaque jour, et qui montre combien les concepts d'euthanasie, de suspension ou d'arrêt d'un traitement recouvrent des situations très diverses et que les médecins eux-mêmes y donnent des sens parfois différents. Il s'agit donc, pour le législateur, d'être extrêmement attentif à ces notions, et de les préciser le plus clairement possible dans une éventuelle loi »[325].

On repère ensuite des observations concernant le besoin d'un langage clair : « Il paraît important de disposer de textes clairs, comme certains experts l'ont souligné »[326], « la population attend des textes clairs, dénués d'ambiguïté, et les parlementaires ne peuvent pas non plus se satisfaire d'une telle ambiguïté, qui pourrait amener à des divergences ou des contradictions dans la jurisprudence. L'intervenant déclare qu'il ne votera un texte que dans la mesure où il saura exactement ce qu'il signifie au minimum et au maximum »[327]. Ou encore : « Il s'agit donc, pour le législateur, d'être extrêmement attentif à ces notions, et de les préciser le plus clairement possible dans une éventuelle loi »[328].

Nous avons déjà traité brièvement de l'importance du langage[329] et nous le ferons encore plus loin[330]. C'est une affaire qui est capitale à nos yeux, tant du point de vue juridique que sociologique.

---

325 *Ibid.*, p. 425. Le docteur Nathan Clumeck est chef du département de Médecine interne et du service des Maladies infectieuses à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles.
326 *Ibid.*, p. 252.
327 Ph. Monfils, *ibid.*, p. 279.
328 *Ibid.*, p. 425.
329 *Cf. supra,* § 1.4.4C.
330 *Cf. infra,* § 1.3.8.1C.

1.3.4 Les amendements et le texte adopté en commissions

Suite au débat général, en novembre 2000, commencent l'examen, le débat et le vote des 687 amendements déposés à la proposition des sénateurs de la majorité gouvernementale.

Du point de vue procédural et méthodologique, nous enregistrons une avancée d'envergure pour notre recherche : si le débat sur les amendements demeure à huis-clos, les amendements sont obligatoirement signés et nous pouvons enfin connaître la position précise et concrète de chaque signataire ainsi qu'identifier les principaux protagonistes du dossier au Sénat.

Suivant le règlement intérieur du Sénat belge, les amendements et sous-amendements sont débattus avant de passer à leur vote[331]. L'ordre suivi pour ce débat et ce vote est l'ordre chronologique de l'article de la proposition de loi auquel l'amendement se réfère. Nous suivrons ce même ordre (au lieu du simple ordre de dépôt, qui obéit par contre à des critères non substantiels) afin d'examiner les différents amendements proposés au même sujet. Aussi, pour rendre notre synthèse plus fluide et écarter les technicismes, nous éviterons de faire la distinction systématique entre amendements et sous-amendements ou encore amendements subsidiaires[332], et nous nous concentrerons sur le contenu des changements proposés.

Toujours selon le règlement intérieur, tout sénateur (qu'il soit membre ou non des commissions concernées) peut participer au débat[333] et déposer des amendements[334]. Les seules choses que les sénateurs non membres des commissions ne peuvent faire, c'est de participer au vote ou d'être nommés rapporteurs. Nous le soulignons à présent car nous remarquerons bientôt la présence de sénateurs très actifs (notamment ceux de la VU-ID)

---

331 Règlement du Sénat de Belgique, 1999, précité, art. 59.

332 Cette dernière catégorie d'amendements (« amendements subsidiaires ») n'est pas mentionnée dans le règlement interne de Sénat, mais nous en constatons l'utilisation dans la pratique. Il s'agit d'amendements qui sont votés uniquement si un amendement qui précède n'est pas adopté.

333 Règlement du Sénat de Belgique, 1999, *op. cit.*, art. 23 § 5.

334 *Ibid.*, art. 59.

qui ne prendront ensuite pas partie au vote pour manque de représentation dans les commissions concernées.

Finalement, une précision d'ordre politique s'impose. Nous avons examiné la composition des commissions parlementaires dans la période concernée[335] et il nous semble important de préciser que l'ensemble des élus des partis qui composent la majorité gouvernementale forment une majorité parlementaire importante, de 20 sénateurs sur 30 membres au total[336]. Il faudra garder ces chiffres à l'esprit lorsque nous analyserons le résultat des votes.

1.3.4.1 L'intitulé de la proposition de loi

Les amendements déposés à l'intitulé de la proposition de loi montrent déjà les différentes approches des forces politiques et font aussi revenir à la surface des problèmes terminologiques apparus dès le début du débat.

Face à un intitulé assez sec et simple que les sénateurs de la majorité ont mis en tête de la proposition (« Proposition de loi relative à l'euthanasie »), des sept amendements déposés les cinq les plus important visent notamment à :

– remplacer carrément cet intitulé par celui de la proposition de loi déposée par les élus du PSC[337] (« Proposition de loi modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales »)[338] ; comme nous le constaterons plus loin, ceci fait partie d'une stratégie plus large de ce parti visant à essayer de remplacer purement et simplement un texte par l'autre par le biais d'amendements contenant les différentes parties de la proposition ;

---

335 Commissions et délégations, *Doc.*, Sén., n° 2-6/3, 2000-2001.

336 Chacune des deux commissions de la Justice et des Affaires sociales se compose de 15 membres, dont 10 font partie des partis de la majorité.

337 C. Nyssens et consorts, Proposition de loi du 16 novembre 1999 modifiant l'arrêté royal nº 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, précitée.

338 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/5, 2000-2001. Amendement n° 53 déposé par Clotilde Nyssens et consorts.

– limiter le champ d'application de la proposition aux cas de patients en phase terminale, comme le propose un amendement d'un élu PRL[339] ;

– changer l'objet de la proposition de l'euthanasie au suicide assisté[340] ou alors médicalement assisté[341], comme le propose le même élu du PRL dans deux amendements ;

– remplacer l'intitulé par « Proposition de loi portant protection des droits et de la dignité de l'homme en fin de vie », comme le propose un amendement des élus du CVP[342] .

Tous ces amendements sont rejetés à une écrasante majorité[343].

1.3.4.2 Les dispositions générales

Ce chapitre de la proposition de loi contient la définition de l'euthanasie (à l'article 2[344]). Il s'agit d'un article capital, car il définit l'objet de la loi. Il n'est donc pas étonnant qu'à cet article soient déposés vingt-et-un amendements.

Avant de les aborder, nous constatons aussi que dix autres amendements sont déposés au même chapitre, afin de changer son titre (« Dispositions générales ») ou d'ajouter une série d'articles à positionner avant la définition de l'euthanasie. Les plus significatifs sont notamment :

– deux amendements sont déposés respectivement par des élus du PSC et du CVP[345] visant à changer le titre du chapitre, afin que son objet devienne les soins palliatifs ;

– quatre autres amendements visent à ajouter plusieurs articles, pour respectivement : insérer les soins palliatifs dans le texte de la proposition

339 *Ibid.*, amendement n° 27 déposé par Alain Destexhe.
340 *Ibid.*, amendement n° 28 déposé par Alain Destexhe.
341 *Ibid.*, amendement n° 39 déposé par Alain Destexhe.
342 *Ibid.*, amendement n° 38 déposé par Hugo Vanderberghe et Ingrid Van Kessel.
343 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précitée, p. 554-5.
344 *Ibid.*, p. 7-8.
345 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/5, 2000-2001. Amendement n° 42 déposé par Hugo Vandenberghe et Ingrid Van Kessel et amendement n° 45 déposé par Clotilde Nyssens et René Thissen.

(MCC/PRL/Écolo[346]) ou dans l'arrêté royal n° 78 sur l'art de guérir (PSC[347]) ; interdire l'acharnement thérapeutique (PSC[348]) ou l'autoriser seulement à la demande du patient (CVP[349]).

Tous ces amendements sont rejetés à d'amples majorités[350]. Pour ce qui est des amendements concernant les soins palliatifs, leur rejet doit – à nos yeux – aussi être vu dans la perspective de l'examen parallèle au Sénat d'une des autres propositions de loi déposées par les sénateurs de la majorité[351] : cet autre texte est consacré justement aux soins palliatifs, a été débattu ensemble avec celui sur l'euthanasie et (nous le verrons) sera adopté le même jour. Il ne faut donc pas lire le rejet des amendements comme un refus de légiférer sur les soins palliatifs.

L'article 2 de la proposition de loi des sénateurs de la majorité prévoit que « Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci »[352]. Il s'agit de la clé de voûte de toute la proposition. Les vingt-et-un amendements qui y sont déposés concernent notamment :

– la suppression pure et simple de l'article 2, comme le font un amendement conjoint MCC/PRL/Écolo[353] et un amendement CVP[354] ;

– le remplacement de cet article par un texte complètement différent et ayant trait aux soins palliatifs, comme le font un amendement PSC[355] (qui reprend la stratégie de

346 *Ibid*. Amendement n° 24 déposé par Alain Destexhe, Nathalie de T'Serclaes et Paul Galand.

347 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc*., Sén., n° 2-244/5, 2000-2001. Amendement n° 51 déposé par Clotilde Nyssens et René Thissen.

348 *Ibid*. Amendement n° 58 déposé par Clotilde Nyssens et René Thissen.

349 *Ibid*. Amendement n° 61 déposé par Hugo Vandenberghe.

350 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 577.

351 M. Vanlerberghe, M. Nagy, J. De Roeck, J. Leduc, Ph. Mahoux et Ph. Monfils, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative aux soins palliatifs, précitée.

352 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 2, p. 7-8.

353 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc*., Sén., n° 2-244/5, 2000-2001. Amendement n° 26 déposé par Nathalie de T'Serclaes, Alain Destexhe et Paul Galand.

354 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc*., Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 99 déposé par Hugo Vandenberghe, Ingrid van Kessel et Mia De Schamphelaere.

355 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc*., Sén., n° 2-244/5, 2000-2001. Amendement n° 46 déposé par Clotilde Nyssens et René Thissen.

remplacement du texte de la majorité part le texte PSC, déjà abordée plus haut) et deux amendements CVP[356] ;

– le remplacement de cet article par un texte plus restrictif et s'appliquant uniquement à la phase terminale, dans un cas en ajoutant par le même biais la qualification de médecin pour la personne qui pratique l'euthanasie (MCC)[357] et dans un autre cas en y ajoutant aussi la « douleur intolérable et impossible à traiter » comme condition (CVP)[358] ;

– la suppression du mot « euthanasie » (toute en gardant la description des actes qu'on peut pratiquer), dans un cas (PRL) en ajoutant aussi la condition d'être en phase terminale[359], dans un autre (VU-ID) en ajoutant par le même biais les actes se référant au suicide assisté[360], dans deux autres (CVP) en ajoutant la condition d'être en phase terminale[361] et en enlevant la prévision du suicide assisté[362] ;

– l'ajout – à la définition proposée – de différents éléments, tels que : l'assistance au suicide (VU-ID)[363], le fait que seul un médecin peut pratiquer l'euthanasie (CVP[364], MCC[365]), la présence d'une souffrance inapaisable (Écolo)[366] et rebelle aux traitements (CVP)[367] comme conditions additionnelles ; dans un cas on ajoute l'exclusion explicite de l'application au suicide assisté (CVP)[368].

---

356 *Ibid.* Amendements n° 43 et 57 déposés par Hugo Vandenberghe, Ingrid van Kessel et Mia De Schamphelaere.

357 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 62 déposé par Nathalie de T'Serclaes.

358 *Ibid.* Amendement n° 92 déposés par Hugo Vandenberghe, Ingrid van Kessel et Mia De Schamphelaere.

359 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/5, 2000-2001. Amendement n° 29 déposé par Alain Destexhe.

360 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 97 déposé par Patrik Vankrunkelsven.

361 *Ibid.* Amendement n° 98 déposé par Hugo Vandenberghe, Ingrid van Kessel et Mia De Schamphelaere.

362 *Ibid.* Amendement n° 68 déposé par Hugo Vandenberghe.

363 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/3, 2000-2001. Amendement n° 5 déposé par Patrik Vankrunkelsven.

364 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 91 déposé par Hugo Vandenberghe, Ingrid van Kessel et Mia De Schamphelaere.

365 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/7, 2000-2001. Amendement n° 100 déposé par Nathalie de T'Serclaes.

366 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 95 déposé par Paul Galand.

367 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/7, 2000-2001. Amendement n° 103 déposé par Hugo Vandenberghe, Ingrid van Kessel et Mia De Schamphelaere.

368 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 67 déposé par Hugo Vandenberghe.

Tous ces amendements sont rejetés à d'amples majorités[369]. La définition proposée par les sénateurs de la majorité demeure donc inchangée et devient la première pierre angulaire de la nouvelle loi. L'article 2 est adopté par 17 voix contre 12[370], une majorité assez large.

Finalement, toujours dans ce premier chapitre, quatre amendements ultérieurs sont déposés par le CVP, visant à ajouter des nouveaux articles concernant entre autres les soins palliatifs[371] et l'abréviation de la vie par sédation, arrêt ou abstention de traitement[372]. Ces amendements sont également rejetés à une ample majorité[373].

1.3.4.3 Les conditions et la procédure

Nous entamons maintenant le chapitre qui représente l'épine dorsale de la proposition de loi, celui contenant les conditions et la procédure. Sous le titre « La requête du patient ou de son mandataire », se trouve l'article 3 qui liste la série de conditions qui doivent être remplies pour qu'un médecin donne suite à une demande d'euthanasie. Plus encore que dans la définition, on sait que c'est ici que se joue le cœur de la partie politique : il n'est donc pas étonnant qu'à cet article soient déposés pas moins de 150 amendements et consacrés de longs débats.

Parmi ces nombreux amendements, seuls 17 sont finalement adoptés, tous déposés par des sénateurs des partis de la majorité (en différentes « formations ») ou de la VU-ID. L'opposition sociale-chrétienne (PSC et CVP confondus), malgré un arsenal de septante-huit amendements déposés à cet article, perd sur toute la ligne. Par ailleurs, quarante-cinq amendements (un nombre considérable) sont déposés par des sénateurs du MCC ou d'Écolo, parfois ensemble et d'autres fois séparément : le fait que les élus de ces

369 *Ibid.*, p. 642-44.
370 *Ibid.*, p. 644.
371 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 69 déposé par Hugo Vandenberghe.
372 *Ibid.* Amendement n° 94 déposé par Hugo Vandenberghe, Ingrid van Kessel et Mia De Schamphelaere.
373 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 654.

deux partis ne marchent pas compacts avec les sénateurs de la majorité et ressentent le besoin de se différencier sur certains aspects est à remarquer ; de ces amendements, trois seulement sont adoptés.

Après cet aperçu d'ensemble, venons-en à l'examen détaillé de l'article et de son évolution suite aux amendements déposés. Le texte initial de l'article 3 contenu dans la proposition prévoit d'abord les conditions qui doivent être remplies pour qu'un médecin donne suite à une requête d'euthanasie : « Lorsqu'un patient majeur ou mineur émancipé, capable et conscient, demande l'euthanasie de manière expresse, non équivoque, mûrement réfléchie, répétée et persistante, un médecin peut, en conscience, accepter de donner suite à cette requête si le patient fait état d'une souffrance ou d'une détresse constante et insupportable, qui ne peut être apaisée, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable »[374]. Ensuite, l'article aborde le cas de la déclaration anticipée chez le patient inconscient (en y incluant également le rôle du mandataire)[375].

Le premier amendement d'envergure à cette article est déposé par les sénateurs de tous les partis de la majorité ensemble avec ceux de la VU-ID : il s'agit d'un texte qui remplace bel et bien l'article 3 afin d'y apporter toute une série de modifications et notamment d'ajouts. Tout d'abord l'amendement sort de cet article le paragraphe concernant la déclaration anticipée, dans le but d'inclure cette partie dans un autre article

---

374 L'article continue ainsi :
« Le médecin doit, en outre, préalablement :
1º informer complètement le patient de tous les aspects de son état de santé, ainsi que des différentes possibilités de prise en charge palliative existantes et de leurs conséquences ;
2º consulter un autre médecin quant au caractère incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Il transmet cet avis au patient. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée ;
3º s'assurer de la persistance de la souffrance ou de la détresse du patient et de sa volonté réitérée. À cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient ;
4º s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa requête avec toutes les personnes qu'il souhaitait rencontrer, notamment les membres de l'équipe soignante avec laquelle le patient est en contact régulier. De plus, à la demande du patient, le médecin est également tenu de s'entretenir de la requête avec les proches du patient, ainsi qu'avec les membres de l'équipe soignante (...) ».
Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 3, p. 8-9.

375 *Ibid.*, p. 8-9.

expressément y consacré. Ensuite, comme illustré par le premier signataire Philippe Mahoux lors du débat sur les amendements, le texte apporte une série de changements qui tiennent compte « des remarques fondamentales qui ont été faites au cours du débat »[376] et notamment : le fait que le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue ; que sa demande doit être actée par écrit ; que aussi le patient n'étant pas en état de formuler sa demande par écrit peut quand même l'introduire sous certaines conditions ; qu'on pose des conditions supplémentaires pour le patient ne se trouvant pas en phase terminale[377].

Lors de son exposé de présentation de l'amendement, Philippe Mahoux exprime aussi son approche globale concernant d'autres points cardinaux de la proposition et anticipe alors des choix qui se concrétiseront lors du dépôt d'amendements concernant les articles suivants et qui visent à démontrer cette même écoute du débat et des positions d'autrui affirmée plus haut. Ainsi, il avance la décision de ne pas modifier le Code pénal[378], contrairement à ce que prévoyait la proposition de loi des sénateurs de la majorité ; et ceci non pas pour un changement de conviction mais pour respecter des raisons « plutôt symboliques »[379] exprimées par certains commissaires. Ensuite, il affirme que le médecin sera libre d'accéder ou non à la demande du patient, ce qui sauvegarde donc la liberté déontologique et de conscience du médecin[380]. Nous imaginons qu'il essaye ici de rassembler un soutien plus important à cet amendement clé, par l'illustration du « paquet » dont il fait idéalement et politiquement partie.

Le nombre et – surtout – la qualité des signataires de cet amendement font déjà présager dès le départ qu'il sera adopté ; il reçoit (probablement aussi pour cette raison) de nombreux sous-amendements visant à en modifier le texte, dont 15 sont adoptés. Parmi ceux-ci, les plus importants concernent :

---

376 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 658.

377 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 14 déposé par Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven et Marie Nagy.

378 Ce point sera traité aussi *infra*, § 1.3.4.9.

379 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 657.

380 *Ibid.*, p 657.

– la rédaction par écrit de la demande du patient et une procédure alternative pour le patient qui n'est pas en état de le faire – amendement Écolo / PS / Agalev / VLD / SP / PRL[381] ;

– l'absence de pressions extérieures – amendement VLD / PRL / PS / Écolo / Agalev[382] ;

– la caractérisation de la souffrance comme « physique ou psychique » – amendements MCC et SP / VLD / PS / PRL / Écolo[383].

Finalement l'amendement est adopté par une large majorité de 17 voix contre 10 et 1 abstention[384].

Le texte adopté prévoit que le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que le patient est capable et conscient au moment de sa demande ; qu'il 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 ; que la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure. La demande du patient doit être actée par écrit. Le médecin doit informer le patient de son état de santé et évoquer avec lui les thérapies et/ou soins palliatifs envisageables, mener plusieurs entretiens avec lui de manière espacée dans le temps, consulter un autre médecin, s'entretenir avec l'équipe soignante et (si le patient le souhaite) les proches et s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer. Des conditions complémentaires peuvent en toute situation être posées par le médecin mais des conditions supplémentaires

---

381 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/12, 2000-2001. Amendement n° 209 déposé par Paul Galand, Philippe Mahoux, Josy Dubié, Jacinta De Roeck, Jeannine Leduc, Myriam Vanlerberghe, Jan Remans et Philippe Monfils.

382 *Ibid.*, amendement n° 183 déposé par Jeannine Leduc, Philippe Monfils, Jan Remans, André Geens, Philippe Mahoux, Paul Galand, Marie Nagy et Jacinta De Roeck.

383 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 66 déposé par Nathalie de T'Serclaes ; Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/12, 2000-2001. Amendement n° 204 déposé par Nathalie de T'Serclaes ; *ibid.*, amendement n° 224 déposé par Myriam Vanlerberghe, Jeannine Leduc, Philippe Mahoux, Philippe Monfils, Marie Nagy et Paul Galand.

384 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précitée, p. 902.

sont obligatoires pour les cas où le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance : consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée ; laisser s'écouler au moins un mois entre la demande l'euthanasie[385].

[385] Le texte de l'article adopté se lit comme suit :
Des conditions et de la procédure
§ 1er. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :
– le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande ;
– la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ;
– 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 ;
et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.
§ 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :
1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire ;
2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. À cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient ;
3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.
Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ;
4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci ;
5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne ;
6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.
§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :
1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ;
2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.
§ 4. La demande du patient doit être actée par écrit.
Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. 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.
Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document.
Ce document doit être versé au dossier médical.
Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical

Par contre, ne sont pas adoptés (car rejetés, devenus sans objet ou alors retirés) tous les amendements visant notamment à :

– ajouter d'une manière ou de l'autre et dans des parties différentes de l'article la prévision de soins palliatifs ou d'information à leur égard (amendements CVP[386], MCC[387] et PSC[388]), dans un cas (CVP) en essayant de remplacer complètement cet article par un autre relatif seulement aux soins palliatifs et inclus dans la proposition de loi CVP[389] ;

– introduire la notion d'état de nécessité (amendements PSC[390] et CVP[391]) ;

– introduire comme condition ultérieure l'impossibilité de traiter autrement le patient (amendements CVP[392]) ;

– exclure les mineurs émancipés (amendements MCC/Écolo[393], CVP[394] et PSC[395]) ou les femmes enceintes d'un enfant viable (amendements VU-ID[396]) du champ

---

et restitué au patient.

§ 5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

386 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/10, 2000-2001. Amendements n° 151 et 148 déposés par Hugo Vandenberghe ; Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/5, 2000-2001. Amendement n° 44 déposé par Hugo Vandenberghe et Ingrid Van Kessel.

387 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/12, 2000-2001. Amendements n° 170 et 171 déposés par Nathalie de T'Serclaes.

388 *Ibid.* Amendement n° 182 déposé par Clotilde Nyssens.

389 Amendement n° 44, *cf. supra*, note386.

390 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 72 déposé par Clotilde Nyssens et René Thissen ; Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/12, 2000-2001. Amendement n° 212 déposé par Clotilde Nyssens et René Thissen.

391 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc., Sén.*, n° 2-244/8, 2000-2001. Amendements n° 111, 112 et 113 déposés par Hugo Vandenberghe, Mia De Schamphelaere et Ingrid Van Kessel ; Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/12, 2000-2001. Amendement n° 186 déposé par Hugo Vandenberghe et Mia De Schamphelaere.

392 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/10, 2000-2001. Amendements n° 152, 147 et 145 déposés par Hugo Vandenberghe.

393 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 64 déposé par Nathalie de T'Serclaes et Paul Galand.

394 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/10, 2000-2001. Amendement n° 154 déposé par Hugo Vandenberghe.

395 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/12, 2000-2001. Amendement n° 175 déposé par Clotilde Nyssens.

396 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc., Sén.*, n° 2-244/2, 1999-2000. Amendement n° s1 déposé par Patrik Vankrunkelsven et Vincent van Quickenborne ; Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/8, 2000-2001. Amendement n° 115 déposé par Patrik Vankrunkelsven ; Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/8, 2000-2001. Amendement n° 227 déposé par Patrik Vankrunkelsven.

d'application de la loi[397] ;

– limiter le champ d'application aux patients en phase terminale (amendements MCC[398], PSC[399] et CVP[400]).

Sont également rejetés ou déclarés sans objet, trois amendements déposés comme articles 3*bis* (nouveaux textes) visant à établir des conditions différentes pour les patients non terminaux[401] (Écolo) et à réintroduire l'article 72 du Code pénal concernant l'état de nécessité[402] (CVP).

1.3.4.4 La déclaration anticipée

Après le chapitre sur les conditions et la procédure, suit le chapitre sur la déclaration anticipée (article 4). Ce texte à l'origine – dans la proposition de loi des sénateurs de la majorité – prévoit la possibilité de déclarer par écrit les préférences du patient pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté car inconscient. Il inclut la désignation d'un mandataire sans toutefois en expliciter le rôle[403].

---

397 Pour la thématique de la femme enceinte, *cf. infra*, § 1.3.4.5.

398 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 65 déposé par Nathalie de T'Serclaes ; Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/9, 2000-2001. Amendement n° 123 déposé par Nathalie de T'Serclaes.

399 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 73 déposé par Clotilde Nyssens et René Thissen ; Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/12, 2000-2001. Amendement n° 219 déposé par Georges Dallemagne, Clotilde Nyssens et René Thissen.

400 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/10, 2000-2001. Amendement n° 153 déposé par Hugo Vandenberghe.

401 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/9, 2000-2001. Amendements n° 129 et 130 déposés par Pau Galand.

402 L'amendement est ainsi libellé : « Art. 3*bis*. L'article 72 du Code pénal, abrogé par la loi du 15 mai 1912, est rétabli dans la version ci-après : « Art. 72. Sans préjudice de l'application de l'article 71, la loi peut spécifier les circonstances particulières dans lesquelles l'état de nécessité peut être invoqué ». Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/10, 2000-2001. Amendement n°v136 déposé par Hugo Vandenberghe.

403 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 4, p. 9 : « Lorsque le patient a déclaré anticipativement, par écrit et conformément à l'article 4, sa volonté qu'un médecin interrompe sa vie s'il est inconscient, qu'il n'existe aucun moyen de le ramener à un état conscient, qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique incurable et qu'il se trouve dans cette situation, le mandataire désigné par la déclaration exerce les droits du patient. La requête du patient ou celle de son mandataire, ainsi que l'ensemble des démarches du médecin et leur résultat, sont consignés au jour le jour dans le dossier médical du patient ».

Le débat sur cet article est presque aussi intense et long que celui sur le précédant et le nombre d'amendements déposés est encore plus important : au total deux cents vingt-neuf. Toutefois, de ceux-ci, soixante-cinq ne sont pas soumis au vote car devenus sans objet suite au retrait d'un amendement clé[404] (ce qui implique le dépôt d'une nouvelle série d'amendements pour les remplacer et qui fait donc « gonfler » artificiellement le nombre total). Nous entrerons dans les détails ci-après, mais il est d'ores et déjà intéressant de remarquer que seulement six amendements sont adoptés[405].

Le premier amendement déposé à cet article provient des sénateurs principalement de la majorité (de tous ses partis sauf Écolo et avec l'ajout de la VU-ID)[406]. Il confirme le texte de la proposition à deux exceptions près : il ajoute à la condition de l'inconscience celle d'une « situation irréversible selon l'état actuel de la science »[407] et rend facultative la désignation du mandataire tout en précisant son rôle (mettre le médecin traitant au courant de la volonté du patient et poursuivre l'exécution de la déclaration de volonté).

Cet amendement reçoit soixante-cinq sous-amendements, tous déposés par des membres de l'opposition PSC/CVP ou alors par des membres Écolo ou MCC[408]. Nous n'examinons pas le contenu détaillé de ces amendements car – comme nous venons de le dire – pendant le débat, les signataires du premier amendement le retirent en faveur d'un nouveau texte, ce qui implique la caducité de l'ensemble des soixante-cinq sous-amendements[409].

---

404 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précitée, p. 956-8.

405 *Ibid.*, p. 1110-20.

406 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 15 déposé par Jeannine Leduc, Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven et Philippe Mahoux.

407 *Ibid.*

408 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précitée, p. 956-8.

409 *Ibid.* p. 956-8.

Le nouveau texte d'amendement[410] est déposé par les élus des mêmes partis sauf la VU-ID et apporte certains éléments nouveaux : le terme « mandataire » est remplacé par « personne de confiance » et à l'article 4 est ajouté un paragraphe 2 contenant les conditions dans lesquelles l'euthanasie n'est pas une infraction lorsqu'elle est effectuée à la suite d'une déclaration anticipée, en parallèle (et sur le même modèle, *mutatis mutandis*) de ce que fait l'article 3 pour les patients conscients. Ce dernier ajout devient indispensable suite au caractère optionnel de la nomination d'une personne de confiance[411] et contribue ainsi à combler un vide potentiel et à clarifier la procédure[412].

Lors de son adoption, l'amendement est voté en deux parties séparées[413] : dans les deux cas, ils sont approuvés par une très large majorité.

Le texte adopté prévoit que toute personne capable peut, pour le cas où elle ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, qu'elle est inconsciente et que cette situation est irréversible. La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès, en présence de deux témoins majeurs. La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté. Elle peut être retirée ou adaptée à tout moment. Le paragraphe 2

410 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/15, 2000-2001. Amendement n° 291 déposé par Jeannine Leduc, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck, Jan Remans, Philippe Monfils et Philippe Mahoux.

411 Cette motivation est explicitée dans la justification de l'amendement n° 16, retiré et remplacé par l'amendement n° 291. Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc*., Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 16 déposé par Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven, Philippe Mahoux et Jeannine Leduc.

412 Ce même amendement sera complémenté par l'adoption de quelques sous-amendements d'importance secondaire.

413 Le premier paragraphe est adopté par 18 voix contre 6 et 3 abstentions, alors que le second paragraphe est adopté par 18 voix contre 9 et 1 abstention. Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1119-20.

du même article contient les conditions dans lesquelles l'euthanasie n'est pas une infraction lorsqu'elle est effectuée à la suite d'une déclaration anticipée, comme le fait (*mutatis mutandis*) l'article 3 pour les patients conscients[414].

[414] Le texte de l'article adopté se lit comme suit :
De la déclaration anticipée
§ 1er. Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :
– qu'il 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.
La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.
La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.
Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.
Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration.
La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.
La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.
Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.
§ 2. Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au §1er, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :
– est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ;
– est inconscient ;
– et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science ;
et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.
Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement :
1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.
Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée ;
2° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci ;
3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient ;
4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.
La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Par contre, ne sont pas adoptés les autres 157 amendements déposés notamment par le CVP (78), le PSC (37), le MCC (30), Écolo (8), la VU-ID (2) ou Écolo conjointement avec le MCC (1) ou le PSC (1)[415]. Ces amendements ont des objectifs assez différenciés mais tous visent à supprimer, remplacer ou modifier substantiellement ce qui est le but de la majorité gouvernementale : établir une déclaration de volonté afin que le patient devenu inconscient puisse être euthanasié par un médecin sous certaines conditions.

Grâce à l'examen du processus d'amendement de cet article, nous pouvons dire que :

– les sénateurs de la majorité et notamment ceux qui appartiennent au PS / SP / VLD / PRL / Agalev, dans ce contexte bougent ensemble, déposent peu d'amendements et uniquement ceux qui contribuent à bâtir le texte final.

– les sénateurs du MCC et d'Écolo continuent à montrer leurs positionnements nuancés par le dépôt d'amendements différents ou par l'absence de leur signature aux amendements de la majorité. Ceci met de surcroît en évidence les différents positionnements entre PRL et MCC, qui font toutefois partie de la même fédération et donc du même groupe parlementaire[416].

– les sénateurs de l'opposition sociale-chrétienne déposent un très grand nombre d'amendements mais aucun d'eux n'est approuvé, à l'exception d'amendements véritablement mineurs en termes d'enjeux et non conflictuels. N'arrivant pas à rassembler une majorité en soutien à leurs positionnements, ils articulent une stratégie à plusieurs couches successives : suppression, amendement majeur, amendement mineur, amendent purement lexical ou de style. Cette stratégie semble à ce point vouée à l’échec, qu'on peut légitimement se poser la question s'il n'y aurait pas – à la base du dépôt de tant d'amendements – une intention dilatoire.

Pour ce qui est des positionnements et des enjeux soulevés par ces amendements

415 *Ibid.,* p. 1110-20.

416 On pourrait aussi questionner, à ce propos, la représentativité de M. Monfils pour la fédération PRL-FDF-MCC dans ce dossier. Toutefois, il est chef du groupe parlementaire et ceci a évidemment une signification politique claire.

rejetés, dans leurs justifications, on peut trouver des repères intéressants, tels que :

– le CVP fait sienne la proposition n° 3 exposée dans l'avis n° 9 du Comité de Bioéthique[417] (le maintien pur et simple de l'interdit légal de l'arrêt actif de la vie chez les personnes incapables), dont par ailleurs il cite des extraits à plusieurs reprises. Dans la justification du premier amendement (et aussi le plus important) déposé par trois élus du CVP[418], on lit que : « Nul ne peut mettre fin intentionnellement à la vie d'autrui, pas même sous le couvert d'un acte médical en principe autorisé. (…) La reconnaissance légale de la déclaration de volonté avec demande d'euthanasie active est inadmissible. (…) S'il est possible que la déclaration de volonté ait été un jour le reflet parfaitement clair et exact du choix délibéré et fondé sur une bonne information du patient, il n'en reste pas moins que ce choix a été fait à une époque déterminée et compte tenu de tout ce qui était possible et impossible à cette époque sur les plans médical et social. On ne peut pas admettre non plus qu'en pareille situation un mandataire se fasse l'interprète de la volonté du patient »[419].

– le PSC fait également sienne la proposition n° 3 exposée dans l'avis n° 9 du Comité de Bioéthique[420] et, dans la justification de son amendement le plus significatif à ce sujet[421], précise que « la question des directives anticipées doit être vue dans le cadre global des droits du patient »[422] et du consentement libre et éclairé ; une directive anticipée « peut donner des indications importantes au médecin quant à la position du patient par rapport à l'acharnement thérapeutique, à la réanimation, aux traitements extraordinaires etc. »[423], toutefois « la directive anticipée ne peut pas porter sur l'arrêt actif de la vie »[424]. De plus, « l'arrêt actif de la vie des personnes incapables doit rester interdit en toutes circonstances. Cet interdit est une condition sine qua non de garantie du respect des droits des plus faibles et donc aussi de garantie de protection des valeurs

---

417 Avis n° 9 du Comité consultatif de bioéthique du 22 février 1999 « concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté », in E. Vermeersch, Y. Englert, A. Van Orshoven et L. Cassiers, *Les avis du Comité consultatif de bioéthique de Belgique, 1996-2000, op. cit.*, p. 93.

418 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/16, 2000-2001. Amendement n° 293 déposé par Hugo Vandenberghe, Mia De Schamphelaere et Ingrid van Kessel.

419 *Ibid.*

420 Avis n° 9 du Comité consultatif de bioéthique du 22 février 1999 « concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté », précité, p. 93.

421 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/16, 2000-2001. Amendement n° 399 déposé par Clotilde Nyssens.

422 *Ibid.*

423 *Ibid.*

424 *Ibid.*

démocratiques fondamentales »[425].

– le MCC, par les amendements déposés par Nathalie de T'Serclaes et notamment son amendement le plus étendu[426], se montre favorable à une déclaration anticipée mais sans y inclure la possibilité d'y demander une euthanasie. Il est aussi favorable à la nomination d'une personne de confiance mais sans que celle-ci soit considérée comme « mandataire ». Ce concept est repris et expliqué dans la justification d'un sous-amendement[427] : « Si le patient le juge utile, il désigne une personne de confiance chargée de mettre le médecin au courant de l'existence de la demande écrite. Cette personne de confiance n'agit cependant pas en tant que mandataire ».

– Écolo se borne en général à proposer des modifications concernant des aspects pour ainsi dire « secondaires » de la proposition, dans la mesure où aucun texte radicalement différent n'est proposé. L'intervention est donc soit ponctuelle sur des aspects secondaires (par ex. caractéristiques de la personne de confiance[428]) soit plus globale (par ex. en amendant un paragraphe d'un article[429]) mais alors pour exprimer une position légèrement divergente et non pas alternative.

– la VU-ID a une intervention quantitativement fort limitée mais qualitativement originale : ses deux amendements rejetés portent en effet dans un cas sur l'ajout du suicide assisté au champ d'application de la loi[430] et, dans l'autre cas, sur un changement structurel du paragraphe concernant l'arrêt de vie des incapables[431] (afin de ne pas discriminer entre les patients ayant ou n'ayant pas écrit une déclaration anticipée).

– les seuls amendements rejetés co-signés soit par Écolo/MCC [432] ou Écolo/PSC[433] ne concernent pas des éléments d'importance primaire.

---

425 *Ibid.*

426 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/16, 2000-2001. Amendement n° 351 déposé par Nathalie de T'Serclaes. Cet amendement ne contient pas de justification.

427 *Ibid.* Amendement n° 370 déposé par Nathalie de T'Serclaes.

428 *Ibid.* Amendement n° 401 déposé par Josy Dubié et Paul Galand.

429 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/17, 2000-2001. Amendement n° 483 déposé par Paul Galand.

430 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/2, 1999-2000. Amendement n° 2 déposé par Patrik Vankrunkelsven et Vincent Van Quickenborne.

431 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/17, 2000-2001. Amendement n° 482 déposé par Patrik Vankrunkelsven.

432 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/16, 2000-2001. Amendement n° 365 déposé par Nathalie de T'Serclaes et Paul Galand.

433 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/16, 2000-2001. Amendement n° 425 déposé par Clotilde Nyssens et Paul Galand.

1.3.4.5 La problématique de la femme enceinte

Cinq amendements sont déposés afin de traiter de la situation particulière d'une euthanasie demandée par une femme enceinte. Ces amendements s'ajoutent à un autre amendement qui avait été déposé précédemment et était devenu sans objet[434]. Tous ces amendements sont déposés par la VU-ID[435] à l'exception de deux qui sont déposés par le PRL[436] comme sous-amendements à ceux de la VU-ID. La VU-ID est donc la force politique qui introduit ce sujet dans le débat parlementaire sur la proposition de loi de la majorité.

Les amendements de la VU-ID ont tous le même objet et le même but : le patient sur lequel on pratique une euthanasie ne doit pas être une femme enceinte d'un enfant viable (c'est-à-dire qui a des fortes chances de survie). Si nous rencontrons plus qu'un amendement, c'est uniquement pour des raisons techniques : ils sont déposés comme sous-amendements ou alors ils sont placés à des endroits différents. Leur contenu ne change pas.

Le débat qui s'ensuit mène l'auteur des amendements à les retirer les uns après les autres. En effet des objections sont soulevées concernant la stigmatisation des femmes dans cette situation, le caractère trop vague du mot « viable » et l'absence de sa définition dans le droit pénal, l'opportunité de remplacer ce dernier mot par différents délais plus clairs (sur lesquels il n'y a pourtant pas d'unanimité), le lien à faire (ou pas) avec la législation sur l'interruption de grossesse, la possibilité de prévoir des normes différentes applicables à toute femme enceinte, l'opportunité de régler cette question dans la loi sur l'euthanasie ou de la reporter plutôt à un autre moment, le caractère probable de « cas

---

434 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/2, 1999-2000. Amendement n° 1 déposé par Patrik Vankrunkelsven et Vincent Van Quickenborne. Cet amendement a déjà été examiné lors de l'analyse des amendements à l'article 3.

435 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/8, 2000-2001. Amendement n° 115 déposé par Patrik Vankrunkelsven ; proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/12, 2000-2001. Amendement n° 227 déposé par Patrik Vankrunkelsven ; proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/14, 2000-2001. Amendement n° 267 déposé par Patrik Vankrunkelsven.

436 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/20, 2000-2001. Amendements n° 685 et 686 déposés par Philippe Monfils.

d'école » et moins de problème réel de cette question vu le nombre fort limité de cas probables, l'absence de prévision d'implication du père de l'enfant[437].

La réflexion d'une intervenante sur l'opportunité de l'adoption de cet amendement nous semble fondamentale dans la tournure que prend le débat : « Il n'est pas souhaitable d'alourdir par de telles applications extrêmes une loi qui traite déjà d'une question délicate et n'exclut, par exemple, pas l'euthanasie pour les patients qui ne sont pas en phase terminale »[438]. Et aussi ce qu'un autre membre ajoute : « Les cas visés sont à ce point marginaux que l'amendement crée plus de problèmes qu'il n'en résout »[439].

Patrik Vankrunkelsven décide alors de retirer tous ses amendements, après avoir d'abord souligné que « il n'a jamais eu l'intention de mettre des bâtons dans les roues des auteurs de la proposition »[440] et avoir ensuite affirmé qu'« il est difficile de trouver une formule qui puisse convenir à un texte de loi et qui exprime de façon positive la préoccupation de l'auteur de l'amendement, à savoir que les dispositions de la loi ne peuvent s'appliquer chez la femme enceinte d'un enfant viable qu'après que le médecin a pris en compte la situation spécifique de cette femme. Le législateur est par ailleurs dans l'incapacité de fixer des conditions spécifiques en la matière. L'intervenant trouve important que le problème ait été soulevé, et que les uns et les autres aient pu s'exprimer par rapport au sujet. Il semble exister un large consensus pour considérer qu'une attention particulière doit être accordée à une femme porteuse d'un enfant viable et qui se trouve dans une situation où elle pourrait bénéficier d'une euthanasie »[441].

Par conséquent, les deux amendements déposés par le PRL sont aussi retirés. Ils concernaient respectivement l'application de cette norme à toutes les femmes enceintes[442] ou alors le remplacement du mot « viable » par le délai de douze semaines, comme pour

---

437 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1120-32.

438 *Ibid.*, p. 1123.

439 *Ibid.*, p. 1130.

440 *Ibid.*, p. 1132.

441 *Ibid.*, p. 1133.

442 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/20, 2000-2001. Amendement n° 685 déposé par Philippe Monfils.

la loi sur l'interruption de grossesse[443].

1.3.4.6 La déclaration de décès et la commission fédérale

La proposition des sénateurs de la majorité prévoyait à son chapitre IV (article 5) la transmission d'une déclaration de décès du patient au procureur du Roi et à l'officier de l'état civil, ainsi que la transmission du document d'enregistrement à la commission fédérale d'évaluation[444]. Bien évidemment, la transmission au procureur devait lui permettre d'exercer un contrôle sur la légalité de l'acte euthanasique, raison pour laquelle la déclaration devait contenir une série de données relatives au décès[445].

Vingt amendements sont déposés à cet article, dont quatre sont adoptés. Le premier des amendements adoptés est déposé par les sénateurs de tous les partis de la majorité gouvernementale, sauf Écolo et avec la participation additionnelle de la VU-ID[446]. C'est l'amendement le plus important, car non seulement il modifie substantiellement le contenu de l'article mais il préfigure aussi de la modification de la structure de la proposition de loi. En effet, le double but de la majorité est expliqué pendant le débat sur les amendements : d'un côté, on fait le choix de joindre dans un seul texte la proposition de loi sur l'euthanasie et celle sur la commission fédérale d'évaluation, qui constituaient à l'origine deux propositions distinctes[447] ; de l'autre côté, on souhaite faire transmettre les déclarations de décès à « un organe-tampon »[448] comme la commission fédérale, plutôt qu'au parquet. On prévoit ainsi, grâce à l'amendement en question et au suivant[449], une série d'articles successifs (5 à 5*novies*, qui deviendront les articles 5 à 13 de la loi adoptée) qui introduisent les différentes dispositions concernant

---

443 *Ibid.* Amendement n° 686 déposé par Philippe Monfils.

444 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 5, p. 10.

445 *Ibid.*, p. 10.

446 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 1999-2000. Amendement n° 17 déposé par Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven, Philippe Mahoux et Jeannine Leduc.

447 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précitée, p. 1134.

448 *Ibid.*, p. 1134.

449 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 18 déposé par Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven, Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils et Myriam Vanlerberghe.

la commission fédérale d'évaluation. Revenant à notre article 5, des trois autres amendements adoptés un seul est intéressant, c'est-à-dire celui qui change le nom de la commission fédérale en commission « de contrôle et d'évaluation » (MCC)[450]. L'article 5 tel qu'amendé est donc adopté par 18 voix contre 8 et 3 abstentions[451], une très large majorité.

Le texte adopté de cet article prévoit que « le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi ».

Les 16 amendements rejetés ou retirés proviennent principalement de l'opposition sociale-chrétienne (sept du CVP et quatre du PSC), de la VU-ID (trois) ou du MCC (deux)[452] et concernent entre autres la transmission de la déclaration de décès à des organes de contrôle différents par rapport à la commission fédérale : ainsi, le CVP et le PSC préfèrent confier le contrôle « à un spécialiste agréé en médecine légale » qui « avise sans tarder le procureur du Roi de ses constatations »[453]. Les deux partis nuancent leurs positions dans la mesure où le CVP souhaite quand même maintenir une commission de contrôle mais en la rendant « régionale »[454] et non pas nationale ; le CVP souhaite aussi amender le Code civil concernant la déclaration de décès[455]. Les autres amendements concernent le nom de la commission fédérale (PSC et CVP)[456], l'établissement d'une peine de prison pour non-communication des informations à la commission fédérale (CVP)[457]

---

450 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/18, 2000-2001. Amendement n° 486 déposé par Nathalie de T'Serclaes.

451 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1182.

452 *Ibid.*, p. 1181-2.

453 *Ibid.* Amendements n° 504 et 505 déposés par Hugo Vandenberghe et Mia De Schamphelaere. Un contenu similaire se trouve dans les amendements déposés par le PSC (*Ibid.* Amendement n° 572 déposé par Clotilde Nyssens ; Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc*., Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendement n° 85 déposé par Clotilde Nyssens et René Thissen).

454 *Ibid.* Amendement n° 513 déposé par Hugo Vandenberghe et Mia De Schamphelaere.

455 *Ibid.* Amendement n° 504 déposé par Hugo Vandenberghe et Mia De Schamphelaere.

456 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/17, 2000-2001. Amendement n° 441 déposé par Clotilde Nyssens ; Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/18, 2000-2001. Amendement n° 514 déposé par Hugo Vandenberghe et Mia De Schamphelaere.

457 *Ibid.* Amendement n° 515 déposé par Hugo Vandenberghe et Mia De Schamphelaere.

et l'élargissement du champ d'application de la loi au suicide assisté (VU-ID)[458].

Comme nous venons de le mentionner, par un amendement signé par les sénateurs de tous les partis de la majorité gouvernementale sauf Écolo et avec la participation additionnelle de la VU-ID[459] est introduite une série d'articles dans la proposition de loi visant à créer la commission fédérale d'évaluation et à en préciser le fonctionnement (chapitre 5 du texte adopté). Examinons-les un par un, en rendant compte aussi au passage des autres amendements adoptés et rejetés.

Le (futur) article 6 prévoit l'institution d'une « Commission fédérale d'évaluation de l'application de la présente loi »[460], qui se compose de seize membres dont huit docteurs en médecine, quatre professeurs de droit dans une université belge ou avocats, et quatre issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable. L'article fixe aussi les incompatibilités avec des charges législatives ou gouvernementales, les procédures d'élection et les quotas linguistiques, la faculté de la commission d'établir son règlement interne.

Des 57 autres amendements déposés à ce sujet, seuls 4 sont adoptés. De ceux-ci, les plus importants (deux, déposés respectivement par tous les partis de la majorité et par le MCC) concernent l'intitulé de la commission (« de contrôle et d'évaluation », non seulement d'évaluation)[461] et harmonisent donc cet article avec le précédent. En gros, donc, le texte demeure tel que structuré par les auteurs de l'amendement en question. Le texte du (futur) article 6 est adopté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions[462].[463]

---

458 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/3, 2000-2001. Amendement n° 7 déposé par Patrik Vankrunkelsven ; Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/3, 2000-2001. Amendement n° 116 déposé par Patrik Vankrunkelsven.

459 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 18 déposé par Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven, Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils et Myriam Vanlerberghe.

460 *Ibid.*

461 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/19, 2000-2001. Amendement n° 650 déposé par Myriam Vanlerberghe, Jeannine Leduc, Jean-Pierre Malmendier, Jacinta De Roeck, Jan Remans et Philippe Mahoux ; *Ibid*. Amendement n° 487 déposé par Nathalie de T'Serclaes.

462 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1230.

463 Le texte adopté de cet article se lit comme suit :

Des 53 amendements rejetés ou retirés, 22 avaient été déposés par les élus du CVP, 10 par ceux du PSC, 7 du PRL, autant du MCC, 3 d'Écolo, autant de la VU-ID et 1 seul des VLD/SP/Agalev [464] . Quant au contenu de ces amendements rejetés, le seul amendement important concerne la nature même de la commission [465] (non pas une commission d'évaluation de l'application d'une loi sur l'euthanasie, mais une commission d'expertise médicale au niveau pénal) et montre la volonté de ses auteurs (PSC) de garder le contrôle des actes euthanasiques sous le domaine du juge pénal.

Le (futur) article 7 prévoit l'établissement par la commission fédérale d'un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin pour chaque cas d'euthanasie[466]. Ce document est composé de deux parties : une partie confidentielle (contenant les données d'identification du patient, des médecins et de toute personne impliquée de quelque manière dans la procédure) et une partie non confidentielle

---

La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation
§ 1er. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée « la commission ».
§ 2. La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.
La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.
Les membres de la commission sont nommés, dans le respect de la parité linguistique - chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe - et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.
La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.
§ 3. La commission établit son règlement d'ordre intérieur.

[464] Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 1227-30.

[465] Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/17, 2000-2001. Amendement n° 481 déposé par Clotilde Nyssens.

[466] Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 18 déposé par Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven, Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils et Myriam Vanlerberghe.

(contenant les données anonymes)[467]. Á côté de cet amendement, sont adoptés aussi sept autres amendements au même sujet, qui, entre autres, établissent la confidentialité de la deuxième partie du document (PRL[468]).

Le texte du (futur) article 7 est ainsi adopté par 17 voix contre 11 et 1 abstention[469], une majorité assez large[470].

Sont rejetés ou retirés 61 autres amendements relatifs au même sujet, dont 25

---

467 Sont demandées notamment le sexe et la date et lieu de naissance du patient ; la date, le lieu et l'heure du décès ; la mention de l'affectation accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient ; la nature de la détresse ou de la souffrance qui était constante et insupportable ; les raisons pour lesquelles cette souffrance pouvait être qualifiée d'inapaisable ; s'il y a lieu de parler d'une demande expresse, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchie, répétée et persistante ; si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance ; s'il existe une déclaration de volonté ; la procédure suivie par le médecin ; la qualification du ou des médecins consultés, et la date de ces consultations ; la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations ; la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés. *Ibid.*

468 *Ibid.* Amendement n° 532 déposé par Alain Destexhe.

469 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1272.

470 Le texte adopté de cet article se lit comme suit :

La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie.

Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes :

1° les nom, prénoms et domicile du patient ;

2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant ;

3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie ;

4° les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations ;

5° s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s) ;

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes :

1° le sexe et les date et lieu de naissance du patient ;

2° la date, le lieu et l'heure du décès ;

3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient ;

4° la nature de la souffrance qui était constante et insupportable ;

5° les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable ;

6° les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure ;

7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance ;

8° s'il existe une déclaration de volonté ;

9° la procédure suivie par le médecin ;

10° la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations ;

11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations ;

12° la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.

déposés par les sénateurs du CVP, 22 par le PSC, 9 par le MCC, 3 par le PRL, 1 par la VU-ID, 1 par Écolo/PRL, 1 par tous les partis de la majorité et un de ces derniers sauf Écolo[471].

Le (futur) article 8 règlemente la procédure d'examen du document d'enregistrement de la part de la commission. Dans le texte de l'amendement qui crée l'article, on prévoit que la commission contrôle, sur base du volet anonyme du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions prévues. En cas de doute, elle peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat et peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical. Ensuite, la commission se prononce dans un délai de deux mois : à la majorité des deux tiers, elle peut juger que les conditions prévues n'ont pas été respectées et renvoyer le dossier au procureur du Roi[472].

Cet article reçoit quarante-quatre autres amendements, dont huit sont adoptés qui concernent entre autres l'élargissement des devoirs de contrôle de la commission, en y incluant aussi les conditions relatives à la manière dont le document d'enregistrement doit être complété[473]. En gros, le texte ne change pas substantiellement par rapport au premier amendement qui l'introduit.

Le texte du (futur) article 8 est ainsi adopté par 17 voix contre 12[474], une majorité assez large[475].

---

471 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 1268-72.

472 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 18 déposé par Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven, Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils et Myriam Vanlerberghe.

473 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/17, 2000-2001. Amendement n° 470 déposé par Clotilde Nyssens.

474 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1295.

475 Le texte adopté de cet article se lit comme suit :
La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

Trente-six (36) autres amendements sont rejetés ou retirés, dont 18 déposés par le CVP, 8 par le PSC, 4 par Écolo, 2 par la VU-ID, 2 par des élus de tous les partis de la majorité gouvernementale, 1 par le MCC et 1 par Écolo/MCC[476]. Une série de ces amendements attire notre attention : il s'agit de 10 amendements, déposés soit par le CVP soit par le PSC, ayant pour but (à des niveaux différents) de rendre le pouvoir de contrôle au procureur du Roi, en le retirant à la commission fédérale[477].

Le (futur) article 9 prévoit que la commission établit tous les deux ans à l'attention des Chambres législatives un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement ; un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la loi ; le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la loi[478].

Bien que neuf amendements soient déposés à cet article, aucun d'eux n'est adopté.

Elle se prononce dans un délai de deux mois.
Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.
Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se récusera ou pourra être récusé pour l'examen de cette affaire par la commission.

476 *Ibid.*, p. 1293-5.

477 Le texte adopté de cet article se lit comme suit :
La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.
Elle se prononce dans un délai de deux mois.
Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.
Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se récusera ou pourra être récusé pour l'examen de cette affaire par la commission.

478 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n°v2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 18 déposé par Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven, Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils et Myriam Vanlerberghe.

Cet article est donc adopté par vingt voix contre sept et une abstention[479], une écrasante majorité des voix qui laisse supposer une majorité parlementaire et gouvernementale compacte[480].

Les (futurs) articles 10 et 11 concernent le personnel et les frais de fonctionnement de la commission [481] . Les deux articles sont adoptés à une écrasante majorité, respectivement de vingt voix contre huit[482] et de vingt-et-une voix contre huit[483].

Sont par ailleurs intéressants deux amendements que le PSC dépose pour essayer d'ajouter deux articles à la loi : ils ont pour but de sanctionner le médecin qui ne transmettrait pas le document d'enregistrement à la commission [484] . On prévoit l'emprisonnement de huit jours à un mois ou une amende de cinquante à cinq mille francs. Ces deux amendements sont rejetés.

---

479 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1302.

480 Le texte adopté de cet article se lit comme suit :
La commission établit à l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans :
a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8 ;
b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi ;
c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.
Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels.
Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.
La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée.
Elle peut entendre des experts.

481 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 18 déposé par Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven, Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils et Myriam Vanlerberghe.

482 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1302.

483 *Ibid.*, p. 1304.

484 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/18, 2000-2001. Amendements n° 495 et 601 déposés par Clotilde Nyssens.

Le (futur) article 12 prévoit la confidentialité des données pour quiconque applique la loi[485]. L'article est adopté par vingt-et-une voix contre huit[486], une écrasante majorité.

Finalement, le (futur) article 13 établit que dans les six mois du dépôt du premier rapport, les Chambres législatives organisent un débat à ce sujet[487]. L'article est adopté par vingt voix contre huit et une abstention[488].

Le CVP dépose un amendement visant à insérer un article qui obligerait la commission à fournir au procureur du Roi qui en fait la demande « toutes les informations dont il a besoin »[489] : il est rejeté[490].

1.3.4.7 Les dispositions particulières, les dispositions modificatives et l'entrée en vigueur

Sous des intitulés un peu vagues, se trouvent une série de dispositions importantes, allant de la liberté de conscience du médecin aux conséquences pour les contrats d'assurance. Suivent les dispositions modificatives du Code pénal et du Code civil, et finalement celles concernant la date d'entrée en vigueur de la loi. Voyons chaque article séparément.

L'article 6 de la proposition de loi (futur article 14) prévoit qu'« aucun praticien de l'art de guérir, ni aucune autre personne quelconque, n'est tenu de concourir à

485 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 18 déposé par Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven, Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils et Myriam Vanlerberghe.

486 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1306.

487 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 18 déposé par Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven, Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils et Myriam Vanlerberghe.

488 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1307.

489 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/19, 2000-2001. Amendement n° 652 déposé par Hugo Vandenberghe.

490 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1307.

l'application des articles 3 et 4, alinéa 2 »[491]. On y établit aussi que le médecin doit indiquer si son refus est motivé par des raisons médicales et qu'il est de toute façon tenu – à la demande du patient ou de son mandataire – de communiquer le dossier médical au médecin choisi par un de ces derniers[492].

Á cet article sont déposés 18 amendements, dont 4 sont adoptés. De ceux-ci, le plus important (déposé par les élus de tous les partis de la majorité) ajoute un paragraphe initial à l'article selon lequel « la demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante »[493].

L'article ainsi amendé est adopté par 18 voix contre 8 et 4 abstentions[494], une très large majorité[495].

Les 14 amendements rejetés ou retirés sont déposés par le PSC (quatre), le MCC (trois), le CVP (trois), la VU-ID (deux), le PRL (un) et les élus de PS/VLD/Agalev/SP (un)[496]. Sont notamment intéressants les amendements CVP visant à permettre l'objection de conscience des établissements et non seulement des praticiens : dans un cas, le principe est formulé en négatif (« Aucun établissement médical ni aucun établissement de soins, civil ou militaire, ne peuvent être obligés ni s'engager à donner suite à une demande

---

491 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 6, p. 10.

492 *Ibid.*, p. 10.

493 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/17, 2000-2001. Amendement n° 479 déposé par Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck, Marie-José Laloy, Jean-François Istasse, Jeannine Leduc et Paul Galand.

494 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1319.

495 Le texte adopté de l'article se lit comme suit :
La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.
Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.
Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.
Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.
Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

496 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1318-9.

d'euthanasie ou à collaborer à l'exécution d'une telle demande »[497]) ; dans l'autre, il est formulé en positif (« Tout établissement médical ou de soins, civil ou militaire, peut refuser de donner suite à une demande d'euthanasie ou de collaborer à l'exécution d'une telle demande »[498]). Intéressants sont aussi un amendement de la VU-ID qui vise à établir comme automatique le transfert du dossier à un autre médecin en cas de refus de pratiquer une euthanasie[499] et l'amendement PSC qui vise à reconnaitre au pharmacien le droit de refuser la délivrance d'un euthanasique « pour des raisons morales ou philosophiques »[500].

L'article 7 de la proposition de loi (futur article 15) prévoit que la personne décédée suite à une euthanasie « est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance »[501]. Il prévoit aussi l'application aux membres de l'équipe soignante des dispositions de l'article 909 du Code civil, c'est-à-dire l'interdiction pour le médecin de recevoir des donations de la part des patients, fut-ce entre-vifs ou par testament.

Cet article reçoit onze amendements, dont un seul est adopté. L'article 7 amendé est adopté par 18 voix contre 10 et 2 abstentions[502].[503]

Sont par contre rejetés 10 amendements déposés par le CVP (3), le PSC (3), le MCC (2) et l'ensemble des partis de la majorité sauf Écolo (deux)[504]. De ceux-ci, deux

---

497 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/19, 2000-2001. Amendement n° 643 déposé par Hugo Vandenberghe.

498 *Ibid.* Amendement n° 644 déposé par Hugo Vandenberghe.

499 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/2, 1999-2000. Amendement n° 4 déposé par Patrik Vankrunkelsven et Vincent van Quickenborne.

500 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/19, 2000-2001. Amendement n° 635 déposé par Clotilde Nyssens.

501 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précité, art. 7, p. 10-11.

502 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1328.

503 Le texte adopté de cet article se lit comme suit :
La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.
Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.

504 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1328.

sous-groupes nous interpellent : d'un côté, les amendements (PSC et CVP) qui visent à supprimer le premier alinéa (et donc l'équiparation de la mort pour euthanasie à la mort naturelle)[505], à le limiter aux malades terminaux[506] ou alors à introduire la possibilité d'une clause contraire dans le contrat d'assurance[507] ; de l'autre côté, les amendements (CVP et PSC) qui visent à élargir l'application de l'article 909, notamment – dans un cas – aux établissements[508].

Une série d'autres amendements de nature très différente l'un de l'autre est examinée à ce stade : il s'agirait en effet d'insérer des nouveaux articles après l'article 15, dans ce même chapitre qui traite des « dispositions particulières ». Bien qu'aucun de ces sept amendements ne soit adopté[509], certains sont politiquement intéressants et méritent une mention.

C'est le cas notamment de deux amendements de la VU-ID visant à insérer des nouveaux articles dans le Code pénal afin de criminaliser l'euthanasie[510] et le suicide assisté[511] lorsqu'ils sont pratiqués en dehors de la loi en question. Comme l'explique M. Vankrunkelsven pendant le débat, « on montre ainsi clairement à l'opinion publique que l'euthanasie ne peut être pratiquée en toute impunité ; qu'au contraire, elle figure explicitement dans le Code pénal et qu'elle ne constitue pas un délit que si elle est pratiquée dans le respect de toutes les conditions et procédures requises. À ses yeux, cela semble la solution la plus pertinente pour résoudre le problème sur le plan juridique »[512]. Les peines prévues sont plus basses que pour le meurtre, mais elles sont quand même importantes (dix à quinze ans pour l'euthanasie, six mois à trois ans pour l'assistance au suicide).

---

505 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/20, 2000-2001. Amendement n° 667 déposé par Clotilde Nyssens.

506 *Ibid.* Amendement n° 668 déposé par Clotilde Nyssens.

507 *Ibid.* Amendement n° 681 déposé par Hugo Vandenberghe.

508 *Ibid.* Amendement n° 684 déposé par Hugo Vandenberghe.

509 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1334-5.

510 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/3, 2000-2001. Amendement n° 9 déposé par Patrik Vankrunkelsven.

511 *Ibid.* Amendement n° 10 déposé par Patrik Vankrunkelsven.

512 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1331.

C'est aussi le cas d'un amendement CVP qui vise à insérer une peine de prison de un à cinq ans et une amende pour les cas d'« infraction aux articles 3, 4 et 5 de la présente loi »[513].

Dans la proposition de loi des sénateurs de la majorité apparait ensuite le chapitre qui contient les dispositions modificatives du Code pénal et du Code civil. Elles sont toutes supprimées du texte par des amendements de la même majorité. Voyons pour quelles raisons.

Analysons tout d'abord la modification proposée initialement au Code pénal. Nous l'avons vu précédemment[514], la proposition commune visait à intervenir dans le Code par l'insertion d'un article 417*bis*[515] décriminalisant l'euthanasie. Toutefois, « tenant ainsi compte d'objections d'ordre symbolique qui se sont exprimées lors des auditions »[516] et comme déjà préannoncé lors du débat sur les amendements à l'article 3[517], les élus de la majorité déposent un amendement afin de supprimer cet article[518]. Cet amendement est adopté à l'unanimité (19 sénateurs pour, 9 abstentions).

Au même article avaient été déposé quatre autres amendements, qui sont en partie retirés (PSC[519]) et en partie rejetés (MCC[520], VU-ID[521]). L'amendement déposé par le

513 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/20, 2000-2001. Amendement n° 669 déposé par Hugo Vandenberghe et Mia de Schamphelaere.
514 *Cf. supra*, § 1.3.3.1.
515 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précité, art. 8, p. 11.
516 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 20 déposé par Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck et Marie Nagy, justification.
517 *Cf. supra*, § 1.3.4.3.
518 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 20 déposé par Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck et Marie Nagy.
519 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/6, 2000-2001. Amendements n° 86 et 87 déposés par Clotilde Nyssens, Magdeleine Willame-Boonen, René Thissen, Georges Dallemagne et Michel Barbeaux.
520 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/20, 2000-2001. Amendement n° 675 déposé par Nathalie de T'Serclaes.
521 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/3, 2000-2001. Amendement n° 11 déposé par Patrik Vankrunkelsven.

MCC mérite une mention détaillée, car il vise à insérer dans le Code pénal un crime spécifique d'euthanasie : il s'agit du même type d'intervention que la VU-ID avait déjà essayé lors du dépôt des amendements à l'article 7*bis*[522], avec la différence importante que l'amendement du MCC suggère les mêmes peines déjà existantes pour le meurtre et l'assassinat, alors que la VU-ID suggérait des peine plus légères.

Ensuite, la proposition commune visait aussi à intervenir dans le Code civil, par le biais de deux articles : un article 9 qui complétait l'article 77 du Code civil en soumettant l'autorisation d'inhumer pour les cas d'euthanasie à l'accord préalable du procureur du Roi[523] et un article 10 qui complétait l'article 79 du Code civil en ajoutant l'indication de la cause du décès dans l'acte de décès[524]. Les deux articles sont supprimés par des amendements des sénateurs de la majorité (dans le premier cas, sans la participation d'Écolo et avec la participation de la VU-ID[525], dans le second avec tous et seuls les partis de la majorité[526]) car ils ne seraient plus en harmonie avec le texte tel qu'adopté jusque-là. Les auteurs des amendements l'expliquent clairement dans le débat : « puisqu'il est proposé de supprimer la transmission obligatoire au procureur du Roi, il n'y aurait pas de sens à maintenir son accord préalable comme condition de délivrance de l'autorisation d'inhumation »[527]. Par ailleurs, « dans la version actuellement proposée, l'euthanasie est considérée comme une mort naturelle, et un document pour partie anonyme est communiqué à la commission d'évaluation, qui appréciera ce qu'il y a lieu de faire »[528]. La position est claire, le vote conséquent : l'amendement suppressif est adopté par vingt-et-une voix contre huit.

---

522 *Cf. supra*, § 1.3.4.8.

523 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée, art. 9, p. 11.

524 *Ibid.*, art. 10, p. 11.

525 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 21 déposé par Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck et Patrik Vankrunkelsven.

526 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/20, 2000-2001. Amendement n° 673 déposé par Myriam Vanlerberghe, Jeannine Leduc, Philippe Monfils, Jan Remans, Jacinta De Roeck, Paul Galand et Philippe Mahoux.

527 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1338.

528 *Ibid.*, p. 1339.

Á ces deux articles avaient été déposés quatre amendements (deux pour chacun) par PSC, MCC et VU-ID, tous rejetés.

Pour finaliser le texte, reste à insérer la date d'entrée en vigueur, disposition qui ne figurait pas dans le texte de la proposition de la majorité. Ainsi sont déposés trois amendements : un par les sénateurs de la majorité avec en plus la VU-ID, qui vise à faire entrer en vigueur la loi « au plus tard trois mois après sa publication au Moniteur belge »[529] ; et deux par le CVP qui visent à faire entrer en vigueur la loi (à l'exception des articles se référant à la commission fédérale de contrôle) respectivement après[530] ou un an après[531] l'entrée en vigueur de la loi sur les soins palliatifs. Les intentions respectives sont claires, seul l'amendement de la majorité est adopté (par 17 voix contre 10 et 2 abstentions[532]).

Il nous reste à remarquer que le conflit et la confrontation entre positionnements divergents émerge même dans des articles auxquels on n'aurait pas d'emblée prêté attention, tel l'article sur la date d'entrée en vigueur de la loi. C'est la dernière preuve, si besoin en est, de la forte politisation du débat et du haut niveau de sensibilité de la question traitée.

1.3.4.8 Le vote final en commissions

Avant le vote final du texte en commissions, un certain nombre de membres prennent la parole pour les déclarations de vote[533], pour indiquer donc la position de vote concernant le texte (amendé) des sénateurs de la majorité et en expliquer les raisons. Puisque nous sommes encore à huis clos, il est impossible de deviner les partis de provenance des auteurs de certaines déclarations, à l'exception des interventions au nom

529 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/20, 2000-2001. Amendement n° 687 déposé par Philippe Monfils, Jacinta De Roeck, Jeannine Leduc, Jan Remans, Philippe Mahoux, Marie Nagy, Myriam Vanlerberghe et Patrik Vankrunkelsven.

530 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 2-244/19, 2000-2001. Amendement n° 621 déposé par Hugo Vandenberghe.

531 *Ibid.* Amendement n° 620 déposé par Hugo Vandenberghe.

532 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 1341.

533 *Ibid.*, p. 1341-58.

du CVP, du PSC et des six auteurs de la majorité car ils font référence aux textes déposés. Quoi qu'il en soit, ces déclarations n'ont pas une importance capitale à nos yeux dans la mesure où elles se bornent à reprendre des anciennes argumentations et n'y ajoutent pas d'éléments nouveaux. Nous n'allons donc pas les examiner.

L'ensemble de la proposition de loi amendée comme nous l'avons vu plus haut est adopté par 17 voix contre 12 et 1 abstention, c'est-à-dire une majorité assez ample mais moins importante que lors du vote des articles pris séparément. Comme il nous manque le résultat nominal du vote, il ne nous reste qu'à essayer de deviner qui – parmi les rangs de la majorité gouvernementale – ne soutient pas le texte. Trois voix manquent à l'appel : il pourrait s'agir de membres d'Écolo et/ou du PRL-FDF-MCC ; mais jusqu'au vote nominal en plénière, nous ne pourrons pas en avoir la certitude.

Quelques heures plus tard, aussi la proposition de loi sur les soins palliatifs est adoptée : celle-ci, à l'unanimité des 30 membres présents[534].

Les travaux en commissions réunies sont terminés. Le texte est transmis au Conseil d'État pour son avis non contraignant[535].

1.3.5 L'avis du Conseil d'État

Lorsque la procédure législative dans les commissions réunies touche à sa fin, le Président du Sénat saisit le Conseil d'État pour un avis sur les propositions de loi sur l'euthanasie et sur les soins palliatifs. Il s'agit d'un avis non obligatoire et non contraignant, qui a une nature juridique et non pas politique dans la mesure où il ne concerne pas les aspects substantiels mais seulement les aspects formels[536].

---

534 Proposition de loi relative aux soins palliatifs, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par MM. Galand et Remans, 9 juillet 2001, *Doc.*, Sén., n° 2-246/5, 2000-2001, p. 195.

535 *Cf. infra*, § 1.3.6.

536 *Conseil d'État. Vade-mecum sur la procédure d'avis devant la section de législation*, 2015, *in* http://www.raadvst-consetat.be/?page=proc_consult&lang=fr .

Le 2 juillet 2001, le Conseil livre son avis[537] contenant deux observations générales d'envergure[538] : la première ayant trait à la conformité de la proposition de loi avec le droit à la vie et la seconde ayant trait à l'examen de la proposition de loi au regard du droit pénal.

Concernant la conformité avec le droit à la vie, le Conseil se penche surtout sur l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) et sur l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP). Les deux articles ont des contenus presque superposables, mais ce n'est que le premier qui avait déjà amplement retenu l'attention des sénateurs pendant le débat[539].

La question de savoir si la proposition de loi sur l'euthanasie est conforme ou pas à l'article 2 de la CEDH (droit à la vie) avait été posée particulièrement par les membres sociaux-chrétiens et plus en général par ces élus (et experts) qui mettent la protection de la vie à la première place parmi les valeurs en lice, notamment en opposition à l'autonomie personnelle. En gros, elle avait été soulevée par les opposants à la nouvelle loi : d'où l'intérêt particulier d'entendre l'avis du Conseil d'État à ce sujet.

Or, ce dernier souligne tout d'abord que « l'importance de l'obligation de protéger le droit à la vie qui incombe aux autorités doit s'interpréter notamment au regard du droit à l'autodétermination »[540]. Il considère ensuite que « les articles 2 de la CEDH et 6 du PIDCP n'impliquent nullement l'obligation pour l'État de protéger la vie en toute circonstance contre le gré de l'intéressé »[541]. Il conclut que « même si elle prévoit une limitation de la protection du droit à la vie accordée jusqu'à présent par la loi, la proposition de loi relative à l'euthanasie soumise pour avis reste dans les limites imposées

537 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Avis du Conseil d'État, précité.

538 Comme d'habitude, nous nous bornons à examiner les points qui concernent la loi sur l'euthanasie et ne traitons pas ceux qui concernent la loi sur les soins palliatifs.

539 *Cf.* notamment *supra*, § 1.3.3.4.4C.

540 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Avis du Conseil d'État, précité, p. 4, § 6. Dans le même paragraphe le Conseil précise aussi que les autorités « peuvent prévoir des mesures d'ordre général afin de limiter les occasions d'automutilation ou de suicide, sans pour autant porter atteinte au droit à l'autodétermination (« personal autonomy ») de l'individu. (...) Lorsqu'un individu est incapable de décider pour lui-même, l'obligation des autorités est évidemment plus importante que lorsque l'intéressé est effectivement capable de faire des choix au sujet de sa propre vie ».

541 *Ibid.*, p. 5, § 7.

à la marge d'appréciation de l'autorité nationale par les articles 2 de la CEDH et 6 du PIDCP. En d'autres termes, la proposition de loi n'est pas incompatible avec les dispositions de la convention et du pacte précités »[542]. C'est un peu le mot de la fin qui est mis sur cette confrontation concernant le rapport entre la CEDH et la nouvelle loi.

Concernant le droit pénal, le Conseil se penche sur la question de l'assistance médicale au suicide, en critiquant le législateur pour avoir fait le choix de « faire échapper l'assistance au suicide du champ d'application de la loi proposée relative à l'euthanasie »[543]. En effet, le Conseil considère tout d'abord qu'il y a actuellement une trop grande incertitude sur le caractère punissable des comportements en question[544] et ensuite (et surtout) que ce choix pourrait porter atteinte aux principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination, pour les cas où « l'assistance au suicide se déroule dans le respect des conditions prévues par la proposition ou dans des conditions équivalentes »[545]. Tout en reconnaissant qu'il y a une différence objective entre les deux situations (l'acte conduisant à la mort est posé par le médecin ou alors par le patient), le Conseil estime que celle-ci ne justifie pas à elle seule un tel choix. « On comprend dès lors mal pourquoi la loi proposée ne vise pas le comportement du médecin qui met des substances létales à la disposition d'un patient à la demande de ce dernier, tout en lui laissant le choix du moment de sa mort et en s'abstenant de poser lui-même l'acte mortel, d'autant que, comme on vient de le voir, une pareille attitude peut, le cas échéant, conduire ce médecin à répondre de préventions de non-assistance à personne en danger »[546].

Finalement, toujours concernant le droit pénal, le Conseil fait remarquer que le non-respect de conditions très différentes et ayant un différent degré de gravité, telles les conditions de fond ou les conditions purement formelles prévues par la proposition de loi pour pouvoir pratiquer une euthanasie, pourrait avoir la même conséquence : la non-

542 *Ibid.*, p. 9, § 10.
543 *Ibid.*, p. 14, § 18.
544 Nous l'avons déjà vu *supra* (§ 1.2.1) et le Conseil d'État le précise : « Le suicide n'étant pas une infraction pénale, la personne ayant assisté celui qui a posé ce type d'acte ne peut être qualifiée de complice et elle ne sera donc en principe pas poursuivie. En pratique, il n'est toutefois pas exclu que ce comportement soit qualifié dans certains cas de non-assistance à personne en danger, incriminée par les articles 422*bis* et 422*ter* du Code pénal ». *Ibid.*, p. 14.
545 *Ibid.*, p. 14.
546 *Ibid.*, p. 15, § 18.

application de la future loi, de sorte que l'acte euthanasique serait à nouveau punissable. Ceci ne respecte pas le principe de proportionnalité[547].

En conclusion, le Conseil d'État donne un avis de conformité de la proposition de loi – telle que sortie de l'examen des commissions réunies – pour ce qui concerne le respect du droit à la vie et critique la proposition au regard du droit pénal non pas tellement pour ses dispositions mais principalement pour ce qu'elle n'inclut pas : le suicide médicalement assisté et des peine différentes – et moins lourdes – pour le non-respect des conditions purement formelles.

1.3.6 Le passage en plénière au Sénat

Du 23 au 25 octobre 2001, se déroulent au Sénat en séance plénière le débat et le vote sur les textes des deux propositions de loi approuvées en commissions réunies (euthanasie et soins palliatifs) et sur les amendements (nouvellement) y déposés.

Concernant la proposition de loi sur l'euthanasie, malgré des polémiques à cet égard pendant le débat[548], le niveau de participation des sénateurs en séance nous semble assez élevé[549] et le taux de participation au vote ne fait enregistrer que deux absents[550]. Par ailleurs, le débat est très vif et nous nous demandons si ces tons plus pétillants et colorés sont le fruit du fait qu'on arrive au moment clé d'une procédure durée deux ans et portant sur un sujet si sensible, si le fait qu'on se trouve finalement en public (et non plus à huis-clos) fait monter le ton pour avoir plus de visibilité ou si – par contre – ceci est le fruit de la méthode de transcription différente de la part des services de la séance : un résumé (physiologiquement moins détaillé) pour le débat en commissions à huis clos et un procès-verbal (fidèle mot-à-mot) pour la plénière. La réponse pourrait se situer dans un mélange de ces différents facteurs.

---

547 *Ibid.*, p. 15-6, § 19.

548 *Cf.* entre autres l'échange entre René Thissen, Philippe Monfils et Philippe Mahoux, *Ann. Parl.*, Sén., Session ordinaire de 2001-2002, Séance du matin du mercredi 24 octobre 2001, n° 2-151, p. 38-9.

549 *Cf.* l'intervention du Président de la séance, *ibid.*, p. 39.

550 La participation aux votes est de 68 voire 69 sénateurs (selon le vote) sur 71 ayant droit.

1.3.6.1 Le débat

Le débat général sur la loi sur l'euthanasie voit plusieurs interventions : d'abord les deux co-rapporteures (Mmes Laloy et Van Riet), ensuite les chefs des groupes parlementaires et finalement tout autre sénateur souhaitant prendre la parole.

En général, le fait que les noms des intervenants soient publics et qu'on puisse – finalement – s'assurer de la provenance des arguments n'amène pas d'énormes surprises, à l'exception des camps libéral et écologiste francophones. Nous verrons bientôt pourquoi.

Si les deux co-rapporteures font plutôt un résumé (assez technique) des travaux parlementaires en commissions, les chefs de file mettent par contre l'accent sur les points politiquement (et philosophiquement) plus importants pour chaque parti.

Le VLD, par l'intervention de Jeannine Leduc[551], souligne l'évolution qu'a vécu le texte de la proposition pendant le long processus parlementaire, ce qui rend les critiques de l'opposition (notamment concernant une présumée absence d'écoute des positions différentes) non-justifiées[552]. Elle constate aussi que le débat a eu – entre autres – le mérite de faire disparaitre un tabou et de permettre de réfléchir sur la mort[553]. Finalement, elle se réjouit du fait que la proposition en question permettra d'aider de nombreuses personnes à connaitre une mort humaine et digne[554].

Le PS, qui s'exprime par la voix de Philippe Mahoux[555], souhaite éclaircir sa vision sociale de la thématique. Ce débat touche, d'une part, à « l'autonomie de la personne pour ce qui concerne la détermination de sa vie et de sa mort et, d'autre part, à la nécessité pour une société qui s'affirme démocratique et pluraliste, d'organiser la solidarité entre chacun de ses citoyens »[556]. Dans cette perspective, les États laïcisés

551 *Ann. Parl.*, Sén., précitées, n° 2-149, p. 30-5.
552 *Ibid.*, p. 32.
553 *Ibid.*, p. 34.
554 *Ibid.*, p. 35.
555 *Ann. Parl.*, Sén., Session ordinaire de 2001-2002, Séance de l'après-midi du mardi 23 octobre 2001, n° 2-150, p. 5-17.
556 *Ibid.*, p. 6.

doivent s'occuper des rapports sociaux et non pas de l'intimité de la personne : « c'est cette zone, exempte de l'intervention de la loi, qui permet in fine de garantir à chacun une égale dignité »[557], car « chaque personne ne peut répondre que pour elle-même à la question de savoir ce qu'est une vie digne »[558]. Ceci ne signifie pas la négation d'une dimension intersubjective, mais « le refus de cette liberté de choix ultime conduirait à "instrumentaliser" la vie, la souffrance et la mort d'une personne au bénéfice d'une collectivité ou d'une conception philosophique ou religieuse. (...) C'est précisément pour consacrer la valeur de l'engagement intersubjectif qu'il faut permettre à chacun de garder une maîtrise sur sa vie et éventuellement, d'y renoncer »[559]. Ainsi, l'intervention d'un médecin qui aide le patient à mourir à sa demande « doit être considérée comme l'ultime expression d'une solidarité, du lien avec un autre que soi-même, en qui le malade a placé sa confiance »[560].

Le CD&V[561], par l'intervention d'Hugo Vandenberghe[562], exprime un « cris du cœur »[563] : les propositions soumises sont « inacceptables »[564]. « Les personnes peuvent-elles décider elles-mêmes de leur mort ? Suffit-il de dire "la majorité l'a décidé et le débat politique est clos" ? Suffit-il de dire que la mort relève de la vie privée et de l'intimité ? Selon nous, non. La protection du droit à la vie humaine n'est pas de nature privée mais relève de l'essence de notre cadre de société »[565]. « Le pouvoir politique est ainsi confronté à une question de méthode, celle de savoir si la majorité peut décider seule ou si elle doit tenir compte des différentes conceptions existant dans la société »[566]. Ensuite il affirme que seul l'état de nécessité pourrait justifier une euthanasie et que le CD&V est favorable à une réglementation de l'euthanasie seulement pour les cas de phase terminale. Finalement, il liste les principales objections à la proposition de loi en question : (a) « la

557 *Ibid.*, p. 7.
558 *Ibid.*, p. 7.
559 *Ibid.*, p. 7-8.
560 *Ibid.*, p. 8.
561 En septembre 2001, le CVP change de nom et devient CD&V. *Cf.* aussi *supra* notre Glossaire.
562 *Ibid.*, p. 17-26.
563 *Ibid.*, p. 17.
564 *Ibid.*, p. 17.
565 *Ibid.*, p. 19.
566 *Ibid.* Le même orateur ajoute aussi : « Si nous voulons aboutir au common sense, nous ne pouvons pas dire que nous sommes pour une société multiculturelle alors que nous ne tenons compte que d'une seule conception dans le processus décisionnel. Nous devons tenir compte de toutes les conceptions sur la vie et la liberté de choix ». *Ibid.*, p. 19.

valeur de la vie ne peut dépendre, ni au début ni à la fin, de la qualité de la vie »[567] ; (b) « la proposition de loi est ambiguë »[568] ; (c) « la loi pénale doit exprimer l'essence de la civilisation, son rôle est de protéger le plus faible au moment où il est le plus vulnérable »[569] ; (d) « si le mourant dispose d'une autonomie théorique, elle n'existe pas dans les faits »[570] ; (e) il est « inacceptable que la loi s'applique à la phase non terminale de la vie car cela nous éloigne de l'état de nécessité médical »[571]. En conclusion, « le groupe CD&V estime que la discussion est justifiée et accepte de souscrire à un texte qui règle l'euthanasie, dans des conditions strictes et dans la phase terminale. Nous sommes donc prêts à accepter un compromis. Le cadre de cette proposition est cependant trop large et trop incertain pour que nous puissions l'approuver »[572].

Philippe Monfils, parlant au nom du PRL-FDF-MCC[573], souligne que « ce qui est à la base de la proposition de loi, c'est l'autonomie »[574]. Il reprend ensuite le parcours de la confrontation philosophique qui se trouve, à ses yeux, à la base de ce débat : « Comment peut-on juger et donc interdire ? Comment peut-on dire ce qui est bien et ce qui est mal ? Les religions et les philosophies, certes, le font. (...) Toutefois, nos sociétés ont depuis longtemps séparé les églises de l'État. Les interdits religieux n'ont rien à voir avec la loi civile et pénale. Et bien sûr, tout en s'interdisant, extérieurement, de tirer argument du jugement négatif porté sur l'euthanasie par certaines autorités religieuses, des opposants se sont efforcés de justifier la limitation de l'autonomie par une sorte de contrôle que la société toute entière exercerait sur tous ses membres ou, plutôt, par une limitation de l'autonomie de chaque individu vis-à-vis des autres, limitation sans laquelle il n'y aurait plus de société viable. (...) Autonomie individuelle contre corps social réclamant en quelque sorte des comptes et fixant des règles de vie, voilà le fossé qui, dès le début des discussions, a opposé les membres de la commission. Ce fossé n'a jamais pu

567 *Ibid.*, p. 21.
568 L'orateur précise que « on peut prétendre qu'elle s'applique aux cas pour lesquels la médecine ne peut plus rien et où la souffrance est insupportable. On donne ainsi l'impression que l'euthanasie est une solution subsidiaire mais en fait ni dans la pratique, ni dans l'esprit des auteurs, ce n'est vrai. Le débat et le rapport le montrent bien. » *Ibid.*, p. 21.
569 *Ibid.*, p. 21.
570 *Ibid.*, p. 22.
571 *Ibid.*, p. 22.
572 *Ibid.*, p. 25.
573 *Ibid.*, p. 26-38.
574 *Ibid.*, p. 28.

être comblé »[575]. Ensuite il passe en revue les points concrets de la proposition, en rappelant d'emblée les points de désaccord principaux : « Dépénalisation ou état de nécessité, phase terminale et non terminale, contrôle a priori ou a posteriori, compatibilité de l'euthanasie avec la convention des Droits de l'Homme et d'autres actes internationaux, et, bien sûr, je l'ai rappelé plus haut, autonomie contre contrôle social, voilà les points fondamentaux de dissension. Et sur tous ces points, les attitudes n'ont pu se rapprocher au point d'aboutir à une synthèse acceptée par tous »[576]. C'est un peu la constatation de l'impossibilité d'un compromis possible, qui – loin d'être considérée un échec – est utilisée avec force par l'orateur afin de justifier l'affrontement par les votes. Il conclut enfin que « celui qui a gagné, c'est tout simplement la femme, l'homme, qui savent que même dans cette désespérance physique ou morale qui les conduit à demander qu'on mette fin à leurs souffrances, ils ne sont pas seuls. L'autonomie de chacun rencontre la solidarité. Je crois qu'ainsi, ils entreront dans la mort en étant tenus par la main »[577].

À travers l'intervention de Myriam Vanlerberghe[578], le SP.A[579] affirme qu'on ne peut pas obliger les personnes à vivre des moments inhumains et réplique au CD&V : « Monsieur Vandenberghe a raison. L'euthanasie est une issue de secours. Il reconnaît que certaines personnes ont besoin de cette issue de secours pour trouver une véritable solution au problème inhumain qu'elles vivent. On ne peut à la fois reconnaître la nécessité de cette issue de secours et prétendre que l'euthanasie doit rester répréhensible. Il faut oser admettre qu'une réglementation est nécessaire »[580]. Après avoir exprimé le regret que la proposition de loi ne couvre pas les mineurs d'âge, Mme Vanlerberghe rappelle que son parti, déjà au congrès de 1998, avait pris ses propres positionnements (y inclus concernant les mineurs) et que les propositions présentées dans le passé étaient dans la même ligne que celle de la proposition de la majorité débattue ce jour.

Clotilde Nyssens, au nom du PSC[581], affirme d'amblée ses convictions « bien

575 *Ibid.*, p. 28.
576 *Ibid.*, p. 29.
577 *Ibid.*, p. 38.
578 *Ibid.*, p. 38-42.
579 Le 13 octobre 2001, le SP change de nom et devient SP.A.
580 *Ibid.*, p. 38.
581 *Ibid.*, p. 42-53.

connues »[582] : elle votera « contre la proposition de loi dépénalisant l'euthanasie »[583], car deux ans de réflexions intenses l'ont convaincue des dangers d'une telle législation. Après un refus des clivages traditionnels (laïc / chrétien)[584], elle souligne la divergence apparue clairement au cours des discussions concernant la conception de dignité et liberté de la personne : « Pour les uns, la liberté de l'homme est fondée sur une conception plus individualiste ; pour les autres, la liberté est fondée sur une approche plus communautaire »[585]. Elle reconnait ensuite que le texte a évolué et que – si « les débats ont donc vu se confronter différentes conceptions de la liberté, liberté plus individuelle d'une part, liberté plus communautaire de l'autre »[586] – le texte soumis au vote est finalement « une ébauche d'articulation entre les deux »[587]. Venant aux aspects plus concrets de la proposition de loi, les critiques majeures touchent la dépénalisation (tout en reconnaissant l'importance de ne pas avoir touché au Code pénal), le champ d'application « mal défini » du texte (l'application à la phase non terminale est inacceptable), les mécanismes de contrôle (« ni rassurants ni adaptés »). Elle conclut son discours par une invocation qui revient aux principes philosophiques et qui indique bien où se situe encore le fossé idéal : « J'ose espérer que ce texte n'est pas le fruit d'une société occidentale désenchantée, aux prises avec une rationalité triomphante, instrumentale, un individualisme moderne trop possessif, en un mot le fruit d'une société trop libérale, voire libertaire »[588].

Jacinta De Roeck pour Agalev[589] se borne à re-parcourir le *cursus* historique (depuis les années 80) des différentes propositions déposées et des débats tenus, considérant ainsi que « le Sénat a, lui aussi, suffisamment pris le temps de mener le débat et qu'il faut maintenant clore les discussions »[590]. Elle passe en revue aussi les points

582 *Ibid.*, p. 43.
583 *Ibid.*, p. 43.
584 « Les débats ont aussi fort heureusement montré que les réactions face au texte proposé étaient multiples et transcendaient les clivages traditionnels, tant dans le monde laïc ou autre que du côté chrétien et dans les autres confessions. Il me semble que "les droits de l'homme" ne peuvent être confisqués par un courant de la pensée politique contemporaine ». *Ibid.*, p. 44.
585 *Ibid.*, p. 45.
586 *Ibid.*, p. 46.
587 *Ibid.*, p. 46.
588 *Ibid.*, p. 52.
589 *Ibid.*, p. 53-6.
590 *Ibid.*, p. 53.

principaux de la proposition d'Agalev et puis de celle des six auteurs, remarquant que la non-inclusion du suicide assisté est une « occasion manquée »[591].

Écolo, par l'intervention de Marie Nagy[592], rappelle que « la loi consacre la possibilité pour chacun soit d'aller jusqu'au bout de sa vie sans recourir à l'euthanasie et d'y trouver sa dignité, soit de demander à écourter la souffrance d'une maladie grave et incurable et d'y trouver, là aussi, une dignité. (...) La proposition de loi qui vous est soumise aujourd'hui est riche en ce sens qu'elle respecte cette double dignité : dignité de choisir en fonction des limites qui sont propres à chacun, de le faire sans obligation, sans contrainte, dans un choix qui puisse être accompagné le plus loin possible par la société »[593]. L'oratrice se félicite du choix qui a été fait de ne pas toucher au Code pénal et considère la décision de créer une commission de contrôle comme étant très équilibrée.

La VU-ID, à travers le discours de Patrik Vankrunkelsven[594], affirme d'abord sa déception pour le fait qu'on n'est pas parvenus « à un consensus entre les partis démocratiques du pays »[595] ; ensuite il confirme être favorable à une législation sur l'euthanasie, de surcroit car le texte actuel est meilleur que le texte initial. L'intervenant formule toutefois encore des critiques à la proposition, et notamment : le manque de règlementation du suicide assisté, la non institution d'un « filtre palliatif » obligatoire pour toute personne demandant une euthanasie, la non inscription de la loi dans le Code pénal et une application trop limitée de la déclaration anticipée[596]. Il conclut avec un message fort mais pas très clair par rapport aux conséquences : « je voudrais une nouvelle fois plaider pour l'élargissement de la législation au suicide assisté et pour la mention plus explicite des soins palliatifs dans cette loi. C'est seulement à ces conditions que je pourrai

591 *Ibid.*, p. 55.
592 *Ibid.*, p. 57-62.
593 *Ibid.*, p. 59.
594 *Ibid.*, p. 62-8.
595 *Ibid.*, p. 62. Il y ajoute aussi son analyse des raisons de cet échec : « Deux points de vue s'y affrontaient : d'une part, les défenseurs de l'euthanasie voulaient inclure dans la loi les patients non terminaux. D'autre part, les partis démocrates-chrétiens tenaient au concept "d'état de nécessité". Je déplore l'entêtement avec lequel le premier groupe a défendu sa position ».
596 « Actuellement, la déclaration anticipée reste limitée aux patients dans le coma. Les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale qui ont rédigé une déclaration anticipée et ne sont plus capables à un certain moment d'exprimer leur volonté, ne sont pas concernés par cette réglementation légale. Il s'agit pour moi d'une erreur à laquelle je n'ai pas pu trouver de solution. Il faudra peut-être améliorer la loi sur ce point ». *Ibid.*, p. 67.

voter avec conviction la présente loi ».

Gerda Staveaux-Van Steenberghe, au nom du Vlaams Blok[597], considère qu'une loi dans cette matière n'est pas nécessaire et explique ensuite les raisons juridiques et philosophique de l'opposition de la part de son parti. Le texte crée – à ses yeux – plus d'insécurité que de sécurité juridique[598], le champ d'application est trop vaste, on ne sait pas ce qu'il en sera des patients atteints de troubles psychiques, on ne comprend pas bien la signification du testament de vie (vu qu'il n'est pas contraignant), il y a des risques lorsqu'un testament est rédigé par une tierce personne et finalement la proposition ne prévoit pas de sanctions si les conditions ne sont pas respectées. Pour ce qui est des raisons philosophiques, elle affirme que son parti ne peut pas voter ce texte « non seulement parce que la proposition de loi implique trop de risques et peut mener à des abus, mais surtout parce que notre société met au centre de sa vision fondamentale l'interdiction de tuer et le droit à une vie digne. (...) Quelle culture et quelle société voulons-nous ? (...) Optons-nous pour une société qui estime que la douleur et la dignité s'excluent mutuellement ou pour une société qui veut justement chercher des liens entre la douleur et la dignité ? Choisissons-nous l'exaltation de l'autonomie ou la redécouverte de la communauté ? (...) Cela implique qu'outre des droits, une société doit avoir et maintenir des devoirs. La liberté de chacun implique la responsabilité de tous »[599].

Parmi les autres interventions à titre individuel, nous en reprenons seulement quelques-unes de par leur nature politiquement intéressante : celles des sénateurs écolos et libéraux francophones ayant déposé en commissions déjà des amendements se différenciant des positionnements des partis de la majorité.

Ainsi, Alain Destexhe[600] (PRL) entame son discours en affirmant qu'il partage les conceptions philosophiques des auteurs de la proposition mais qu'il a « de vives réserves

---

597 *Ann. Parl.*, Sén., précitées, n° 2-151, p. 6-11.

598 « La description des conditions nécessaires pour pouvoir pratiquer l'euthanasie se prête à diverses interprétations. (...) Qu'entend-on par exemple par le caractère incurable ou sans issue d'une situation ? Il est donc impossible de contrôler l'application de ces conditions ». *Ibid.*, p. 9.

599 *Ibid.*, p. 10-1.

600 *Ibid.*, p. 29-37.

sur la terminologie employée et sur le dispositif de la proposition loi »[601]. Cette sorte de binôme continuera (et s'accentuera) le long de son intervention et suscitera aussi des réactions de la part d'autres sénateurs[602]. Il exprime des doutes sur la terminologie et sur l'application à la phase non terminale, mais il passe ensuite sur un niveau plus de principe : « je crains la nature du message qui est ainsi envoyé à la société »[603] et il reconnait rejoindre à cet égard certains membres de l'opposition. « Parallèlement à cette émergence des valeurs protégeant la vie, nous trouvons une affirmation de plus en plus grande, également à travers de nombreux textes, de la liberté et de l'autonomie de la personne. Il y a évidemment une tension, un conflit »[604] et la proposition « crée tout de même une certaine transgression à l'interdit de tuer »[605]. Les réserves paraissent ici plutôt d'ordre idéal. L'orateur argumente ensuite contre la « forme d'administration, voire d'une bureaucratisation de la mort »[606] que la proposition crée : l'éthique de la responsabilité pourrait ainsi être remplacée par une « solution administrative de facilité »[607], alors qu'il n'y a pas besoin d'une procédure aussi « structurée et rigide »[608]. Dans ce cas, l'affirmation de principe – typiquement libérale – est très forte : « En vertu du principe d'autodétermination dont vous vous réclamez et dont je me réclame également, je ne donne pas à la société le droit de procéder à un contrôle démocratique sur ma propre mort. Je ne lui donne pas non plus le droit, si je ne le souhaite pas, de porter mon dossier à la connaissance d'une commission d'évaluation. Toujours au nom de ma conception de l'autodétermination, je m'oppose formellement à la consultation obligatoire de l'équipe soignante. Il s'agit de ma mort et je n'ai pas envie que l'on provoque une discussion avec des infirmières, des médecins et d'autres autour de mon cas »[609]. Le sénateur conclut son intervention en affirmant que la législation qui est proposée lui parait finalement préférable au maintien de la situation actuelle.

601 *Ibid.*, p. 29.
602 *Ibid.*, p. 31.
603 *Ibid.*, p. 30.
604 *Ibid.*, p. 30.
605 *Ibid.*, p. 31.
606 *Ibid.*, p. 32.
607 *Ibid.*, p. 32.
608 *Ibid.*, p. 33.
609 *Ibid.*, p. 33.

Paul Galand[610] (Écolo) commence son intervention en affirmant qu'il n'avait pas d'idée précise avant le début des travaux et qu'il a progressivement évalué qu'il valait mieux de légiférer. Il ajoute que « le texte discuté en commission a été notablement amélioré mais il reste encore à mes yeux des problèmes importants qui méritent, au stade actuel, un effort d'ajustement »[611]. Considérant l'importance du respect de la conscience de chacun et de la pluralité des options philosophiques, il affirme qu'« il faut donc, d'une part, préserver la pluralité des options philosophiques de fin de vie, leur respect, et, d'autre part, préciser les conditions suffisantes de minutie et de prudence à respecter, dans le cadre d'une forte solidarité de l'ensemble de la société pour des soins de santé accessibles à tous et du respect des droits humains »[612]. Après avoir touché certains aspect concrets du dispositif qu'il évalue positivement, le membre s'occupe des aspects encore critiques, notamment de la définition de l'euthanasie qui n'est pas suffisamment précise en ce que la finalité de l'acte (soulager des souffrances irréductibles et insupportables) n'est pas explicitée[613]. Il conclut finalement de cette manière : « J'espère de toute façon qu'en fin de parcours législatif, un solide triptyque "droit du patient – accessibilité à des soins palliatifs de qualité – exception d'euthanasie" aura pu être construit. J'espère aussi que la loi sur l'exception d'euthanasie s'inscrira dans une perspective d'acceptation d'une zone où l'on reconnaîtra que la loi ne peut trancher, sans qu'il ne soit pourtant illégal de s'y engager en respectant des conditions de prudence et de minutie suffisantes pour éviter les abus et les dérives »[614].

Nathalie de T'Serclaes[615] (MCC), rappelant la déclaration du gouvernement, souligne d'amblée qu'il s'agit d'un débat « plus éthique que politique »[616] et que « au sein

---

610 *Ann. Parl.*, Sén., Session ordinaire de 2001-2002, Séance de l'après-midi du mercredi 24 octobre 2001, n° 2-152, p. 8-14.

611 *Ibid.*, p. 8.

612 *Ibid.*, p. 9.

613 « D'une manière plus juridique, on pourrait dire que la finalité de l'euthanasie occupe une place centrale dans le débat sur la légalisation : il s'agit de soulager des souffrances irréductibles et insupportables. C'est cette finalité qui donne une légitimité à l'intervention du législateur. Aussi, nous paraît-il essentiel de reprendre cet élément dans la définition. À défaut, on pourrait laisser entendre que l'arrêt de vie lui-même est l'intention du médecin ou, encore, que la finalité de l'arrêt de vie est l'euthanasie elle-même. À cet égard, on peut avancer que la définition du Comité de Bioéthique est trop large. Ce n'est pas simplement une question de mots, c'est une question de détermination claire d'enjeux de société ». *Ibid.*, p. 13.

614 *Ibid.*, p. 14.

615 *Ibid.*, p. 16-25.

616 *Ibid.*, p. 17.

du groupe auquel j'appartiens, cette liberté de conscience est une évidence, un principe de base (...). Les mots d'ordre des partis n'ont pas leur place dans ce genre de discussion. Chaque parlementaire doit pouvoir se déterminer en âme et conscience. J'espère que ce sera le cas pour chacun d'entre nous, que nous soyons membres de la majorité ou de l'opposition »[617]. Elle exprime ensuite le regret pour ne pas être arrivés en commissions « à un véritable dialogue entre des options différentes »[618], car il y aurait eu moyen de travailler de manière plus ouverte. Suite aux réactions d'autres sénateurs, elle précise quand même : « Loin de moi l'idée de dire que les propositions de départ ont été adoptées telles quelles. Notre travail a, bien entendu, amené des améliorations, mais elles n'ont pu être apportées que dans un cadre particulièrement cadenassé »[619]. Après avoir indiqué qu'elle aurait préféré « emprunter la voie d'une législation plus globale relative à l'accompagnement de fin de vie, dans laquelle un des aspects pouvait être la question de l'euthanasie »[620], elle affirme qu'elle aurait pu se « rallier à un texte se limitant à la situation du patient conscient en phase terminale »[621]. Par ailleurs, elle explicite le point fondamental l'ayant amenée à voter contre la proposition en commissions : « celle-ci aborde, dans un même texte, des situations aussi différentes que celles du patient en phase terminale, du patient dont le décès n'est pas prévisible à brève échéance et du patient inconscient »[622]. Elle lance alors un dernier défi à la majorité : « Je déposerai donc à nouveau des amendements visant à limiter les dispositions prévues pour le patient en phase terminale. Le sort qui leur sera réservé au moment du vote conditionnera mon vote final, comme ce fut le cas en commission »[623].

1.3.6.2 Le vote

Cent-quarante-huit amendements sont déposés en plénière au Sénat : 71 par le CD&V, 36 par le PSC, 20 par le PRL-FDF-MCC, 19 par la VU-ID et 2 conjointement par la VU-ID et Écolo. Il s'agit en bonne partie d'amendements déjà déposés (et rejetés) en

617 *Ibid.*, p. 17.
618 *Ibid.*, p. 17.
619 *Ibid.*, p. 22.
620 *Ibid.*, p. 19.
621 *Ibid.*, p. 22.
622 *Ibid.*, p. 22.
623 *Ibid.*, p. 22.

commissions. Aussi, il s'agit uniquement d'amendements des sénateurs de l'opposition ou alors de sénateurs appartenant aux partis de la majorité gouvernementale ayant un positionnement individuel spécifique par rapport à cette même majorité.

Ceci rend évident le fait que pour la majorité, le choix est tranché avant le vote : on vise l'adoption du texte tel qu'adopté en commissions, puisque – entre autres – tout changement impliquerait des retards qui ne sont pas souhaités. Nous n'analyserons donc pas ces amendements un par un, de par leur manque d'originalité ou d'intérêt politique majeur.

Nous nous bornons à constater que la presque totalité de ces amendements est rejetée à une écrasante majorité[624] et que leur vote ne fait pas de « percée » dans les rangs de la majorité, à quelques exceptions près : tout en étant rejetés, neuf amendements[625] (déposés par PRL-FDF-MCC, CD&V ou VU-ID) récoltent quand même un soutien plus large que celui des partis de l'opposition confondus. Il s'agit d'amendements concernant notamment l'exclusion des mineurs émancipés du champ d'application de loi[626], la concertation avec l'équipe de soutien palliatif[627], le rôle de la personne de confiance[628], des entretiens additionnels[629]. Bien que de manière différente, ces amendements récoltent tous un soutien plus large que celui des oppositions, car ils sont votés (ou alors jouissent de l'abstention) de certains libéraux et écolos francophones, d'autres fois aussi d'élus d'Agalev. En général, il s'agit de votes individuels et non pas de tout le groupe parlementaire. Ces « géométries variables » font récolter aux amendements en question un soutien qui va de vingt-six à vingt-neuf voix (et jusqu'à sept voix d'abstention)[630], alors que l'opposition ne peut compter que sur vingt-quatre sénateurs. Quoi qu'il en soit, la majorité n'est donc jamais en péril réel.

---

624 *Ann. Parl.*, Sén., Session ordinaire de 2001-2002, Séance de l'après-midi du jeudi 25 octobre 2001, n° 2-155, p. 39-69.

625 Il s'agit des amendements n° 690, 691, 764, 821, 824, 827, 828, 831 et 836 (Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements déposés après l'approbation du rapport, *Doc.*, Sén., n° 2-244/25, 2001-2002).

626 *Ibid.*, amendements n° 821 et 824.

627 *Ibid.*, amendements n° 690 et 764.

628 *Ibid.*, amendement n° 691.

629 *Ibid.*, amendement n° 831.

630 *Ann. Parl.*, Sén., précitées, n° 2-155, p. 79-141.

Suite au vote des amendements, a encore lieu un tour de table des chefs des groupes et on passe ensuite au vote final. La proposition de loi est adoptée par quarante-quatre voix pour, vingt-trois contre et deux abstentions[631]. Pour ce qui est des couleurs de cette majorité, il s'agit en général des élus rattachés aux partis de la majorité gouvernementale sauf trois sénateurs du PRL-FDF-MCC qui votent contre[632] et deux sénateurs (PRL-FDF-MCC[633] et Écolo[634]) qui s'abstiennent. Votent en faveur de la proposition de loi tous les élus de la VU-ID[635]. La proposition de loi est ainsi transmise à la Chambre.

1.3.7 L'examen analytique des dynamiques parlementaires au Sénat

Dans les pages qui suivent nous jetons un regard rétrospectif afin d'analyser quelles dynamiques ont joué un rôle déterminant (ou coadjuvant) au sein du processus législatif et ont permis de parvenir à l'adoption de ce texte. C'est un examen *ex post*, à l'aide duquel nous essayons de faire ressortir le fil rouge qui lie les différentes étapes du processus et qui pourrait expliquer comment on est arrivé au texte final et les raisons de son adoption.

1.3.7.1 Les facteurs du succès

Nous apercevons plusieurs facteurs ayant contribué de manière importante au résultat en tant qu'éléments facilitateurs d'un accord. On peut les diviser entre : facteurs de nature politique ou contextuelle (a), facteurs de nature valorielle ou idéale (b) et facteurs de nature technique ou terminologique (c).

A. Une majorité gouvernementale et parlementaire innovante

631 Deux sénateurs sont absents au moment du vote, l'un de la majorité et l'autre de l'opposition : Philippe Bodson (PRL-FDF-MCC) et Ingrid van Kessel (CD&V).
632 Il s'agit notamment de Christine Cornet d'Elzius (PRL), Olivier de Clippele (PRL) et Nathalie de T'Serclaes (MCC). *Ann. Parl*., Sén., précitées, n° 2-155, p. 141.
633 Il s'agit d'Alain Destexhe (PRL). *Ibid.*, p. 141.
634 Il s'agit de Paul Galand (Écolo). *Ibid.*, p. 141.
635 *Ibid.*, p. 141.

L'absence des partis sociaux-chrétiens parmi les rangs du gouvernement (pour la première fois depuis presqu'un demi-siècle[636]) est un élément contextuel fondamental et – nous croyons – une condition *sine qua non* pour l'adoption de la loi : on peut difficilement imaginer qu'une majorité gouvernementale et parlementaire différente, notamment incluant les partis sociaux-chrétiens, aurait permis l'adoption d'une loi ayant un tel contenu.

Nous l'avons vu plus haut[637], les accords des deux gouvernements précédents (Dehaene I et II, de 1992 et 1995) avaient imposé un blocage sur les thèmes éthiques dans la mesure où ils avaient interdit des majorités de rechange pour certaines questions. Par contre, l'accord de gouvernement de 1999 souhaite affirmer une rupture nette avec le passé et laisser libre le Parlement de légiférer notamment sur la question de la fin de vie. Cette confrontation entre positionnements et postures opposées avait d'ailleurs animé la campagne électorale : les électeurs étaient donc conscients des enjeux sous-tendus à leur vote.

Ce constat de changement du climat politique dans le domaine éthique grâce à la nouvelle majorité gouvernementale est aussi revendiqué pendant le débat par des sénateurs de la majorité, notamment par Philippe Monfils (PRL) : « Une fois l'interdit levé, et dès que la majorité arc-en-ciel a laissé aux parlementaires carte blanche pour discuter de ce problème, toutes les propositions ont été reprises »[638].

Par ailleurs, nous avons constaté[639] que jusqu'en 1999, les partis sociaux-chrétiens n'avaient jamais déposé de proposition de loi concernant le thème de l'euthanasie et que PSC et CVP en déposent une seulement après que tous les partis de la majorité en ont fait autant et que le débat parlementaire a été officiellement ouvert dans l'agenda du Sénat. En d'autres mots, nous sommes légitimés à supposer que ces textes n'auraient jamais été déposés si les partis de la majorité n'avaient pas fait bouger les choses auparavant.

---

636 *Cf. supra,* § 1.3A.
637 *Ibid.*
638 *Ibid.*, p. 277.
639 *Cf. supra,* § 1.3A.

La volonté ferme de la majorité gouvernementale est aussi confirmée par des subtilités stratégiques que nous avons observées et que nous allons approfondir dans le prochain paragraphe[640]. D'un côté la décision de déposer un texte commun des élus des partis de la majorité, ce qui est censé aider à rejoindre un consensus majoritaire. De l'autre côté le choix de ne pas considérer publiquement cette proposition comme une proposition « de la majorité », en utilisant des définitions assez originales (comme « la proposition des six auteurs ») et en lançant ainsi un message de liberté de conscience totale laissée aux élus. Ceci montre, à nos yeux, l'extrême attention portée par la majorité à la dynamique parlementaire.

Finalement, le nombre de sénateurs sur lequel peut compter la majorité parlementaire est potentiellement écrasant : dans les commissions réunies, les partis de la majorité gouvernementale comptent au total 20 sénateurs sur 30[641], soit deux tiers. Il ne suffirait donc pas d'un petit désistement pour mettre en péril la majorité.

B. Des valeurs et une vision de l'état pour unir dans la différence

Les valeurs de l'autonomie personnelle et de la liberté individuelle dominent le débat. Le choix des sénateurs de la majorité de baser principalement sur ceux-ci leurs argumentations philosophiques se révèle gagnant notamment parce qu'il est couplé avec un autre élément valoriel fondamental : une vision pluraliste de la société et de l'état. Il s'agit en effet des deux faces d'une même médaille[642] : d'un côté, l'affirmation du droit de la personne de choisir librement de sa vie et de sa mort et d'interpréter comme elle le considère mieux ce qu'est sa dignité ; de l'autre côté, le choix de faire coexister (sans imposition aux uns ou aux autres) une pluralité d'options philosophiques dans une société, sans déterminer laquelle devrait l'emporter[643]. Or, comme le dit Philippe Monfils[644], dans une société pluraliste les conflits sont tranchés par l'autonomie de l'agent. Lorsqu'on a une

640 *Cf. infra,* § 1.3.8.2 sur les stratégies.
641 Commissions et Délégations, *Doc.*, Sén., n° 2-6/1, 1999-2000.
642 *Cf. supra,* § 1.3.3.4.1C.
643 *Ibid.*
644 *Cf. supra,* § 1.3.4.

multiplicité de conceptions philosophiques et de conceptions morales, il ne faut pas s'interroger sur la bonne façon de vivre sa mort mais sur la vision sociale qui respecte l'opinion de chacun et son choix libre et autonome.

Dans ce cadre, l'importance de la reconnaissance explicite d'une pleine liberté de conscience à tous les acteurs impliqués est bien évidemment capitale : nul n'est tenu, aux termes de la loi en question, de faire quoi que ce soit ; chacun est libre de faire ou ne pas faire. L'intervention d'un élu socialiste sonne alors comme une prophétie à laquelle on aurait du mal à se soustraire : « Nul ne sera ainsi poussé à commettre ou subir un acte qui serait contraire à sa conscience. Mais également, grâce à la loi libératrice, nul n'aura plus le pouvoir d'imposer à tous les autres ses conceptions dogmatiques »[645].

C'est toute une vision de l'état et de son fonctionnement qui est esquissée : on invoque des règles et des procédures démocratiques qui bâtissent sur leur respect un lien social, afin de parvenir à une coexistence pacifique et à des débats pluralistes et libres dans un espace de participation[646]. C'est donc à la procédure démocratique d'assurer une place à chaque option, respectant ainsi les opinions et les droits de chacun. Car c'est au droit d'assurer la sauvegarde d'un espace dans lequel chacun puisse agir en toute autonomie[647].

Nous estimons que cette vision est gagnante parce qu'elle estompe la confrontation entre positions qui ne pourraient jamais converger vers un compromis. En effet, toute médiation sur la substance (comme par exemple le fait d'octroyer seulement dans des cas limités le droit à demander une euthanasie) aurait laissé des mécontents sur le champ et aurait probablement empêché la possibilité de ressembler une majorité. En choisissant l'option d'assurer à tout un chacun la liberté de choisir ce qui lui semble bien, en choisissant donc de ne rien imposer et de garantir simplement la liberté, la majorité affaiblit les armes philosophiques et politiques de l'opposition.

---

645 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 120.

646 *Cf. supra*, § 1.3.3.4.1C.

647 *Ibid.*

Il nous semble en fait que ce choix rend plus acceptable aux yeux de ses opposants l'option de la majorité, un peu comme dans les cas de ce que Gutmann et Thompson appellent les « désaccords délibératifs »[648] : il faut que la décision soit prise sur une base morale « acceptable » dans un contexte de pluralisme moral, ce qui est possible seulement lors que l'on considère respectables les positions morales que – toutefois – on ne partage pas. Ceci est vrai même dans les cas où les positions sont « incommensurables » (dans le sens employé par Lukes[649]) et impliquent donc l'impossibilité d'une négociation substantielle.

Or, nous avons eu l'impression que l'opposition, tout en ne soutenant pas la solution législative adoptée, n'a pas non plus conduit une bataille sans frontières et n'a pas radicalisé la confrontation comme elle l'aurait – en principe – pu. Cette impression est confortée notamment par deux éléments factuels : premièrement, comme nous venons de le voir[650], le discours que la chef de file du PSC tient juste avant le vote n'est aucunement agressif (elle reconnait au texte final un caractère de médiation et se félicite qu'on n'ait pas touché au Code pénal) ; deuxièmement, nous le verrons mieux plus loin[651], les recours en justice que le champ de l'opposition mène sont relativement réduits (certaines possibilités ne sont pas exploitées) et ne sont pas médiatisés[652].

Finalement, nous pouvons convenir avec Gianni[653] qu'il semble bien que la théorie politique libérale représente la voie la plus féconde pour penser la démocratie pluriculturelle, où des visions valorielles contrastantes se confrontent : parce qu'elle est plus minimaliste, elle est normativement plus inclusive et dispose des ressources procédurales permettant l'établissement d'un modus vivendi d'« unité dans la différence »[654].

---

[648] A. Gutmann et D. Thompson, Democracy and disagreement, Cambridge (Mass.), Harvard University press, 1997, p. 73-79.

[649] M. Gianni, *Les liens entre citoyenneté et démocratie sur la base du débat 'Libéraux-Communautariens'*, *op. cit.*, p. 93.

[650] *Cf. supra*, § 1.3.7.1.

[651] *Cf. infra*, § 1.4.1.

[652] Pour une analyse des recours *cf.* notamment J. Herremans, « Euthanasie: la Cour d'arbitrage rejette le recours de pro vita et de jurivie », *Journ. proc.* 2004, liv. 473, 30-31.

[653] M. Gianni, *Les liens entre citoyenneté et démocratie sur la base du débat 'Libéraux-Communautariens'*, *op. cit.*, p. 102-3.

[654] *Ibid.*

Mais il ne faut pas s'arrêter là : la posture prise par la majorité ne se limite pas à endosser les principes libéraux du pluralisme. Que ce soit le chef de file socialiste ou libéral (respectivement Mahoux et Monfils), pendant le tour de parole conclusif les deux se réfèrent non seulement à l'autonomie mais aussi à la « solidarité entre chacun de ses citoyens », à la « valeur de l'engagement intersubjectif » (Mahoux), à « l''autonomie de chacun [qui] rencontre la solidarité » (Monfils)[655]. Bref, le texte offert par la majorité après le processus parlementaire au Sénat montre l'ambition de conjuguer des éléments typiquement libéraux à des éléments de nature plutôt communautarienne. Serait-ce la véritable clé de voute pour unir dans la différence ?

C. L'utilisation d'un langage scientifique

Un facteur important de nature technique est constitué, à notre avis, par l'utilisation d'un langage scientifiquement approprié et par l'effort d'éviter une terminologie prêtant le flanc à des interprétations politiquement incorrectes.

L'importance d'utiliser des définitions claires avait été déjà soulignée par les membres du Comité consultatif de bioéthique lors du débat au Sénat[656]. Ils avaient notamment mis en évidence l'accord unanime que la terminologie faisait à l'intérieur de cette instance et avaient suggéré d'éviter des formules telle « maladie terminale ». Or, non seulement ce dernier conseil est suivi (le texte adopté ne fera pas de référence au stade terminal de la maladie), mais cet appel à l'utilisation d'un langage clair et dénué d'ambiguïté est repris et répété par plusieurs membres[657] – dont certainement des élus des partis de la majorité[658]. De surcroît, cette approche conduit à rejeter d'autres formules juridiques considérée comme non claires qui émergent dans le débat sur les amendements par la suite (par exemple pour le cas de la femme enceinte d'un enfant « viable »[659]).

---

655 *Cf. supra*, § 1.3.7.1.
656 *Cf. supra*, § 1.3.
657 *Cf. supra*, § 1.3.3.4.5.
658 Le seul intervenant dont l'identité est sûre est Philippe Monfils (PRL).
659 *Cf. supra*, § 1.3.4.5.

Nous estimons que cette approche terminologique permet non seulement – comme le dit M. Vermeersch du Comité consultatif [660] – « d'éviter beaucoup de discussions inutiles » mais aussi d'avoir un débat plus serein, moins conflictuel et capable de progresser vers un consensus politique[661].

De plus, un des buts principaux des propositions de loi déposées par les sénateurs des partis de la majorité (et notamment de la proposition commune des six auteurs) est de garantir la sécurité juridique. Or, cela va sans dire qu'on ne peut pas avoir de sécurité juridique sans une législation claire [662]. Ce qui signifie que le choix de notions et définitions juridiquement et médicalement non ambigües peut être considéré comme partie de la stratégie menant à l'adoption d'un texte garantissant la sécurité juridique : un des buts de l'intervention de la majorité gouvernementale.

1.3.7.2 Les stratégies

La majorité parlementaire utilise des stratégies de négociation et de persuasion ponctuelles qui ne laissent rien au hasard, du début à la fin du processus législatif.

Des initiatives visant à faciliter des solutions voire à résoudre des questions ouvertes arrivent au début du processus concernant : (a) la gestion du rapport délicat entre la proposition de loi sur l'euthanasie et celle sur les soins palliatifs ; (b) le choix de déposer un texte commun de proposition de loi sur l'euthanasie et le choix d'un appellatif pour ce dernier texte. Dans une phase successive, ces stratégies se concrétisent notamment dans : (c) l'ouverture à la délibération comme approche générale ; (d) le dépôt d'amendements dans plusieurs parties sensibles de la proposition de loi et notamment concernant : I. l'intervention dans le Code pénal ; II. les conditions et procédures ; III. le mécanisme de contrôle.

Voyons rapidement dans les détails les stratégies de la majorité concernant ces

660 *Cf. supra,* § 1.3.
661 *Ibid.*
662 *Cf. supra,* § 1.3.3.4.5.

différents aspects du dossier.

A. Le rapport entre euthanasie et soins palliatifs

Une des premières questions procédurales qui se posent au Sénat concerne – logiquement d'ailleurs – l'ordre de l'examen des différentes propositions de loi. Visiblement, la priorité de la majorité est la proposition sur l'euthanasie, alors que la priorité de l'opposition est la proposition sur les soins palliatifs.

Or, la majorité choisit dès les débuts de procéder à un examen en parallèle des deux matières. Face à ce procédé, la question débattue est alors : doit-on (comme le propose la majorité) procéder à un examen conjoint voire en parallèle des différentes propositions ou d'abord s'occuper (comme le propose l'opposition) de la proposition sur les soins palliatifs ?

La réponse à cette question procédurale est liée à une interrogation de fond : est-ce que les soins palliatifs doivent forcément constituer un point de passage obligatoire avant de pouvoir ne fut-ce que prendre en considération une demande d'euthanasie ? Ou est-ce qu'au contraire aucune obligation ne doit être imposée au patient qui souhaite demander une euthanasie et les deux cheminements peuvent donc être indépendants ? Autour de cette question beaucoup de sénateurs s'expriment. En général, les élus de la majorité sont contraires à établir une relation entre les deux choses, alors que les élus de l'opposition sociale-chrétienne y sont favorables.

La raison soutenue par ces derniers est notamment le fait que – selon certains témoignages du personnel de terrain auxquels ils se réfèrent – une large majorité des demandes d'euthanasie disparaîtrait suite à la réception de bons soins palliatifs éliminant la douleur physique : « si l'on considère les demandes d'euthanasie, qui sont de l'ordre de ± 10 % des décès, on sait que le nombre des demandes persistantes tombe à 1 ou 2 % quand elles sont correctement décodées. C'est pourquoi il semblerait préférable

d'examiner en premier lieu les textes relatifs aux soins palliatifs et continus »[663]. Dans le même camp, d'autres affirment qu'« il s'agit de pouvoir prodiguer des soins continus, et, à travers la mise en place de soins palliatifs effectifs, de pouvoir rendre aux personnes leur dignité, éviter la souffrance, et faire en sorte d'éviter autant que possible l'acte d'euthanasie, qui paraît, aux yeux de l'intervenant, devoir rester tout à fait exceptionnel. Les médecins rapportent effectivement qu'il le devient, lorsqu'on répond correctement à la demande en matière de soins palliatifs »[664]. Par conséquent, ce n'est « qu'après que tout a été fait en matière de soins palliatifs, que l'euthanasie peut éventuellement intervenir, dans certaines circonstances » [665] ou, autrement dit, « la possibilité de recourir à l'euthanasie peut (...) n'être envisagée qu'en ordre subsidiaire, au cas où les soins palliatifs ne peuvent offrir de réponse aux problèmes du patient »[666].

C'est pour ces raisons que, pendant le débat, certains en arrivent même à demander une sorte de moratoire sur le vote de la loi sur l'euthanasie : « les questions de soins palliatifs et d'acharnement thérapeutique sont loin d'être réglées. Ils demandent, en quelque sorte un moratoire avant le vote d'une loi sur l'euthanasie, pour que ces questions reçoivent une meilleure réponse que celle qui est faite aujourd'hui »[667]. Dans la même lignée, d'autres expriment la crainte que l'adoption d'une loi sur l'euthanasie ne mette un frein au développement des soins palliatifs[668].

Par contre, du côté des sénateurs de la majorité gouvernementale, on considère que les soins palliatifs ne doivent pas forcément être une phase préalable à l'euthanasie car « il s'agit d'un élément complémentaire. Ils souhaitent offrir aux malades le choix le plus large de possibilités, et veulent dès lors discuter de l'euthanasie et des soins palliatifs, sans toutefois que ces derniers constituent, du point de vue chronologique, le premier

---

663 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 92. Ces données sont reprises dans d'autres interventions (*ibid.*, p. 150 et 213).

664 *Ibid.*, p. 140.

665 *Ibid.*, p. 173.

666 *Ibid.*, p. 171. Le même principe est parfois exprimé de manière encore plus radicale : « dans la grande majorité des cas, il y a bel et bien des alternatives à l'arrêt de la vie. Dans ces cas-là, il ne peut être question d'un état de nécessité qui justifierait l'euthanasie ». *Ibid.*, p. 168. Nous rappelons ici aussi l'argument tiré de la CEDH, déjà développé *supra* (§ 1.3.3.4.4C).

667 *Ibid.*, p. 141.

668 *Ibid.*, p. 202.

point[669] ». En effet, « on doit (...) reconnaître que les soins palliatifs ne pourront jamais apaiser toute la douleur à laquelle certains patients incurables sont confrontés. Dans ces cas, on doit laisser la possibilité d'une euthanasie[670]. Lorsque le monde médical est complètement impuissant pour offrir une réponse à la douleur insupportable du patient et que celui-ci demande que l'on mette fin à ses jours, la loi doit offrir la possibilité de satisfaire cette demande »[671] et « une société humaine digne de ce nom doit s'intéresser aussi à ceux qui ne peuvent être aidés par le biais de soins palliatifs »[672]. Ainsi, les élus de la majorité considèrent que « chacun a le droit de déterminer comme il l'entend les voies de sa propre mort, sans qu'on lui impose de suivre un chemin qui commencerait par les soins palliatifs. Ceux-ci constituent une voie proposée au patient. Les six auteurs estiment même qu'il faut proposer ces soins, mais qu'en aucun cas ils ne peuvent masquer la demande d'euthanasie, ou se substituer à celle-ci »[673]. Nous enregistrons même des réactions agacée : « Opposer la volonté d'avancer dans le droit de mourir dans la dignité à celle d'améliorer les soins et leur accessibilité paraît dès lors irrecevable et même quelque peu irritant »[674].

Dans cette opposition assez creusée, des élus des deux camps (majorité et opposition) reconnaissent pourtant qu'il y a un petit pourcentage de cas où la douleur résiste aux soins palliatifs[675] : cette considération ouvre la voie à la possibilité de demander une euthanasie aussi parmi les rangs de l'opposition, mais alors seulement une fois après être passé par le « filtre » des soins palliatifs. Ainsi, une intervenante déclare que « bien qu'elle croie aussi aux soins palliatifs et qu'elle espère que des moyens beaucoup plus importants seront libérés à cet effet, elle peut aussi comprendre que cette

669 *Ibid.*, p. 105.

670 Le même principe est exprimé ailleurs de manière encore plus nette : « L'intervenante souhaite que cela soit bien clair : autant elle admire les premiers pas des démarches palliatives et le résultat auquel on est déjà arrivé, autant elle est persuadée qu'elles ne résolvent pas tout ». *Ibid.*, p. 181.

671 *Ibid.*, p. 188.

672 *Ibid.*, p. 227.

673 Intervention (probablement) de Ph. Monfils, *ibid.*, p. 283.

674 *Ibid.*, p. 249.

675 *Cf.* entre autres : « Tous les intervenants, même les plus réticents à l'égard de la pratique de l'euthanasie, semblent admettre qu'il reste de vraies demandes d'euthanasie, malgré l'administration des meilleurs soins palliatifs ». *Ibid.*, p. 311 ; « Il n'en reste pas moins vrai qu'il subsistera toujours des cas - espérons qu'ils soient le moins nombreux possible - où les soins palliatifs n'apportent pas de solution aux souffrances du patient. Une réglementation claire en matière d'euthanasie est nécessaire pour faire face à ces cas-là ». *Ibid.*, p. 114.

forme d'assistance ne puisse suffire dans toutes les situations pour délivrer le patient d'une souffrance insupportable. Quand le patient est en phase terminale et qu'il n'y a plus aucune possibilité de diminuer l'intensité de sa douleur, on peut parler d'état de nécessité justifiant une décision extrême du médecin, celle de l'euthanasie, si le patient en fait la demande[676] ».

Au final, les deux parcours avanceront en parallèle et les deux propositions de loi seront adoptées le même jour par le Sénat. Comme le constate un intervenant, « le travail consistant à approcher, d'une part, la volonté de l'être humain face aux derniers moments de son existence et le respect de sa manière d'appréhender l'existence et, d'autre part, une loi de solidarité qui doit garantir à tous l'accès aux soins palliatifs, paraît assez équilibré »[677]. Nous estimons donc que la solution trouvée menant à l'adoption en parallèle des deux textes est un compromis intéressant entre deux positions de départ qui semblaient opposées[678].

B. Le choix de déposer des textes communs de la majorité et la façon de s'y référer

Le choix politique qui est fait de déposer un texte commun de la majorité sur l'euthanasie (ainsi que deux autres sur la commission de contrôle et les soins palliatifs) est apprécié par certains (et ceci, pas toujours suivant une division majorité / opposition) et opposé par d'autres. Il a comme effet la focalisation sur ces textes comme base de départ

676 *Ibid.*, p. 144.

677 *Ibid.*, p. 139.

678 Les soins palliatifs rentrent à peine en diagonale dans notre étude. Toutefois, vue leur rapport avec l'euthanasie, nous leur octroyons une certaine attention. En dehors de ce paragraphe, consacré aux rapports entre euthanasie et soins palliatifs, le seul aspect ultérieur qui nous paraît d'intérêt est le *focus* qui est mis sur l'enjeu économique : nous ne sommes pas sans savoir le coût que ces soins représentent (cet aspect est souligné notamment dans certaines interventions, *ibid.*, p. 86, 98, 101, 114, 126, 149, 150, 195, 254). Un membre rappelle la « tendance à vouloir rationner l'offre de soins face aux coûts de plus en plus importants de la médecine et des soins, particulièrement chez les personnes âgées » (*ibid.*, p. 86). Le poids économique des soins palliatifs fait surgir le doute (ou en tout cas la suspicion) qu'on privilégie l'euthanasie en raison de son moindre coût, ou – pire encore - qu'on n'introduise l'euthanasie comme « mesure sanitaire » (*ibid.*, p. 150) visant en fait à un abandon thérapeutique. Bien que ces affirmations soient assez rares et qu'on y réponde sur le fond (*cf.* notamment Ph. Monfils, *ibid.*, p. 105-107), elles nous paraissent indicatives de l'importance de cet enjeu.

pour arriver à l'adoption d'une loi. Chronologiquement, un des premiers points débattus est donc ce choix, son opportunité et les alternatives possibles.

Ainsi, un membre de la majorité affirme que « certains commissaires se sont mis autour de la table pour élaborer une proposition commune, non dans le but de bloquer le débat mais au contraire pour faciliter la discussion sur une matière qui préoccupe les personnes depuis très longtemps »[679], alors qu'un membre de l'opposition reconnaît que « dans la mesure où elle ne vise pas à cadenasser le débat, cette démarche a au moins un mérite : celui de fixer la référence pour les discussions à venir et les amendements à déposer »[680].

Des critiques ne manquent bien évidemment pas et elles proviennent de l'opposition[681]. Toutefois cette initiative nous semble importante stratégiquement pour donner une certaine direction au processus parlementaire.

Or, comment doit-on appeler les propositions de loi déposées par les sénateurs de la majorité ? Faut-il les appeler « propositions de la majorité gouvernementale », de six sénateurs individuellement pris, ou encore autrement ? La paternité politique au sein de la majorité n'est pas affichée ouvertement et cette question est soulevée à maintes reprises pendant le débat.

À notre avis, cette ambiguïté reflète la difficulté dans laquelle se trouve la majorité gouvernementale, puisque, d'un côté, elle souhaiterait donner un signal fort en tant que nouveau gouvernement et, de l'autre côté, elle tient à respecter la liberté de conscience

679 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 125.

680 *Ibid.,* p. 148.

681 On fait d'abord remarquer que « la commission est saisie de toute une série de propositions relatives à l'euthanasie et aux soins palliatifs » et que donc « la commission ne peut réduire le débat aux trois propositions qui ont été déposées en dernier lieu. La discussion doit être menée à un niveau plus large et les différents textes doivent être confrontés, après avoir discuté des valeurs générales qui sont ici en cause ». *Ibid.,* p. 158. Le même argument est proposé par un autre sénateur qui ajoute que « une autre possibilité pour les commissions consisterait à tenter, sur la base des discussions, de rédiger un texte entièrement neuf » et qui conclut : « Ceux qui affirment déjà savoir laquelle des propositions servira finalement de base à une réglementation, anticipent donc largement sur les faits ». *Ibid.,* p. 172.

sur les thèmes éthiques[682]. Loin d'être une question de forme, ceci se révèle être un des éléments de la stratégie parlementaire.

Le long du débat, une définition est de plus en plus utilisée : la « proposition des six auteurs ». Utilisée pour la première fois par les auteurs mêmes du texte[683] (qui montrent ainsi implicitement qu'ils sont favorables à cette formule), elle est ensuite largement pratiquée[684] et dans un cas même « justifiée » expressément : « Cela éviterait d'attribuer dans la dénomination un statut de position de parti aux propositions alors que l'on se trouve dans un débat bioéthique, où chacun est appelé à se situer en conscience sans discipline de parti ou mot d'ordre gouvernemental, et alors qu'un des buts de la discussion générale est de dégager, autant que faire se peut, le plus de consensus possible ou tout au moins d'atteindre le maximum de clarification et de compréhension »[685].

Toutefois, des mentions différentes ne manquent pas, telles « les propositions de loi présentées par les six chefs de groupe de la coalition de l'arc-en-ciel »[686]. On aperçoit aussi des critiques ou en tout cas des tentatives de « dénicher » cette stratégie : « Il est difficile de croire qu'il s'agit là uniquement d'une démarche personnelle : les interventions de certains membres de la majorité en attestent. Lorsqu'un précédent orateur parle du dépôt d'une proposition par les chefs de groupe, il indique clairement la stratégie de la majorité ou à tout le moins, celle qu'il souhaiterait lui voir jouer »[687].

C. L'ouverture à la délibération

Une fois les choix procéduraux débattus, les sénateurs sont disposés à délibérer sur le fond. En effet, malgré le constat que les positionnements de départ sont assez différents, parfois opposés, dès le début, innombrables sont les manifestations d'une

---

682 Cette ambivalence se trouve reflétée aussi dans le texte de la déclaration de gouvernement, *cf. supra,* §1.2.A.

683 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 77.

684 *Ibid.,* p. 104-110, 124, 174, 210, 219, 224, 249, 251-4, 275, 282-3, 285.

685 *Ibid.,* p. 210.

686 *Ibid.,* p. 118. Nous avons pourtant vu *supra* que seulement cinq sur six sont chefs de groupes.

687 *Ibid.,* p. 147-8.

disponibilité voire d'une volonté d'ouverture au débat, de la recherche d'un accord si non d'un consensus, ainsi que la reconnaissance d'une ambiance qui va dans la direction de l'écoute réciproque.

Le sénateur Monfils (PRL) ouvre la danse de la concorde : partant de positions assez radicales sur le fond, il reconnaît que « après avoir entendu certains arguments développés [concernant les soins palliatifs], notamment par les démocrates-chrétiens francophones, il a paru utile aux auteurs de la proposition de légiférer également en la matière[688] ». Et, en sorte de réponse indirecte, un sénateur de l'opposition reconnaît « une évolution significative des dépositaires des propositions. Lors du lancement du débat, peu de parlementaires semblaient sensibilisés à la question essentielle de la place des soins palliatifs comme élément déterminant de la qualité de fin de vie. Aujourd'hui, chacun semble convaincu de la nécessité absolue d'offrir ce service à tous les patients (...). Cette nouvelle dimension profondément humaine qui se traduira dans une action politique concrète sera, quel que soit le résultat final des travaux du législateur, une avancée majeure pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes confrontées à la fin de vie[689] ». Continue – probablement – J. De Roeck (Agalev), qui se réjouit « de la tournure que prend cette discussion. On pose des questions sur les textes proposés tant du point de vue de la philosophie générale que sur des points concrets. Ces questions et remarques émanent de tous les groupes politiques. Cela prouve bien qu'il est possible de mener un débat constructif[690] ». Lui fait écho une autre membre, qui affirme « que l'on trouve, dans ces commissions réunies, le juste ton qu'il convient de tenir pour des discussions aussi essentielles puisqu'elles ont trait à la vie, à la mort, à des choix de société et à des conflits de valeurs. Il lui semble aussi qu'après une période de rodage, les propos sur un sujet aussi grave démontrent une réelle volonté d'ouverture et d'écoute[691] ».

---

688 Et il ajoute que « La proposition des six auteurs relative aux soins palliatifs n'est pas moins développée que le chapitre consacré au même sujet dans la proposition nº 2-151/1 de Mme Nyssens et consorts. » *Ibid.,* p. 108.

689 *Ibid.,* p. 150.

690 *Ibid.,* p. 114.

691 *Ibid.,* p. 180.

Plusieurs sont les appels à l'ouverture d'esprit[692] et au dialogue[693], mais plus que tout on remarque un certain optimisme vers la possibilité d'un accord ou même d'un consensus : « l'intervenant croit trouver les encouragements nécessaires pour continuer à espérer qu'un accord soit possible »[694] et « malgré les divergences de vue, on a assisté au sein de la commission à un certain nombre de rapprochements qui ne transparaissent pas toujours suffisamment du débat »[695]. Un autre intervenant déclare que « rechercher un large accord suppose évidemment un effort de part et d'autre » et « qu'il veut rester ouvert, et (...) contribuer à rechercher un consensus, aussi longtemps qu'il aura le sentiment que de part et d'autre, une volonté existe d'avancer en ce sens »[696].

Enfin, la dynamique de la discussion persuasive enregistre l'affichage de certains pas importants que les membres se montrent prêts à accomplir dans la direction d'un accord possible : ainsi, une sénatrice flamande libérale [697] déclare préférer une formulation adoptée dans la proposition commune de la majorité plutôt que celle proposée dans le texte de loi qu'elle avait initialement signé[698], alors qu'un sénateur (que nous imaginons être Philippe Monfils) reproche à la proposition des six auteurs – dont il en est un – « de prévoir une procédure trop abrupte entre l'acte d'euthanasie et la transmission au parquet » et il propose de « prévoir, par exemple, que la commission d'évaluation agisse comme organe intermédiaire entre le médecin ayant pratiqué l'acte d'euthanasie et la justice »[699]. Ce sont toutes des disponibilités à revenir sur ses propres pas en vue d'un accord possible.

D. Le dépôt d'amendements résolutifs

---

692 « L'intervenant souhaite que la réflexion se fasse de manière globale, avec une large ouverture d'esprit, beaucoup de nuances, sans dogmatisme et en évitant les procès d'intention réciproques, avec la sérénité de ceux qui sont capables d'une écoute attentive. » *Ibid.*, p. 148.

693 *Ibid.*, p. 158.

694 *Ibid.*, p. 191.

695 *Ibid.*, p. 230.

696 *Ibid.*, p. 356. *Cf.* aussi ce qu'affirme un autre membre : « À la lumière des propos des précédents orateurs, l'intervenant croit percevoir, sur plusieurs points, un rapprochement, la prise de conscience de ce qu'un certain nombre de problèmes se posent, doivent être examinés et méritent à tout le moins des amendements. » *Ibid.*, p. 291.

697 Nous croyons qu'il s'agit de J. Leduc mais ne pouvons pas en avoir la sécurité.

698 *Ibid.*, p. 229. L'intervenante se réfère notamment à la sécurité juridique garantie par les procédures.

699 *Ibid.*, p. 281.

I. L'enjeu pénal

Sur le fait de savoir si oui ou non le Code pénal doit être modifié a lieu une des confrontations les plus délicates[700] : il s'agit en effet d'un point qui a une forte portée symbolique et sur cette dernière sont basées la plupart des argumentations des élus de l'opposition[701]. Or, il n'est pas étonnant que sur cette question la majorité s'affiche ouvertement disponible à la négociation et au compromis : c'est le moment de montrer concrètement qu'on est ouverts au dialogue, qu'on ne va pas tout simplement imposer le vouloir de la majorité sur la minorité et qu'on travaille à un texte le plus inclusif possible. D'autant plus que (nous ajoutons) cette concession ne coute pas très chère dans la mesure où elle peut être faite sans porter techniquement atteinte à la substance de la proposition et en gardant la décriminalisation de actes visés[702].

C'est comme cela que, après avoir indiqué la volonté de décriminaliser l'euthanasie via le Code pénal par le biais d'un nouvel article dans toutes les propositions de loi déposées depuis les années 1980[703] et après avoir défendu politiquement cette option avec force pendant le débat[704], les sénateurs de la majorité annoncent publiquement la décision de ne pas modifier le Code pénal[705] et l'expliquent très clairement : « Les déposants proposaient la modification du Code pénal parce qu'elle leur apparaît comme la solution la plus cohérente, la plus explicite et la plus compréhensible par tous. Les déposants considèrent toujours que la modification du Code pénal est la plus évidente des solutions. Mais ils sont attachés avant tout à la recherche d'une solution. Lors des débats, certains ont dit craindre la portée symbolique d'une exception inscrite dans le Code pénal.

---

700 *Cf. supra*, § 1.3.3.4.2.

701 *Ibid.*

702 Philippe Mahoux : « Cela n'a toutefois aucune conséquence concrète pour le médecin qui pratique l'euthanasie dans le respect des conditions définies. En effet, il ne commet aucune infraction et il ne sera dès lors pas poursuivi ». Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 657.

703 *Cf.* le tableau n° 1 pour un résumé du contenu de toutes les propositions avant 1999 et le tableau n° 2 pour un résumé du contenu des propositions déposées dans la mandature en cours.

704 *Cf. supra*, § 1.3.3.4.2.

705 Intervention de Philippe Mahoux, Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 657.

Si l'inscription dans le Code pénal est un obstacle que certains de ceux qui veulent sincèrement une solution légale aux problèmes de la fin de vie estiment, en conscience, insurmontable, pour des raisons d'ordre symbolique, idéologique ou religieux, les déposants entendent prendre en compte leurs réticences »[706].

Le résultat du vote sur cet amendement de la majorité (unanimité avec neuf abstentions) nous indique l'appréciation reçue par cette initiative.

II. Les conditions et la procédure

Concernant cette partie de la proposition, encore une fois la majorité amende son propre texte en tenant compte « des remarques fondamentales qui ont été faites au cours du débat »[707] et notamment : le fait que le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue ; que sa demande doit être actée par écrit ; que aussi le patient n'étant pas en état de formuler sa demande par écrit peut quand même l'introduire sous certaines conditions ; qu'on pose des conditions supplémentaires pour le patient dont « le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance »[708].

Il s'agit ici non seulement de souligner encore une fois l'écoute et la disponibilité de la majorité à des modifications mais de les mettre concrètement sur la table concernant des points fort débattus et politiquement très sensibles. Notamment l'ajout de conditions supplémentaires pour le patient qui ne se trouve pas en phase terminale (sans utiliser pourtant cette formule controversée et faisant recours à une formulation alternative) semble à nos yeux un geste de rapprochement vers ces secteurs du sénat (y inclus de la majorité[709]) qui auraient préféré appliquer la loi uniquement aux patients en phase

---

706 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc*., Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 14 déposé par Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven et Marie Nagy, justification.

707 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, précité, p. 658.

708 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc*., Sén., n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 14 déposé par Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven et Marie Nagy.

709 Notamment PRL et VLD, si l'on regarde les propositions de loi proposées au début de la mandature. *Cf.* le tableau n° 2 pour un résumé du contenu des propositions.

terminale. Nous avons donc un autre exemple de médiation qui permet de faire un pas en avant tout en gardant la substance du positionnement de départ (application à tous les patients).

Á juger du résultat du vote[710] (auquel pourtant ne participe pas la totalité de ayants droits[711]), cette option donne le résultat de compacter les votes de la majorité à l'exception d'une abstention.

III. Le mécanisme de contrôle

La création d'une commission fédérale et l'évolution de sa nature et de ses caractéristiques représente un élément d'intérêt dans le cadre de la négociation. En effet, initialement ce n'est que la proposition de loi du VLD qui prévoit la création d'un tel organe[712] avec des fonctions de contrôle. La majorité fait sienne cette idée en l'incluant dans la proposition commune mais en affaiblissant les pouvoirs dont la commission serait dotée : uniquement collecte de données statistiques et évaluation globale[713]. Finalement, dans le texte adopté (grâce à un amendement déposé par la majorité – sauf Écolo) la commission assume les deux rôles de contrôle et d'évaluation : ce qui montre la volonté d'arriver à une médiation.

Le résultat du vote sur les deux articles en question (article 8 pour le contrôle et article 9 pour l'évaluation) montre la difficulté du compromis. Le premier article est adopté pour 17 voix contre 12, ce qui fait supposer qu'au moins deux sénateurs de la majorité votent contre ; il pourrait s'agir des sénateurs d'Écolo, qui ne signent pas l'amendement introduisant l'article. Le second article est par contre adopté par vingt voix contre huit, une écrasante majorité des voix qui laisse supposer une majorité parlementaire et gouvernementale compacte.

Clairement, la fonction de contrôle ne fait pas l'unanimité et ceci n'est pas

710 Dix-sept vox pour, dix contre et une abstention.
711 Sur 30 ayant droit, nous constatons la présence de 28 votants.
712 *Cf. supra*, § 1.3.2.2.
713 *Ibid.*

étonnant si on en revient au point de départ : la commission fédérale était prévue dans une seule proposition de loi[714], alors que les autres prévoyaient toute sorte de mécanismes de contrôle différents. La fonction d'évaluation ne parait par contre pas être mise en question. Ainsi, le fait d'englober les deux fonctions à l'intérieur du même organe pourrait représenter un point de médiation par rapport à des visions même très différentes et de ressembler ainsi la majorité des voix nécessaire.

1.3.8 Le débat et le vote à la Chambre

En novembre 2001, le projet de loi[715] est reçu par la Chambre. Il est attribué à la commission de la Justice, alors que les membres de la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société pourront rédiger un avis et assister au débat en commission Justice. La Chambre fait donc un choix différent par rapport au Sénat, qui avait travaillé en commissions réunies[716].

1.3.8.1 Les amendements déposés en commission Justice

À partir du 16 décembre 2001, plusieurs séries d'amendements sont déposées en commission Justice. Au moment du vote dans cette enceinte, on aura déposé au total 118 amendements[717], dont 49 par le PSC, 35 par le CD&V, 3 par des membres de ces deux partis conjointement, 26 par la VU-ID et 5 par le Vlaams Blok.

Concernant l'activité parlementaire en commission Justice, nous enregistrons ici deux faits nouveaux par rapport au processus au Sénat : d'un côté le dépôt d'amendements par le Vlaams Blok, de l'autre côté, le non-dépôt d'amendements par des membres des partis de la majorité. Nous ne sommes pas en mesure de savoir si cette différence est due à une évolution dans la ligne des partis (notamment pour le Vlaams Blok), si elle est due

714 *Cf.* le tableau n° 2 pour un résumé du contenu des propositions déposées dans la mandature en cours.

715 Après le vote au Sénat, ce qui était appelé « proposition de loi » devient « projet de loi ».

716 Ce choix sera critiqué pendant le débat par certains membres de la commission de la Santé publique.

717 Projet de loi relatif à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Ch., n° 50-1488/002 à 008 et 50-1488/010 à 011, 2001-2002.

simplement au fait que les membres présents dans les commissions ont des positionnements et des stratégies différentes par rapport à leurs collègues du Sénat, ou encore si (pour les partis au Gouvernement seulement) le fait que les membres sont moins nombreux a un impact pour une moins forte différenciation.

1.3.8.2 L'opinion de la commission Santé publique

Avant le débat et le vote en commission Justice, se tient – du 10 au 16 janvier 2002 – le débat et le vote de l'opinion de la commission Santé publique. Parmi les recommandations qu'elle adopte, les plus importantes nous semblent être les suivantes :

- la commission est d'avis que la seule souffrance psychiatrique du patient ne peut jamais conduire à l'euthanasie[718] ;
- elle est d'avis que le médecin doit non seulement demander l'avis de l'équipe soignante mais également l'avis de l'équipe palliative, s'il en existe une[719] ;
- la commission est d'avis que la déclaration anticipée n'est d'application que lorsque le patient est inconscient et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science et que par contre cette déclaration ne vaut pas dans le cas où le patient est seulement devenu irrémédiablement incapable d'exprimer sa volonté. En cas de démence, il ne peut être accédé à une demande d'euthanasie consignée dans une déclaration anticipée[720].

Les recommandations de la commission Santé publique n'ont qu'une valeur politique (et n'impliquent pas de modifications du texte) et seront en effet rappelées notamment par des membres de l'opposition pendant le débat dans la commission au fond.

1.3.8.3 Le débat et le vote en commission Justice

---

718 Projet de loi relatif à l'euthanasie - Proposition de loi relative aux problèmes de la fin de la vie et à la situation du patient incurable - Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom de la commission de la Justice par M. Thierry Giet, Mme Annemie van de Casteele, Mme Anne Barzin et Mme Joke Schauvliege du 23 avril 2002, *Doc.*, Ch., n° 50-1488/009, 2001-2002, p. 379.

719 *Ibid.*, p. 381.

720 *Ibid.*, p. 382. Trois autres remarques sont adoptées, qui ne soulèvent pas de points politiquement capitaux à nos yeux. *Ibid.*, p. 378-85.

Le 23 janvier 2002, commence le débat en commission Justice. Le choix est fait de débattre conjointement le projet sur l'euthanasie avec celui sur les soins palliatifs. Nous ne relatons pas les détails de ce débat parce que les argumentations qu'on y retrouve – du moins concernant l'euthanasie – sont les mêmes constatées au Sénat. Par ailleurs, la commission procède à l'audition de sept experts[721], dont trois avaient déjà été auditionnés par le Sénat[722]. Nous nous bornons à préciser que le Gouvernement, dont des Ministres sont appelés à ouvrir le débat dans les deux commissions, tient à expliciter la volonté de ne « pas s'immiscer dans le débat parlementaire » car « il n'appartient pas au pouvoir exécutif de résoudre des questions d'éthique (...). L'accord gouvernemental est d'ailleurs très clair sur ce point »[723].

Le débat général est suivi par le débat article par article, accompagné de l'examen des amendements y proposés. Mais le moment du vote, suite au débat, est sans aucun doute la phase politiquement la plus intéressante : tous les amendements sont rejetés à d'amples majorités (allant de dix membres sur dix-sept jusqu'à l'unanimité) et tous les articles sont adoptés – l'un après l'autre – par la même majorité de dix voix contre six[724]. Or, si on regarde la composition des commissions à la Chambre à l'époque[725], on constate que dix était exactement le nombre de députés appartenant aux partis de la majorité. Ceci signifie qu'on n'enregistre aucun désistement à l'intérieur de la majorité mais aussi qu'aucun député de l'opposition ne vote en faveur de la loi (même pas la VU-ID, qui avait voté en faveur en plénière au Sénat).

Après le vote article par article, le Président donne la parole aux députés qui le souhaitent et des élus de l'opposition interviennent pour expliquer leur vote. L'intervention de Tony Van Parys du CD&V est non seulement la première mais la plus longue et argumentée : il « constate que les partis de la majorité ont systématiquement rejeté tous les amendements », qu'« ils ont adopté tous les articles existants à

721 Il s'agit du docteur Marc Cosyns, des professeurs Fernand Van Neste et Michel Dupuis, du docteur M. Desmedt et des professeurs M. Adams et Herman Nys.
722 Il s'agit du docteur Cosyns et des professeurs Van Neste et Adams.
723 *Ibid.*, p. 7.
724 *Ibid.*, p. 312-21.
725 Commissions et délégations aux assemblées internationales, 16 avril 2002, *Doc.*, Ch., n° 50-008/009, 2001-2001.

l'unanimité » et qu'ils « veulent absolument adopter le texte transmis par le Sénat sans la moindre modification, quitte à verser dans l'absurdité. Lors de la discussion de ces projets de loi, tout véritable dialogue a été éludé »[726]. C'est l'affrontement final et on est bien loin des tons ouverts au dialogue et reconnaissant qu'un véritable débat avait eu lieu qu'on avait perçus par contre au Sénat. L'orateur continue en expliquant que « la *ratio legis* de cette attitude réside dans la conviction de la majorité que ce texte doit être voté avant les prochaines élections nationales, pour qu'elle soit ainsi certaine que ces projets de loi deviennent loi »[727]. Après avoir rappelé les principaux points problématiques pour son parti (le manque d'un « filtre palliatif », l'application de la loi aussi en dehors de la phase terminale, la prise en compte des souffrances d'ordre psychique et la possibilité de rédiger une déclaration anticipée), il affirme que « la seule conclusion à laquelle le groupe CD&V arrive est que le projet de loi relatif à l'euthanasie est une mauvaise loi et le groupe votera donc, avec la plus grande conviction, contre le texte à l'examen »[728].

Après une courte intervention du PSC, suivent deux orateurs du Vlaams Blok dont le second fait un discours bref et poignant : « l'adoption des projets de loi implique de facto la légalisation de l'assassinat des malades et des personnes âgées »[729].

Suit une députée de la VU-ID, qui affirme que « adopter ces projets de loi, c'est rater le coche » et que « à l'heure actuelle, le projet de loi relatif à l'euthanasie à l'examen ne bénéficie pas d'un soutien suffisant au sein de la société »[730].

Le mot de la fin est dit par le Président, Fred Erdman (avec sa casquette institutionnelle mais seul élu de la majorité qui intervient dans ce dernier tour de table) : « Dans notre société, les questions éthiques évoluent à un rythme tel qu'il est impossible de les fixer une fois pour toutes dans les textes de loi. Et si l'on peut chercher à obtenir

726 Projet de loi relatif à l'euthanasie - Proposition de loi relative aux problèmes de la fin de la vie et à la situation du patient incurable - Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom de la commission de la Justice par M. Thierry Giet, Mme Annemie van de Casteele, Mme Anne Barzin et Mme Joke Schauvliege du 23 avril 2002, précité, p. 318.

727 *Ibid.*, p. 318.

728 *Ibid.*, p. 319.

729 *Ibid.*, p. 320.

730 *Ibid.*, p. 320.

un soutien plus large pour chacune des questions éthiques qui se posent, l'intervenant estime cependant que cela revient à se condamner à ne jamais trouver de solution. Chacun résout ces questions à sa manière »[731]. Après avoir constaté qu'il y a un consensus pour parler des questions évoquées ainsi qu'une majorité disposée à se ranger derrière une même option, il passe au vote final.

Le vote final donne le même résultat du vote sur les articles : dix voix en faveur, six voix contre. Nous sommes le 23 avril 2002, le projet de loi est adopté en commission et transmis à la plénière de la Chambre.

1.3.8.4 Le débat et l'adoption en séance plénière

Les 15 et 16 mai 2002, se déroulent le débat et ensuite le vote en séance plénière à la Chambre des Représentants de Belgique. C'est l'acte final, qui mène à l'adoption de la loi.

Le débat se déroule de manière assez classique, avec d'abord deux co-rapporteurs (M. Giet /PS – et Mme Van de Casteele/VLD) qui présentent le rapport sur la discussion générale groupée des deux projets (euthanasie et soins palliatifs) qui s'est déroulée en commission Justice. Ensuite les deux autres co-rapporteures (Mme Schauvliege/CD&V et Mme Dardenne/Écolo) font un rapport sur la discussion des articles relatifs respectivement au projet de loi sur l'euthanasie et au projet de loi sur les soins palliatifs. Suivent vingt-huit interventions des députés qui demandent la parole[732]. Encore une fois, le débat ne fait pas émerger d'éléments politiques nouveaux sauf une grosse polémique pour l'absence pendant le débat des ministres compétents, qui sont remplacés par d'autres membres du gouvernement[733]. Cette polémique est tellement forte que la Présidence doit suspendre la séance pour réunir pendant dix minutes la Conférence de Présidents, laquelle

731 *Ibid.,* p. 320.
732 *Compte rendu intégral du mercredi 15 mai 2002 à 10h00,* Ch., CRIV 50 PLEN 227, 2001-2002, p. 23 et s.
733 *Ibid.,* p. 29-31, 36-42.

décide de reprendre les travaux quelques heures plus tard en présence d'un des deux ministres compétents[734]. On perçoit bien la tension monter.

Des 118 amendements déposés et rejetés en commission, 60 sont redéposés en plénière[735]. Une fois de plus, nous ne rentrons pas dans les détails des amendements déposés, dans la mesure où il s'agit de textes qui ne sont pas nouveaux. De plus, le vote parait une affaire assez formelle et rapide, où la majorité marche compacte et garde toujours une ample majorité[736].

Après le vote sur tous les amendements, quinze députés demandent la parole pour une dernière déclaration avant le vote final. Il s'agit des chefs de groupes mais aussi des députés qui déclarent de voter différemment par rapport à la consigne de vote de leur parti.

Pour Tony Van Parys (CD&V) « tous les amendements sont rejetés, ce qui montre bien que le texte sur l'euthanasie devait être adopté *ne varietur*, comme c'était à prévoir. Le moment est également bien choisi, puisque le CD&V est dans l'opposition »[737]. C'est le même concept et le même ton du discours fait en commission. Il affirme ensuite qu'il ne s'agit pas d'une bonne loi car « aucune autre loi au monde ne va si loin »[738] et il anticipe un possible recours devant la Cour européenne des droits de l'homme et les Nations Unies[739].

Josy Arens pour le PSC reproche à la majorité de ne pas vouloir revoir le texte même si d'éminents représentants parlementaires ont reconnu qu'elle n'est pas satisfaisante.

---

734 *Ibid.*

735 *Compte rendu intégral du jeudi 16 mai 2002 à 18h05,* Ch., CRIV 50 PLEN 231, 2001-2002, p. 14-32.

736 Le nombre de voix de la majorité pour rejeter les amendements ne va jamais en deçà de 86 députés sur 147 votants, ce qui équivaut à une large majorité e environs 58%. Dans un seul cas, la majorité rejetant un amendement (amendement n° 3 concernant les soins palliatifs) descend à 81 députés, ce qui représente pourtant une majorité de plus de 55%. *Ibid.*

737 *Ibid.*, p. 33.

738 *Ibid.*, p. 33.

739 *Ibid.*, p. 33. Ce recours n'aura ensuite pas lieu (*cf. infra*, § 1.4.1).

Le Vlaams Blok, par l'intervention de Bart Laermans, reprend aussi l'argument international : « Ce n'est pas une journée dont il y ait lieu d'être fier. La Belgique se dote de la loi sur l'euthanasie la plus libertaire au monde. La communauté internationale, et plus particulièrement la Cour de Justice des Droits de l'Homme et la commission des droits de l'Homme des Nations Unies, ne manquera pas de nous condamner »[740].

Suit Daniel Bacquelaine du MR[741], qui réitère que son groupe laisse la liberté de conscience. Il conclut ainsi : « La seule question qui m'importe en la matière est de savoir si cette loi va entraver la liberté de choix d'une seule personne, patient ou médecin. Et bien, non! Au contraire, cette loi offre une liberté, elle n'impose aucune obligation. Elle traduit en fait la seule option qui permette à chacun de rester fidèle à sa propre éthique. Elle n'entend pas faire valoir une conception de la vie et de la mort sur une autre tout aussi respectable. En fait, elle définit simplement une nouvelle liberté, essentielle, fondamentale. (...) Elle se contente de dépénaliser un acte résultant de la rencontre de deux libertés »[742].

Anne-Mie Descheemaeker, pour le groupe Écolo-Agalev, affirme que « grâce aux critères de prudence, l'euthanasie peut être un geste éthique positif, un acte ultime d'empathie avec l'être souffrant »[743].

Pour Therry Giet (PS), ce texte est « avant tout un acte de démocratie. Car un État démocratique s'affaiblit lorsque sa législation n'est plus en adéquation avec l'évolution de la société (...). Acte de démocratie, car ce texte ne clôt pas le débat mais, au contraire, il l'institue et l'encourage à l'avenir par le biais de l'évaluation. (...) Nous voterons un texte de liberté. Rien n'est imposé : ni au patient, ni au médecin. Aucune conception philosophique ne prend le pas sur une autre. En définitive, la liberté d'opinion est pleinement consacrée. (...) Mais c'est aussi et surtout permettre un acte de solidarité

740 *Ibid.*, p. 34.
741 Le 24 mars 2002, la fédération PRL-FDF-MCC devient MR.
742 *Compte rendu intégral du jeudi 16 mai 2002 à 18h05*, Ch., précité, p. 35.
743 *Ibid.*, p. 36.

envers ceux qui demandent à choisir leur mort alors que leurs souffrances leur sont insupportables »[744].

C'est ensuite au tour de Hugo Coveliers pour le VLD, selon lequel « la plupart des membres de notre groupe approuveront ce projet de loi. Il permettra la mise en place d'une bonne législation qui rendra les gens plus libres et leur permettra d'avoir une fin de vie plus heureuse »[745].

Geert Bourgeois de la VU-ID est très tranchant : « Cette législation ultra-libérale est défendue avec des arguments libéraux : "chacun est libre". Une telle approche n'est pas neutre et ne correspond pas à notre idéologie, qui est axée sur la communauté et le sens des responsabilités »[746].

Le FN, par Daniel Féret, se moque avec humour du projet de loi, souligne qu'il votera contre car il est « un partisan inconditionnel du respect de la vie »[747] et rappel aux praticiens que « à Nuremberg, des médecins ont été pendus pour avoir préféré la loi à l'éthique médicale »[748].

Du côté des interventions individuelles nuancées on enregistre quatre députés VLD (dont deux déclarent s'abstenir, un voter en faveur et le dernier n'explicite pas son choix). Une intervention d'un membre CD&V n'est pas résumée dans le compte rendu.

Le dernier à prendre la parole est Fred Erdman pour le SP.A, qui affirme que « la fin de ce débat-ci inaugure clairement le début d'un autre. L'heure n'est pas à la polémique. Peut-être certains ne veulent-ils pas accepter les textes en raison de leurs convictions éthiques. Je respecte cette position. Je leur demande de respecter également ma position éthique. J'estime que le présent projet de loi apporte une réponse à la souffrance humaine, à défaut d'apporter la réponse. (...) Le présent projet n'est pas

744 *Ibid.*, p. 36.
745 *Ibid.*, p. 37.
746 *Ibid.*, p. 37.
747 *Ibid.*, p. 38.
748 *Ibid.*, p. 39.

libertaire, il constitue au contraire une expression de solidarité. Chaque membre de mon groupe votera en son âme et conscience »[749].

Au vote final sont présents 147 votants sur les 150 ayant droit : les 3 absents viennent tous des rangs de l'opposition. Le résultat du vote final est comme suit :

– 86 députés en faveur, tous en provenance des rangs de la majorité gouvernementale avec en plus un député de la VU-ID[750] ;

– 51 contre, tous en provenance des rangs de l'opposition sauf un élu PRL-FDF-MCC[751] ;

– 10 abstentions, dont huit en provenance des rangs de la majorité gouvernementale et deux de l'opposition (VU-ID).

Ceci signifie que la majorité a perdu quelques voix alors que l'opposition se montre suffisamment solide. Si l'on compare ce résultat à celui du vote au Sénat, on peut remarquer que :

– en général les « passages » de voix entre majorité et opposition sont plus importants au Sénat qu'à la Chambre[752] ; ceci est notamment dû au fait que la VU-ID soutient le texte au Sénat alors qu'à la Chambre elle se divise mais elle vote majoritairement contre[753] ;

– à l'exception de la VU-ID, le vote de l'opposition demeure solidement contraire dans les deux branches du Parlement belge ;

– c'est au Sénat que la majorité perd le soutient d'un nombre plus important de ses élus (en termes de pourcentage) ;

– c'est au Sénat que le nombre de voix en faveur par rapports aux votants est plus important : 63,77% contre 58,5% au Sénat.

749 *Ibid.*, p. 41-2.
750 Il s'agit de M. Willems.
751 Il s'agit de M. Denis.
752 Au Sénat, la majorité perd 10,6% des voix de ses élus et récupère 12,5% des voix des élus de l'opposition. A la Chambre, la majorité perd 6% des voix de ses élus et récupère 2% des voix des élus de l'opposition.
753 Cinq députés sur huit de la VU-ID votent contre.

Suite à sa sanction, promulgation et publication au Moniteur Belge, la loi sur l'euthanasie du 28 mai 2002 entre en vigueur le 20 septembre 2002.

1.3.8.5 Les dynamiques parlementaires à la Chambre

Nous avons analysé plus haut dans les détails les dynamiques parlementaires qui se sont développées au Sénat[754], pendant la première partie du processus législatif. Cette partie du processus a aussi été non seulement la plus longue mais aussi la plus intense du point de vue de la délibération et de la négociation. Nous y avons examiné les facteurs du succès[755] de nature politique, valorielle et technique. Nous ne reviendrons pas sur ces aspects concernant le passage à la Chambre car nous n'apercevons aucune différence sous cet angle dans les dynamiques qui se sont développés dans les deux branches du Parlement.

Par contre nous remarquons une différence substantielle dans les stratégies utilisées par la majorité gouvernementale dans les deux Chambres, non pas – évidemment – pour ce qui est des choix procéduraux ayant été développés au début du processus législatif (et qui ne sont donc d'application qu'au Sénat)[756] mais concernant une différente ouverture à la délibération et au dépôt d'amendements de compromis.

En effet, si pendant le processus au Sénat les élus de la majorité se montrent bien ouverts au dialogue et déposent des amendements visant à rapprocher les positionnements ou au moins à estomper les confrontations, pendant le passage à la Chambre l'attitude change radicalement. Nous l'avons vu[757] : les élus de la majorité marchent compactes et rejettent tout amendement. Ceci est bien remarqué par l'opposition, qui l'explicite polémiquement dans les interventions précédant le vote, en commission et en plénière[758].

754 *Cf. supra*, § 1.3.8 et s.
755 *Cf. supra*, § 1.3.8.1.
756 *Cf. supra*, § 1.3.8.2.
757 *Cf. supra*, §§ 1.3.8.3 et 1.3.8.4.
758 *Ibid.*

Nous ne sommes pas à même de connaître les raisons véritables de ce changement d'attitude, mais nous pouvons faire des suppositions, notamment sur les lignes de ce qui est avancé par l'orateur CD&V en commission : il est bien possible que la majorité se soit empressée d'adopter la loi avant que la fin de la législature (avril 2003) ne puisse la rendre caduque. Il aurait en fait suffi d'un seul amendement pour activer la navette entre les deux branches du Parlement et, par le même biais, mettre à risque l'adoption du texte.

1.4 Après l'adoption de la loi sur l'euthanasie

Nous allons passer rapidement en revue les événements juridiquement et politiquement intéressants qui se sont produits autour de la loi en question dans les années qui ont suivi son adoption et notamment les recours en Cour d'Arbitrage, la publication des rapports bisannuels de la commission de contrôle et d'évaluation, les propositions de loi visant à amender la loi de 2002 et notamment l'extension de la loi aux mineurs.

1.4.1 Le rejet des recours par la Cour d'Arbitrage

Le 20 décembre 2002, les asbl[759] Jurivie[760] et Pro Vita[761] adressent à la Cour d'Arbitrage une demande de suspension et un recours en annulation de la loi sur l'euthanasie du 28 mai 2002. Il s'agit, comme leurs noms l'indiquent, de deux associations « pro vita », qui s'intéressent aux domaines éthiquement sensibles tels le début et la fin de la vie.

Trois aspects sont dignes de remarque à ce propos : premièrement le recours est déposé à peine deux jours avant l'échéance du délai de six mois après la publication dans le Moniteur belge ; deuxièmement, il est déposé par deux associations seulement ;

---

759 Asbl : association sans but lucratif.

760 L'asbl « Association des Juristes pour la Vie » (Jurivie) défend « le caractère inaliénable de la dignité humaine » et promeut « le respect de la vie humaine et de l'intégrité de la personne jusqu'à sa mort naturelle ». C. A. - A. n°4/2004 du 14 janvier 2004, p. 11.

761 L'asbl Pro Vita « a pour objet de promouvoir le respect de la vie humaine et l'intégrité de la personne à tous les stades de son développement, de la conception à la mort naturelle, en conformité à l'enseignement de l'Eglise catholique romaine ». *Ibid.*

troisièmement, il n'est pas accompagné (contrairement à ce qui avait été annoncé[762]) par des recours auprès d'instances internationales telles la Cour des droits de l'homme ou les Nations Unies. Si on ajoute la constatation d'une médiatisation presque inexistante de cette démarche[763], tout donne l'impression de la volonté de garder un profil très bas.

La demande de suspension est rejetée par arrêt du 9 avril 2003[764]. Quant au préjudice grave difficilement réparable requis par la loi pour la recevabilité du recours en annulation, la Cour argumente qu'il n'y a aucun risque de préjudice grave au sens d'« une atteinte beaucoup plus importante à la situation d'une partie que celle dont la possibilité doit être établie pour justifier l'intérêt à une annulation »[765] et que « les personnes physiques étant seules susceptibles de subir une euthanasie, le préjudice qui pourrait être causé aux parties requérantes elles-mêmes n'excède pas celui, purement moral, que causerait l'adoption de dispositions législatives contraires aux principes que ces parties ont pour objet de défendre. Ce préjudice ne serait pas difficilement réparable, puisqu'il disparaîtrait avec l'annulation des dispositions contestées »[766]. En la substance, la Cour renvoie au recours en annulation.

Par arrêt du 14 janvier 2004, la Cour rejette aussi le recours en annulation[767]. Après avoir reconnu la recevabilité du recours, sur le fond de l'affaire la Cour ne suit pas l'argumentation des requérantes, qui voient une « discrimination entre les individus dont l'intégrité mentale et physique est bonne, et qui bénéficient du droit à la vie, et les individus terrassés par la maladie, le désespoir et la souffrance, qui, au nom d'un principe d'autonomie dévoyé, ne bénéficient plus de ce droit à la vie »[768]. Les requérantes se réfèrent aussi explicitement à la CEDH (malgré l'opinion négative à ce propos déjà exprimée par le Conseil d'État), en affirmant que la loi « viole ainsi, à l'égard d'une catégorie de personnes, l'obligation positive, imposée par l'article 2 précité de la

762 *Cf. supra*, § 1.3.8.4. *Compte rendu intégral du jeudi 16 mai 2002 à 18h05*, Ch., précité, p. 33-4.
763 *Cf.* J. Herremans, « Euthanasie : la Cour d'arbitrage rejette le recours de pro vita et de jurivie », *op. cit.*
764 C. A. - A. n° 43/2003 du 9 avril 2003.
765 *Ibid.*, p. 5.
766 *Ibid.*, p. 5.
767 C. A. - A. n°4/2004 du 14 janvier 2004.
768 *Ibid.*, p. 3.

Convention européenne des droits de l'homme, de "protéger" leur droit à la vie »[769]. Or, la Cour répond de manière nette : « En alléguant que les personnes visées par les articles 3 et 4 de la loi attaquée ne disposent pas de leur libre arbitre au moment de leur demande, les requérantes, raisonnant comme si elles présupposaient que qui veut cesser de vivre est nécessairement hors d'état de juger, ne tiennent aucun compte des multiples garanties inscrites dans les dispositions de la loi attaquée afin d'assurer que la personne qui exprime sa volonté dans les conditions des articles 3 et 4 le fasse en toute liberté »[770]. Et elle ajoute : « Les parties requérantes ne tirent pas de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme des arguments conduisant à une autre appréciation »[771]. C'est le mot de la fin au niveau judiciaire.

1.4.2 Les rapports bisannuels de la commission fédérale de contrôle et d'évaluation

Comme le prévoit la loi à l'article 9, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation établit tous les deux ans un rapport statistique, un rapport évaluant l'application de la loi et – le cas échéant – des recommandations concernant la nécessité de mesures législatives ou d'exécutions de la loi. Quel est la situation esquissée par ces rapports ? Nous allons examiner leur contenu en référence notamment aux quinze premières années d'application de la loi, donc de septembre 2002 à décembre 2017[772].

A. Les données statistiques

769 *Ibid.*, p. 3.
770 *Ibid.*, p. 12.
771 *Ibid.*, p. 12.
772 Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Premier rapport aux chambres législatives* (22 septembre 2002 - 31 décembre 2003), n° 3-860/1 (Sén.), n° 51-1374/001 (Ch.) ; *Deuxième rapport aux chambres législatives* (2004-2005), n° 3-1935/1 (Sén.), n° 51-2733/001 (Ch.) ; *Troisième rapport aux chambres législatives* (2006-2007), n° 4-861/1 (Sén.), n° 52-2226/001 (Ch.) ; *Quatrième rapport aux chambres législatives* (2008-2009), n° 53-0836/001 (Ch.) ; *Cinquième rapport aux chambres législatives* (2010-2011), n° 5-1718/1 (Sén.), n° 53-2391/001 (Ch.) ; *Sixième rapport aux chambres législatives* (2012-2013), n° 6-13/1 (Sén.), n° 54 0135/001 (Ch.) ; *Septième rapport aux chambres législatives* (2014-2015), n° 6-291/1 (Sén.), n° 54 2078/002 (Ch.) ; *Huitième rapport aux chambres législatives* (2016-2017), *in* https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf .

Le nombre d'euthanasies pratiquées selon la loi n'a cessé d'augmenter depuis son entrée en vigueur : des 235 demandes annuelles en 2003, on arrive à 2309 en 2017. La montée est constante.

Le nombre de demandes venant de personnes conscientes est nettement majoritaire par rapport aux demandes inscrites dans la déclaration anticipée : le premier cas de figure représente entre 96,9 et 99,5% des euthanasies déclarées chaque année. Si le sexe[773] et l'âge des patients[774] sur lesquels on pratique une euthanasie ne sont pas des variables intéressantes, une donnée frappante et constante est représentée par la variable linguistique : entre 87 et 78% des déclarations d'euthanasie sont rédigées en néerlandais. Quant au pronostic de vie, entre 94 et 83,8% des euthanasies sont pratiquées sur des patients à une brève échéance prévisible du décès. En d'autres mots, les patients « non terminaux » sont une grande minorité (bien qu'en lente progression). Quant au diagnostic, l'affection principale est le cancer (entre 85 et 61,4% des cas).

Relativement à la manière dont l'euthanasie a été pratiquée, parmi les différentes méthodologies possibles, nous remarquons un très faible nombre d'euthanasie pratiquées par administration d'un barbiturique par bouche (entre 4 et 18 par année, ce qui signifie un pourcentage de 2,5 à 0% sur le nombre total). Nous reviendrons dans les prochains paragraphes sur l'importance de cette remarque.

Finalement, concernant le résultat de l'examen des demandes par la commission même, entre 68,5 et 86% des déclarations des médecins sont acceptées d'amblée (donc avec la seule ouverture du volet anonyme) ; entre 12 et 2% des déclarations sont acceptées après ouverture du volet contenant les informations personnelles relatives au patient et au médecin (uniquement dans le but d'informer le médecin des manquements qu'il a commis dans le remplissage du formulaire et sans lui demander des précisions).

[773] Pendant la période observée, on passe de 50 à maximum 54% d'hommes et par conséquent 50 à minimum 46% de femmes.

[774] Les proportions des différentes tranches d'âges sont variables, mais les patients entre 60 et 79 ans demeurent constamment la majorité relative.

Pendant les premières quinze années d'application de la loi, un seul dossier a été transmis à la justice par la Commission fédérale. Il s'agit de l'euthanasie pratiquée, le 22 juin 2015, par le docteur Marc Van Hoey sur une patiente résidant dans une maison de repos à Anvers[775]. La patiente (Mme Simona de Moor), une dame de 85 ans, souffrait d'une « dépression réactive » après la mort de sa fille, quelques mois plus tôt. La Commission avait transmis le dossier au procureur notamment pour vérifier le respect de deux conditions, qui ne semblaient pas avoir été remplie par le docteur : le caractère inapaisable et incurable de la souffrance (article 3, alinéa 1), ainsi que la nécessaire consultation d'un psychiatre (vue la souffrance psychique de la patiente). Après examen, la Chambre du conseil de Malines a décidé de ne pas renvoyer le Dr Marc Van Hoey devant le juge, avec une argumentation qui nous interpelle : en suivant l'avis du Ministère public et la défense du médecin, elle a considéré que le cas ne rentrait pas dans le champ d'application de la loi sur l'euthanasie car il s'est agi d'une assistance au suicide et non pas d'une euthanasie[776].

B. L'évaluation de la loi

Vues les chiffres qu'on vient de mentionner, il n'est pas étonnant que la deuxième partie du rapport, concernant l'évaluation des données, consacre un paragraphe à la réflexion sur « La langue de rédaction des déclarations ». À ce propos, dès le premier rapport, la commission « relève la disproportion, nettement supérieure à la différence du nombre d'habitants des régions flamande et wallonne (compte non tenu de la région de Bruxelles-capitale), entre le nombre de déclarations rédigées en langue néerlandaise et en langue française (respectivement 83% et 17% du nombre total des déclarations) »[777]. Ce constat est répété dans les rapports des années suivantes.

---

[775] L'ensemble du processus avait été filmé par une équipe de télévision australienne qui avait notamment récolté les réactions du médecin avant et après son geste.

[776] La reconstruction de l'affaire est basée sur les articles de presse, à part bien évidemment la notice du renvoi de la Commission fédérale (qui se trouve aussi dans le Rapport d'évaluation pour l'année 2015, précité).

[777] Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Premier rapport aux chambres législatives* (22 septembre 2002 - 31 décembre 2003), précité, p. 13.

La commission essaye aussi d'interpréter les raisons de cette disproportion, qu'elle énonce ainsi dans son premier rapport : « La commission ne dispose pas d'éléments permettant de faire la part respective des différentes raisons pouvant être invoquées pour expliquer cette disproportion : différences dans l'information du public ou des médecins, attitudes socio-culturelles différentes, différences dans les pratiques médicales en fin de vie, différences dans les attitudes face à l'obligation de la déclaration, etc. Il faut cependant signaler le rôle possible dans l'information des médecins de l'existence dans la région flamande depuis l'entrée en vigueur de la loi d'un "Forum" de médecins formés à pouvoir apporter leurs conseils à des confrères généralistes confrontés à des problèmes difficiles de fin de vie ou à une demande d'euthanasie (médecins "LEIF") et pouvant fonctionner comme consultants indépendants tels que le prévoit la loi, sur le modèle des médecins "SCEN" aux Pays-Bas. Un tel "Forum" ne s'est créé que fin 2003 dans la communauté française »[778]. La commission reste donc vague mais indique dans l'existence de ce réseau en Flandres une possible raison du phénomène. Or, il est intéressant de lire dans les rapports suivants d'abord une simple confirmation et renvoi au premier rapport ; ensuite, dans le rapport relatif aux années 2010-11, un renvoi semblable mais qui cite seulement certaines parmi les hypothèses initiales et ne cite plus le réseau de médecins : « Les différentes raisons qui peuvent être invoquées pour expliquer cette disproportion ont été citées dans le premier rapport de la commission : différences dans l'information du public ou des médecins, attitudes socioculturelles différentes au Nord et au Sud du pays, différences dans les pratiques médicales en fin de vie »[779]. Il semblerait que l'analyse de la commission se précise (ne fut-ce que par exclusion), tout en restant relativement vague.

L'évaluation revient aussi, entre autres, sur la manière dont a été pratiquée l'euthanasie et les produits utilisés, mettant en exergue les cas où le décès s'est produit rapidement après l'ingestion du barbiturique sans injection consécutive : on lit alors dans l'évaluation inclue dans le premier rapport que, pour ces cas, « plusieurs membres de la commission ont fait remarquer qu'un tel acte pourrait être qualifié de "suicide

778 *Ibid.*, p. 13-4.

779 Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Cinquième rapport aux chambres législatives* (2010-2011), précité, p. 14.

médicalement assisté". La commission a cependant été unanime à considérer que si les conditions et les procédures imposées par la loi relative à l'euthanasie ont été respectées et que l'acte s'est déroulé sous la responsabilité du médecin présent et prêt à intervenir, l'induction de l'inconscience par ingestion (et non par injection), qu'elle ait été ou non suivie d'une injection de paralysant neuromusculaire, entre dans le cadre de l'euthanasie telle qu'elle est définie par la loi puisque celle-ci n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée »[780]. Dans le deuxième rapport, on reprend ces mêmes argumentations et on devient un peu plus tranchant : « la qualification de "suicide médicalement assisté" est adéquate lorsque le décès s'est produit rapidement après l'ingestion du barbiturique et qu'il n'y a donc pas eu d'injection consécutive d'un paralysant neuromusculaire. Cette question a fait l'objet d'une mise au point dans le rapport précédent qui est reprise dans le document destiné au corps médical joint en annexe (point 7). Cette mise au point est en accord avec la position du Conseil national de l'Ordre des médecins[781] »[782]. Ceci signifie que, suite aux constations contenues dans le premier rapport, la commission a choisi d'adresser aux médecins, annexée à son deuxième rapport, une « Brochure à l'intention du corps médical » qui contient entre autres un point 7 à ce sujet, reprenant les mêmes considération contenues dans l'évaluation : le comportement visé peut être qualifié de « suicide médicalement assisté », mais « la commission a (...) considéré que cette manière de procéder est autorisée par la loi pour autant que les conditions et les procédures légales pour que l'euthanasie soit autorisée aient été respectées et que l'acte se soit déroulé sous la responsabilité du

---

780 Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Premier rapport aux chambres législatives* (22 septembre 2002 - 31 décembre 2003), précité, p.17.

781 Avis du 22/03/2003 relatif aux soins palliatifs à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie, *Bulletin*, vol. XI, juin 2003. À ce sujet : « L'aide au suicide n'est pas explicitement prévue par la loi relative à l'euthanasie en tant qu'acte mettant fin à la vie d'une personne. Du point de vue déontologique, elle peut néanmoins être assimilée à l'euthanasie pour autant que soient réunies toutes les conditions prévues par la loi pour pratiquer une euthanasie. L'aide au suicide n'est acceptable que si le médecin et le patient discutent au préalable de toutes les éventualités, si le médecin procure lui-même la substance létale qui doit être absorbée en sa présence et en suivant ses indications. Il doit demeurer présent pendant toute la durée de l'agonie pour, conformément à ce qui a été convenu, apporter à tout moment l'aide nécessaire. Compte tenu de son indication stricte et des conditions posées à son application, l'aide au suicide telle que définie plus haut ne se différencie pas de l'euthanasie. De la sorte, toutes les conditions fixées par la loi relative à l'euthanasie doivent être remplies et la procédure prévue par la loi doit être suivie (souffrance insupportable ne pouvant être apaisée, consultation d'un deuxième ou troisième médecin, demande écrite, le cas échéant un mois d'attente, déclaration à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, etc.) ».

782 Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Deuxième rapport aux chambres législatives* (2004-2005), précité, p. 24.

médecin présent et prêt à intervenir : en effet, la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée ». Ces mêmes considérations sont répétées lors de tous les rapports suivants.

C. Les recommandations

La section des rapports consacrée aux recommandations revêt un intérêt particulier à nos yeux : il s'agit des leçons tirées de l'évaluation des données récoltées et des conseils conséquents au législateur, pouvant aller jusqu'à la prise en compte de modifications à suggérer à la loi de 2002.

Dans le premier rapport, la commission prend en compte plusieurs propositions de modification de la loi :

– En ce qui concerne le domaine d'application de la loi, le premier rapport constate que « certains membres de la commission ont émis, selon leurs conceptions éthiques ou philosophiques, le souhait de voir la commission proposer des initiatives législatives, les uns pour étendre le domaine d'application de la loi en particulier en ce qui concerne la déclaration anticipée ou la fin de vie des mineurs d'âge, les autres, au contraire, pour s'opposer à cette extension et pour s'assurer qu'à l'avenir le domaine d'application de l'euthanasie ne s'étende pas au-delà de ce qu'était l'intention du législateur lors de l'adoption de la loi. La commission estime cependant que de telles initiatives ne font pas partie de sa mission qui concerne l'exécution de la présente loi (art. 9) ».

– En ce qui concerne les procédures prévues par la loi, « trois membres auraient souhaité que la commission propose d'insérer dans la loi l'obligation d'un "filtre palliatif" à toute demande d'euthanasie ainsi que des procédures de consultation supplémentaires à observer lorsque le décès n'est pas prévu à brève échéance. Cette proposition n'a pas été acceptée, les autres membres de la commission estimant que rien dans les déclarations examinées ne suggérait la nécessité ni même l'intérêt d'imposer aux médecins et aux patients des contraintes supplémentaires à celles, déjà lourdes, qui sont actuellement prévues ».

– Pour ce qui est de l'intitulé de la loi, « certaines euthanasies ont été pratiquées sans injecter le produit létal mais en le faisant ingérer par le patient. La commission a estimé que la loi n'imposant pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée, autorise parfaitement une telle administration. Ces déclarations ont été unanimement acceptées. Un membre a émis le vœu de voir la commission suggérer une modification du texte légal pour qualifier de "suicide assisté" une euthanasie ainsi pratiquée (modification de l'intitulé, de la définition et des articles 3, 5, 7, 14 et 15). Les autres membres de la commission estiment cependant qu'une telle modification créerait plus de confusion que de clarification. En effet, lorsque le geste létal est posé par le patient, ce n'est souvent qu'en partie : le patient qui absorbe une potion le fait avec l'aide du médecin, le patient peut actionner lui-même le robinet de la perfusion mais celle-ci a été mise en place par le médecin, l'absorption par la bouche peut être suivie d'une injection I.V., etc. Ces circonstances entrent dans le cadre de la loi dans sa rédaction actuelle qui implique que le médecin ait le contrôle du processus de décès jusqu'à son terme, quelles qu'en soient les modalités ».

Le premier rapport examine donc plusieurs possibilités d'interventions, tout en arrivant à la conclusion qu'elle ne propose pas d'initiatives législatives nouvelles. Dans les rapports suivants, la commission se bornera à renvoyer au premier et à confirmer que des initiatives législatives ne sont pas nécessaires (sauf pour la constatation, à partir de 2014, que la loi a été étendue aux mineurs d'âge et donc cet aspect a été comblé par le législateur). Seulement dans les derniers rapports, la Commission regrette le fait que le législateur n'a pas remédié à la « complexité de la rédaction de la déclaration anticipée d'euthanasie et des procédure d'enregistrement et de renouvellement » et que « le renouvellement de la déclaration reste un obstacle pour les citoyens » : au vu des développements législatifs de 2020, nous imaginons que les futurs rapports considéreront cette remarque au moins partiellement satisfaite.

1.4.3 Les propositions de loi visant à amender la loi de 2002, déposées entre 2003 et 2013

Si la commission fédérale (comme nous venons de le voir) n'est pas de l'avis de suggérer des modifications à la loi, les membres du Sénat et de la Chambre sont visiblement d'avis différent et déposent, le long des années, un certain nombre de propositions de loi.

Au courant de la 51e législature (05.06.2003 – 27.06.2007), sept propositions de loi sont déposées au Sénat et trois à la Chambre, dont quatre par des élus du SP.A, trois du VLD, une du MR, une du CdH[783] et une du VB[784]. La plupart de ces propositions concernent les mineurs d'âge (trois, dont deux déposées par SP.A[785] et une par le VLD[786]) et le suicide médicalement assisté (deux, déposées par le VLD[787]). Les autres propositions concernent des points différents de la loi (entre autres le rôle du pharmacien, le rôle du corps paramédical, les cas des patients en état de démence, la déclaration anticipée, l'introduction d'un filtre palliatif, l'introduction de conditions plus restrictives). De celles-ci, une seule proposition est débattue, votée et adoptée : la proposition de loi « complétant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie par des dispositions concernant le rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes »[788]. Déposée à l'initiative de membres du VLD le 1er juillet 2004, elle est adoptée le 20 octobre 2005 et publiée au Moniteur Belge le 13 décembre de la même année. L'amendement à la loi de 2002 vise substantiellement à protéger le pharmacien, en mettant noir sur blanc qu'il ne commet aucune infraction s'il agit sur la base d'une prescription conforme à la loi.

---

783 Le 18 mai 2002, le congrès du PSC a adopté les nouveaux statuts et la nouvelle dénomination du parti : Centre démocrate humaniste (cdH).

784 Le 14 novembre 2004, lors d'un congrès, le Vlaams Blok se dissout et refonde un nouveau parti : le Vlaams Belang.

785 K. Jiroflée, A.-M. Baeke et M. Detiège, Proposition de loi du 15 juin 2006 complétant, en ce qui concerne les mineurs, la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Ch., n° 51-2553/001 ; M. Vanlerberghe et consorts, Proposition de loi du 12 décembre 2006 complétant, en ce qui concerne les mineurs, la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 3-1993/1, 2006-2007.

786 J. Leduc et P. Wille, Proposition de loi du 7 juillet 2004 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 3-804/1, 2003-2004.

787 P. Vankrunkelsven, Proposition de loi du 2 octobre 2003 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 3-220/1 (S.E. 2003) ; J. Leduc et P. Wille, Proposition de loi du 7 juillet 2004 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, précitée.

788 A. Van de Casteele et consorts, Proposition de loi complétant la loi du 1er juillet 2004 du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie par des dispositions concernant le rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes, *Doc.*, Sén., n° 3-791/1 (2003-2004).

Au courant de la 52e législature (28.06.2007 – 07.05.2010), neuf propositions de loi sont déposées au Sénat et trois à la Chambre, dont six par les élus de l'Open VLD[789], quatre du SP.A, une du MR et une du VB. La plupart de ces propositions concernent les mineurs (quatre, dont deux de l'Open VLD[790] et deux du SP.A[791]) et le suicide médicalement assisté (trois, dont deux de l'Open VLD[792] et une du MR[793]). Les autres propositions concernent des points différents de la loi (notamment la déclaration anticipée, les cas des patients en état de démence, l'introduction d'un filtre palliatif, l'obligation du médecin traitant opposé à l'euthanasie de renvoyer le patient à un confrère). Aucune n'est adoptée.

Au courant de la 53e législature (23.06.2010 – 25.05.2014), 20 propositions de loi sont déposées au Sénat et 9 à la Chambre. Il apparait déjà clairement par ces chiffres que la pression politique pour un changement de la loi est en train de monter. Regardons un peu dans le détail ces propositions et le calendrier des événements les concernant.

Entre le début de la législature et le mois de janvier 2013, 16 propositions sont déposées au Sénat et 5 à la Chambre. Parmi celles déposées au Sénat, 5 concernent les

789 En février 2007, le cartel formé par le VLD et Vivant décide de se présenter aux élections législatives sous le nom d'Open VLD.

790 P. Vankrunkelsven, Proposition de loi du 26 mai 2008 complétant, en ce qui concerne les mineurs, la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 4-785/1 (2007-2008) ; J.-J. De Gucht, P. Wille, P. Vankrunkelsven et M. Taelman, Proposition de loi du 16 septembre 2008 modifiant, en ce qui concerne les mineurs, l'article 3 de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 4-920/1 (2007-2008).

791 M. Vanlerberghe et A. Van Nieuwkerke, Proposition de loi du 28 novembre 2007 complétant, en ce qui concerne les mineurs, la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 4-431/1 (2007-2008) ; M. Detiège, Proposition de loi du 19 décembre 2007 modifiant, en ce qui concerne les mineurs, la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Ch., n° 52-0611/001.

792 P. Vankrunkelsven, Proposition de loi du 26 mai 2008 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et introduisant la notion d'assistance à l'auto-euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 4-784/1 (2007-2008) ; J.-J. De Gucht, P. Wille, P. Vankrunkelsven et M. Taelman, Proposition de loi du 16 septembre 2008 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en ce qui concerne l'auto-euthanasie assistée, *Doc.*, Sén., n° 4-919/1 (2007-2008).

793 Ch. Defraigne, Proposition de loi du 18 octobre 2007 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et l'arrêté royal du 2 avril 2003 fixant les modalités suivant lesquelles la déclaration anticipée relative à l'euthanasie est rédigée, confirmée, révisée ou retirée, *Doc.*, Sén., n° 4-301/1 (2007-2008).

mineurs (dont une de l'Open VLD[794], une du MR[795], une du SP.A[796], une du PS[797] et une de la N-VA[798]), 2 le suicide assisté (dont une de l'Open VLD[799] et une de la N-VA[800]) et quatre la déclaration anticipée[801]. Les autres propositions concernent des points différents de la loi (notamment l'obligation du médecin traitant opposé à l'euthanasie de renvoyer le patient à un confrère, les cas des patients en état de démence, l'introduction d'un filtre palliatif et l'introduction d'une amende administrative au médecin qui ne respecte pas l'obligation de déclaration). Parmi celles déposées à la Chambre dans ce même laps de temps, une concerne les mineurs (SP.A[802]).

Suite à ce nombre important de propositions de loi déposées, les 23 janvier et 6 février 2013, se tiennent deux réunions des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat visant à les examiner. Dans la dernière de ces réunions, les commissions décident aussi d'organiser des auditions sur l'adaptation de la législation relative à l'euthanasie et de les grouper autour de quatre thèmes : l'euthanasie chez les patients mineurs ; l'euthanasie chez les patients qui souffrent d'une affection neurodégénérative ; les problèmes juridiques ; une approche générale de la problématique de l'euthanasie. En parallèle, le 7 février 2013, quatre propositions de loi sont déposées notamment à la Chambre par l'Open VLD : une concernant les mineurs, une la déclaration

794 A. De Croo et consorts, Proposition de loi du 16 aout 2010 modifiant, en ce qui concerne les mineurs, l'article 3 de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 5-21/1 (S.E. 2010).

795 Ch. Defraigne, Proposition de loi du 23 septembre 2010 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en ce qui concerne les mineurs âgés de quinze ans et plus, *Doc.*, Sén., n° 5-179/1 (S.E. 2010).

796 M. Temmerman et consorts, Proposition de loi du 9 mai 2012 complétant, en ce qui concerne les mineurs, la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 5-1610/1 (2011-2012).

797 Ph. Mahoux, Proposition de loi du 10 janvier 2013 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Sén., n° 5-1919/1 (2012-2013).

798 E. Sleurs et consorts, Proposition de loi du 28 janvier 2013 concernant l'extension aux mineurs de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, l'assistance médicale au patient qui met lui-même fin à sa vie ainsi que la création et la pénalisation des infractions d'incitation et d'assistance au suicide, *Doc.*, Sén., n° 5-1947/1 (2012-2013).

799 B. Tommelein et consorts, Proposition de loi du 16 aout 2010 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en ce qui concerne l'auto-euthanasie assistée, *Doc.*, Sén., n° 5-23/1 (S.E. 2010).

800 E. Sleurs et consorts, Proposition de loi du 28 janvier 2013 concernant l'extension aux mineurs de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, l'assistance médicale au patient qui met lui-même fin à sa vie ainsi que la création et la pénalisation des infractions d'incitation et d'assistance au suicide, précitée.

801 *Cf.* notamment *Doc.*, Sén., n° 5-24/1, 5-154/1, 5-1799/1, 5-1942/1.

802 M. Vanlerberghe, R. Landuyt et M. Detiège, Proposition de loi du 28 octobre 2010 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc.*, Ch., n° 53-0498/001.

anticipée, une le suicide assisté et une l'obligation du médecin traitant opposé à l'euthanasie de renvoyer le patient à un confrère.

Après les auditions, plusieurs autres propositions de loi concernant l'euthanasie sont déposées au Sénat, dont quatre, le 26 juin 2013, par des sénateurs du PS, Open VLD, MR et SP.A concernant respectivement les mineurs[803], la déclaration anticipée[804], les délais à respecter par le médecin[805] et le respect de la clause de conscience[806] et une, le 3 juillet 2013, par des sénateurs du MR et de l'Open VLD concernant le patients en état de démence[807].

Après des échanges de vues, lors de leur réunion du 9 octobre 2013, les commissions réunies décident de poursuivre en premier lieu l'examen de la problématique de l'euthanasie chez les patients mineurs, et ce sur la base de la proposition de loi du 26 juin 2013 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs déposée par des sénateurs du PS, Open VLD, MR et SP.A[808]. C'est le début d'un processus législatif qui nous mènera jusqu'à l'approbation d'un amendement à la loi de 2002.

1.4.4 La loi du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs

803 Ph. Mahoux et consorts, Proposition de loi du 26 juin 2013 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs, *Doc.*, Sén., n° 5-2170/1 (2012-2013).

804 Ch. Defraigne et consorts, Proposition de loi du 26 juin 2013 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie visant à supprimer la validité limitée à cinq ans de la déclaration anticipée et laissant le patient la déterminer lui-même, *Doc.*, Sén., nº 5-2171/1 (2012-2013).

805 J.-J. De Gucht et consorts, Proposition de loi du 26 juin 2013 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue de fixer un délai à respecter par le médecin, d'une part, pour répondre à la demande d'euthanasie du patient et, d'autre part, pour transmettre le dossier médical du patient à une commission au cas où il refuserait d'accéder à la demande de celui-ci, *Doc.*, Sén., nº 5-2172/1 (2012-2013).

806 G. Swennen et consorts, Proposition de loi du 26 juin 2013 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et la loi coordonnée du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, en vue de garantir le respect de la clause de conscience), *Doc.*, Sén., nº 5-2173/1 (2012-2013).

807 J. Brotchi et consorts, Proposition de loi du 3 juillet 2013 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux personnes atteintes d'une affection cérébrale incurable à un stade avancé et irréversible et qui ont exprimé leurs volontés dans une déclaration anticipée d'euthanasie, *Doc.*, Sén., nº 5-2184/1 (2012-2013).

808 Ph. Mahoux et consorts, Proposition de loi du 26 juin 2013 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs, précitée.

La proposition de loi du 26 juin 2013[809] à partir de laquelle le processus législatif d'amendements de la loi de 2002 prend ses débuts, est déposée par des élus PS, SP.A, MR et Open VLD. Elle a un texte très court et simple : il n'intervient que dans l'article 3 (« Des conditions et de la procédure ») pour ajouter aux catégories des patients pouvant demander une euthanasie le « mineur doté de la capacité de discernement »[810] et prévoir dans ces cas une procédure de consultation d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue qui atteste entre autres la capacité de discernement, un entretien avec les représentants légaux du mineur en s'assurant qu'ils marquent leur accord (acté par écrit) et une possibilité d'accompagnement psychologique pour toutes les personnes concernées. Selon ses auteurs, la proposition de loi « repose sur une conviction première: la décision de fin de vie est un acte d'humanité, posé en dernier recours. De ce point de vue, pourquoi les mineurs seraient-ils privés de l'accès à cet acte d'humanité »[811]. En ce sens, nous considérons que la *ratio legis* ne diverge pas de celle de la loi de 2002, il s'agit donc d'une adaptation en vue de prendre en compte les sujets étant mineurs mais dotés de la capacité de discernement (et donc d'autodétermination).

Le texte adopté en commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat le 4 décembre 2013[812] contient – en plus de quelques amendements lexicaux et des compléments qui harmonisent le texte – un changement important par rapport à la proposition initiale : le mineur doit se trouver « dans une situation médicale sans issue entrainant le décès à brève échéance »[813] et faire état « d'une souffrance physique constante et insupportable qui ne peut pas être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable »[814]. Par rapport aux conditions générales établies par la loi de 2002, on prévoit donc en plus pour les mineurs la nécessité de se trouver à un stade terminal et de faire état d'une souffrance physique, la souffrance

809 *Ibid.*
810 *Ibid.*, art. 2, p. 5.
811 *Ibid.*, préambule, p. 3.
812 Proposition de loi du 26 juin 2013 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs, Texte adopté par les commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales le 4 décembre 2013, *Doc.*, Sén., n° 5-2170/5 (2013-2014).
813 *Ibid.*, art. 2, p. 1.
814 *Ibid.*, p. 1.

psychique étant exclue comme condition suffisante. Ces changements sont introduits par le biais d'un amendement déposé par une élue de la N-VA[815], après que sa formulation a été peaufinée avec deux amendements déposés par les élus des PS, Open VLD, MR et SP.A[816]. L'article ainsi amendé est adopté par vingt-six voix contre huit[817], soit les voix des sénateurs du N-VA, PS, MR, SP.A, Open VLD et Écolo contre ceux du CD&V, VB et CdH.

Lors des déclarations des sénateurs avant le vote final en commissions, Christine Defraigne (MR) souligne que « la proposition de loi s'inscrit dans la même logique [de la loi du 28 mai 2002] mais prévoit des balises supplémentaires puisque l'on vise l'euthanasie de patients mineurs. La souffrance physique inapaisable des mineurs en fin de vie méritait toute l'attention du législateur »[818]. De son côté, Guy Swennen (SP.A) affirme même « qu'il s'agit ici d'une manœuvre de rattrapage qui réalise quelque chose que l'on n'avait pas pu mettre en place lors de l'élaboration de la loi initiale sur l'euthanasie »[819]. Les sénateurs qui s'opposent à l'adoption de la loi ne prennent pas la parole lors de ce dernier tour de table.

Lors du vote final en commissions, le texte de la proposition de loi reçoit le même nombre de voix que son article principal, à savoir 26 voix contre 8[820].

Le texte adopté d'abord par le Sénat et puis par la Chambre en séance plénière le 13 février 2014[821], reprend le même texte (*ne varietur*) adopté en commissions réunies au

---

815 Proposition de loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 5-2170/2, 2013-2014, Amendement n°5 déposé par E. Sleurs.

816 Proposition de loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs, Amendements, *Doc.*, Sén., n° 5-2170/3, 2013-2014, Amendements n° 7 et 12 déposés par J.-J. De Gucht, Ch. Defraigne, G. Swennen et Ph. Mahoux.

817 Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Khattabi et Van Hoof, 4 décembre 2013, *Doc.*, Sén., n° 5-2170/4, 2013-2014, p. 89.

818 *Ibid.*, p. 89.

819 *Ibid.*, p. 90.

820 *Ibid.*, p. 90.

821 Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs, 13 février 2014, précitée.

Sénat, avec à peine quelques corrections techniques. Il est adopté par 50 voix contre 17 au Sénat[822] et 86 voix contre 44 et 12 abstention à la Chambre[823].

Il est intéressant de remarquer que la majorité qui adopte l'amendement à la loi de 2002 ne coïncide pas avec la majorité gouvernementale du moment : dirigé par le Premier ministre socialiste wallon Elio Di Rupo, le gouvernement qui a pris fonction le 6 décembre 2011 est soutenu par PS, CD&V, MR, SP.A, Open VLD et CDH.

1.4.5 Les propositions de loi visant à amender la loi de 2002, déposées entre 2014 et 2020

Pendant la 54e législature (19 juin 2014 – 26 mai 2019), dix propositions de loi sont déposées afin d'amender la loi de 2002. De celles-ci, quatre (dont deux du PS[824], une du SP.A[825] et une d'Écolo/Groen[826]) concernent l'application de la clause de conscience et le renvoi du dossier à un autre médecin, trois (dont une du SP.A[827], une du PS[828] et une

822 *Ann. Parl.*, Sén., Session ordinaire de 2013-2014, Séance de l'après-midi du jeudi 12 décembre 2013, n° 5-131, p. 35. Ce chiffre correspond à la totalité des sénateurs présents adhérents aux partis politiques ayant voté la loi en commissions réunies, à l'exception du désistement de deux sénateurs MR (notamment Gérard Deprez et Armand De Decker).

823 *Compte rendu intégral du jeudi après-midi du 13 février 2014*, Ch., CRIV 53 PLEN 186, 2013-2014, p. 77 et s. Ce chiffre correspond à la totalité des sénateurs présents adhérents aux partis politiques ayant voté la loi en commissions réunies au Sénat, à l'exception du vote contraire de trois députés du MR, deux d'Écolo, un du N-VA et quatre indépendants et de l'abstention de huit députés du N-VA, deux du FDF, un du MR et un d'Écolo.

824 L. Onkelinx et consorts, Proposition de loi du 23 février 2016 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et fixant un délai, dans le chef du médecin, pour répondre à une demande d'euthanasie du patient, d'une part, et pour transmettre le dossier médical à un collègue s'il refuse d'accéder à cette demande, d'autre part, *Doc.*, Ch., n° 54 1677/001 (2015/2016) ; L. Onkelinx et consorts, Proposition de loi du 23 février 2016 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en vue d'assurer la clause de conscience, *Doc.*, Ch., n° 54 1676/001 (2015/2016).

825 K. Giroflée et consorts, Proposition de loi du 10 avril 2015 portant modification de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en ce qui concerne l'obligation de renvoi, *Doc.*, Ch., n° 54 1015/001 (2015/2016).

826 M. Gerkens et A. Dedry et consorts, Proposition de loi du 13 mai 2016 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, visant à l'obligation de renvoi vers un autre médecin en cas d'application de la clause de conscience, *Doc.*, Ch., n° 54 1832/001 (2015/2016).

827 K. Giroflée et consorts, Proposition de loi du 10 avril 2015 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en ce qui concerne la durée de validité de la déclaration anticipée, *Doc.*, Ch., n° 54 1014/001 (2015/2016).

828 L. Onkelinx et consorts, Proposition de loi du 23 février 2016 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, visant à supprimer la durée de validité limitée à 5 ans de la déclaration anticipée et laissant le patient la déterminer lui-même, *Doc.*, Ch., n° 54 1675/001 (2015/2016).

d'Écolo/Groen[829]) la durée de validité de la déclaration anticipée, une (du SP.A[830]) les personnes démentes ou inconscientes, une (du NV-A, PS, MR, CD&V, Open VLD, SP.A, CDH et Écolo/Groen[831]) la composition de la commission fédérale de contrôle et une (du NV-A, CD&V, MR, Open VLD[832]) des dispositions diverses.

Elles deviennent toutes caduques à deux exceptions près : la proposition de loi du NV-A, PS, MR, CD&V, Open VLD, SP.A, CDH et Écolo/Groen [833] concernant la composition de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, qui est adoptée le 16 juin 2016[834] et la proposition de loi du NV-A, CD&V, MR, Open VLD[835] portant des dispositions diverses en matière pénale et en matière de cultes, et modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et le Code pénal social, qui est adoptée le 5 mai 2019[836].

Si la première de ces lois n'amende que les qualifications requises pour les académiciens (et ne relève donc pas pour notre travail), la seconde loi est plus pertinente, dans la mesure où, au milieu d'un grand nombre de dispositions, l'article 121 prévoit que la déclaration anticipée prévue dans la loi de 2002 a une validité de dix ans (au lieu de cinq) ou alors de la durée décidée par le patient.

---

829 M. Gerkens et A. Dedry et consorts, Proposition de loi du 13 mai 2016 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en ce qui concerne la suppression de la durée de validité de la déclaration anticipée, *Doc.*, Ch., n° 54 1830/001 (2015/2016).

830 K. Giroflée et consorts, Proposition de loi du 10 avril 2015 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en ce qui concerne les personnes atteintes d'une affection cérébrale et devenues incapables d'exprimer leur volonté, *Doc.*, Ch., n° 54 1013/001 (2015/2016).

831 H. Vuye, L. Onkelinx, F. Schepmans, S. Verherstraeten, P. Dewael, K. Temmerman, C. Fonck et M. Gerkens, Proposition de loi du 26 octobre 2015 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en ce qui concerne la composition de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, *Doc.*, Ch., n° 54 1419/001 (2015/2016).

832 S. De Wit et consorts, Proposition de loi du 6 février 2019 portant des dispositions diverses en matière pénale et en matière de cultes, et modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et le Code pénal social, *Doc.*, Ch., n° 54 3515/001 (2018/2019).

833 H. Vuye, L. Onkelinx, F. Schepmans, S. Verherstraeten, P. Dewael, K. Temmerman, C. Fonck et M. Gerkens, Proposition de loi du 26 octobre 2015 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en ce qui concerne la composition de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, précitée.

834 *MB* du 30 juin 2016.

835 S. De Wit et consorts, Proposition de loi du 6 février 2019 portant des dispositions diverses en matière pénale et en matière de cultes, et modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et le Code pénal social, précitée.

836 *MB* du 24 mai 2019.

Adoptée en fin de législature, cette disposition a une vie très brève, car elle est abrogée par une loi successive. Le 2 octobre 2019, des députés écologistes (Écolo/Groen) déposent une proposition de loi visant à modifier la législation relative à l'euthanasie, en ce qui concerne la suppression de la durée de validité de la déclaration anticipée[837]. La proposition reprend le texte de celle déposée par le même groupe politique lors de la législature précédente au même sujet[838]. Suite à l'adoption d'amendements venant de plusieurs groupes politiques, la loi est adoptée le 15 mars 2020. Son texte prévoit, d'un côté, que la déclaration anticipée est valable pour une durée indéterminée (article 2) et, de l'autre côté, des dispositions plus ponctuelles pour rendre plus efficace et rapide le renvoi du dossier à un autre médecin dans les cas d'objection de conscience (article 3).

1.4.6 Une dernière affaire (partiellement) en cours

Une dernière note concerne une affaire judiciaire qui est encore en cours au moment même où nous clôturons notre travail : il s'agit de l'euthanasie de Mme Tine Nys, une jeune belge de 38 ans euthanasié le 27 avril 2010 suite à ses souffrances psychiques.

Pour son décès, la Commission fédérale n'avait soulevé aucun doute quant au respect des procédures ; ce sont les sœurs de la patiente qui ont assigné en justice les médecins ayant pratiqué l'euthanasie. Suite à l'enquête, la chambre du conseil de Termonde avait estimé qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments pour renvoyer le dossier aux assises, mais la partie civile avait interjeté appel. La chambre des mises en accusation avait par contre jugé qu'elle disposait d'assez d'indications quant au fait que les conditions et procédures prévues par la loi sur l'euthanasie n'avaient pas été observées. Les trois médecins avaient été renvoyés devant la Cour d'assises de Flandre Orientale (Gand), qui les a acquittés, le 30 janvier 2020, des accusations de meurtre et d'empoisonnement. La famille de la jeune femme a décidé de se pourvoir en cassation, dont le prononcé est attendu ce 15 septembre 2020. Toutefois, comme le ministère public

837 B. Creemers et S. de Laveleye, Proposition de loi du 2 octobre 2019 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en ce qui concerne la suppression de la durée de validité de la déclaration anticipée, *Doc.*, Ch., n° 55 0523/001 (S.E. 2019).

838 M. Gerkens et A. Dedry et consorts, Proposition de loi du 13 mai 2016 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en ce qui concerne la suppression de la durée de validité de la déclaration anticipée, précitée.

a décidé de ne pas aller en cassation, les médecins ne pourront plus être poursuivis au pénal : l'affaire au pénal est donc conclue. Le pourvoi des parties civiles ne peut concerner que leurs intérêts civils : si la Cour de Cassation venait à leur donner raison et à casser l'arrêt, les médecins devront donc répondre à nouveau de leur responsabilité civile et s'exposeraient au paiement d'un dédommagement.

C'était la première fois que des médecins étaient poursuivis pour empoisonnement dans le cadre d'un dossier d'euthanasie depuis l'entrée en vigueur de la loi en 2002.

Tableau n° 2

Propositions de loi déposées après juin 1999	PS/SP	PRL	Agalev	VLD	PSC	CVP	Majorité	Adoptée
Motivations et buts / causes et objectifs	Ambiguïté de la loi / différence avec pratique / insécurité / souffrance inapaisable Clarifier la loi / sécurité juridique / transparence / dialogue	Hypocrisie du silence Éviter tout excès, tout abus, toute déviation	Progrès médecine / souffrance / déchéance/ législation actuelle est inhumaine S'adapter à la légitime volonté du patient	Insécurité juridique / nécessité règlementaire Sécurité juridique	Des euthanasies sont pratiquées Maintenir l'interdit / encadrer la décision médicale	Manque de transparence et de sécurité juridique Transparence / contrôle décision médicale	Insécurité juridique / pratiques clandestines / impossibilité dialogue approfondi patient - médecin / rupture entre loi pénale et réel Respect autonomie individuelle / protection du patient / sécurité juridique pour le médecin / évaluation des pratiques	(non explicités) (non explicités)
Déclaration anticipée	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Modification du Code pénal	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non
Conditions	Souffrance ou détresse constante et insupportable, émanant d'une affection accidentelle ou pathologique incurable	Maladie incurable / stade terminal / souffrance insupportable	État du patient désespéré du point de vue médical	Phase terminale d'une maladie incurable / souffrance insupportable	Souffrance irréductible et insupportable / maladie incurable / décès à bref	Souffrance irréductible et insupportable / maladie incurable / décès à bref	Souffrance ou détresse constante et insupportable, inapaisable / affection ou pathologie grave et incurable	Situation médicale sans issue / souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée / résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable
Non application aux	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non

femmes enceintes d'un enfant viable								
Liberté de conscience du médecin	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Philosophie sous-tendue	Autonomie	Liberté individuelle	Qualité de vie / autonomie du patient	Dignité humaine	Dignité « relationnelle » / protection des vulnérables /responsabilité	Protection vie humaine / dignité humaine / solidarité attentionnée / rôle des pouvoirs publics	Autonomie individuelle / protection du patient	(non explicitée)
Contrôle	Déclaration à l'officier de l'état civil et au procureur	Dossier médical transmis au procureur	Dossier médical transmis au médecin légiste et notification au procureur	Rapport à la commission d'évaluation	Rapport au médecin légiste et certificat à l'officier de l'état civil	Rapport au médecin légiste	- [839]	Commission fédérale de contrôle

[839] C'est la proposition de loi (déposée en parallèle) sur la commission fédérale d'évaluation (2-245/1) qui s'occupe du mécanisme de contrôle.

Tableau n°3

	Proposition de loi de la majorité	Texte de la loi adopté
Intitulé	Proposition de loi relative à l'euthanasie	Loi relative à l'euthanasie
Article 1	La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.	La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.
Article 2	Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.	Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.
Article 3	La requête du patient ou de son mandataire Lorsqu'un patient majeur ou mineur émancipé, capable et conscient, demande l'euthanasie de manière expresse, non équivoque, mûrement réfléchie, répétée et persistante, un médecin peut, en conscience, accepter de donner suite à cette requête si le patient fait état d'une souffrance ou d'une détresse constante et insupportable, qui ne peut être apaisée, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. Le médecin doit, en outre, préalablement : 1º informer complètement le patient de tous les aspects de son état de santé, ainsi que des différentes possibilités de prise en charge palliative existantes et de leurs conséquences; 2º consulter un autre médecin quant au caractère incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Il transmet cet avis au patient. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée; 3º s'assurer de la persistance de la souffrance ou de la détresse du patient et de sa volonté réitérée. À cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient; 4º s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa requête avec toutes les personnes qu'il souhaitait rencontrer, notamment les membres de l'équipe soignante avec laquelle le patient est en contact régulier. De plus, à la demande du patient, le médecin est également tenu de s'entretenir de la requête avec les proches du patient, ainsi qu'avec les membres de l'équipe soignante. Lorsque le patient a déclaré anticipativement, par écrit et conformément à l'article 4, sa volonté qu'un médecin interrompe sa vie s'il est inconscient, qu'il n'existe aucun moyen de le ramener à un état conscient, qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique incurable et qu'il se trouve dans cette situation, le mandataire désigné par la déclaration exerce les droits du patient. La requête du patient ou celle de son mandataire, ainsi que l'ensemble des démarches du médecin et	Des conditions et de la procédure § 1er. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que : – le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande ; – la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ; – 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 ; et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi. § 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas : 1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire ; 2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. À cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient ; 3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée.

	leur résultat, sont consignés au jour le jour dans le dossier médical du patient.	Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ; 4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci ; 5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne ; 6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer. § 3. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre : 1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ; 2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie. § 4. La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. 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. Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical. Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient. § 5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.
Article 4	La déclaration anticipée Tout majeur ou mineur émancipé, capable, peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, déclarer par écrit ses préférences ou ses objections pour certains types de prise en charge médicale.	De la déclaration anticipée § 1er. Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :

	Il peut également déclarer préalablement sa volonté qu'un médecin interrompe sa vie s'il est inconscient et atteint d'une affection accidentelle ou pathologique incurable et qu'il n'existe aucun moyen de le ramener à un état conscient. La déclaration désigne un ou plusieurs mandataires, classés par ordre de préférence, qui seront garants de la volonté du déclarant. Chaque mandataire remplace celui qui le précède dans la déclaration en cas d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient et les membres de l'équipe soignante ne peuvent être désignés comme mandataire. La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit, à peine de nullité, être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un ne pourra avoir aucun lien de parenté avec le patient, datée et signée par le déclarant, par les témoins et par le ou les mandataires. La déclaration constate éventuellement que le déclarant n'est pas en état de signer et en énonce les raisons. Si l'incapacité est temporaire, la déclaration doit être confirmée par la signature du déclarant dès que celui-ci aura la capacité de signer. La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté. La déclaration peut être révoquée par tout moyen et à tout moment. Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.	– qu'il 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. La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance. La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance. Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance. Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration. La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté. La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment. Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national. § 2. Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au §1er, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient : – est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ; – est inconscient ; – et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science ;

		et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement : 1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation. Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée ; 2° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci ; 3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient ; 4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne. La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.
Article 5	Procédure Le médecin qui a pratiqué une euthanasie est tenu de le déclarer sans délai à l'officier de l'état civil du lieu du décès du patient, ainsi qu'au procureur du Roi. La déclaration adressée au procureur du Roi comporte : 1º les prénoms, nom, domicile, lieu et date de naissance du patient; 2º la mention de l'affection dont souffrait le patient; 3º la procédure suivie par le médecin; 4º les prénoms et nom de toutes les personnes consultées par le médecin, ainsi que la date de ces consultations; 5º la date et l'heure du décès. À la demande du procureur du Roi, le médecin communique à celui-ci les éléments du dossier médical du patient relatif à l'euthanasie. Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation de la déclaration du médecin visée au présent article.	De la déclaration Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

	Le médecin doit également transmettre à la commission fédérale d'évaluation relative à l'application de la loi du ... concernant l'euthanasie le document d'enregistrement établi par la commission, dûment complété.	
Article 6	Dispositions particulières Aucun praticien de l'art de guérir, ni aucune autre personne quelconque, n'est tenu de concourir à l'application des articles 3 et 4, alinéa 2. Le médecin sollicité est tenu d'indiquer en temps utile à celui qui demande une euthanasie si son refus est justifié par des raisons médicales. Dans ce cas, elles sont consignées dans le dossier médical ouvert au nom du patient. Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de son mandataire, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par le mandataire.	La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation § 1er. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée « la commission ». § 2. La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable. La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région. Les membres de la commission sont nommés, dans le respect de la parité linguistique - chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe - et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif. La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents. § 3. La commission établit son règlement d'ordre intérieur.
Article 7	La personne décédée à la suite de l'application de la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.	La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie. Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes : 1° les nom, prénoms et domicile du patient ;

	Les dispositions de l'article 909 du Code civil, sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.	2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant ; 3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie ; 4° les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations ; 5° s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s) ; Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission. Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes : 1° le sexe et les date et lieu de naissance du patient ; 2° la date, le lieu et l'heure du décès ; 3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient ; 4° la nature de la souffrance qui était constante et insupportable ; 5° les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable ; 6° les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure ; 7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance ; 8° s'il existe une déclaration de volonté ; 9° la procédure suivie par le médecin ; 10° la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations ; 11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations ; 12° la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.
Article 8	Dispositions modificatives Il est inséré dans le livre II, titre VIII, chapitre Ier , section 4, du Code pénal, un article 417*bis* , rédigé comme suit : « Art. 417*bis* . - Il n'y a ni crime ni délit lorsque les faits visés aux articles 393 à 397 ont été commis par un médecin, et commandés par la nécessité de mettre fin à la souffrance ou à l'état de détresse, constant, insupportable, et inapaisable, d'un patient atteint d'une affection incurable, pour autant que le médecin ait respecté les conditions et procédures énoncées dans la loi du ... relative à l'euthanasie. »	La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie. Elle se prononce dans un délai de deux mois. Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées,

		elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient. Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se récusera ou pourra être récusé pour l'examen de cette affaire par la commission.
Article 9	L'article 77 du Code civil est complété par l'alinéa suivant : « En cas de décès survenu à l'intervention d'un médecin, conformément aux dispositions de la loi du ... relative à l'euthanasie, l'autorisation d'inhumer est soumise à l'accord préalable du procureur du Roi. Faute d'accord, il est procédé conformément aux articles 81 et 82. »	La commission établit à l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans : a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8 ; b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi ; c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi. Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels. Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8. La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée. Elle peut entendre des experts.
Article 10	L'article 79 du même Code est complété par l'alinéa suivant : « En cas de décès survenu à l'intervention d'un médecin, conformément aux dispositions de la loi du ... relative à l'euthanasie, l'acte énonce la cause du décès. La déclaration du médecin est conservée dans un registre spécial. »	Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur proposition des ministres qui ont la Sante publique et la Justice dans leurs attributions.
Article 11	-	Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputes par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.
Article 12	-	Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Article 13	-	Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, les Chambres législatives organisent un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution des Chambres législatives et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.
Article 14	-	La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante. Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie. Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie. Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient. Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.
Article 15	-	La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance. Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.
Article 16	-	La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au Moniteur belge

2 LA FRANCE

Sommaire : 2.1. Introduction aux règles du jeu parlementaire. 2.2. L'historique législatif. 2.3. Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2016.

2.1 Introduction aux règles du jeu parlementaire

Au Parlement français, jusqu'à 2008, l'établissement de l'ordre du jour (la liste des sujets qu'une assemblée doit aborder au cours d'une séance) était une prérogative essentiellement du Gouvernement. Il fixait la liste et l'ordre dans lequel il souhaitait que chaque assemblée examine les projets et propositions de loi. Il pouvait modifier l'ordre du jour à tout instant par lettre rectificative. Le Gouvernement pouvait ainsi encadrer l'initiative parlementaire, en imposant au Parlement son rythme de travail, et privilégier les textes qu'il souhaitait voir aboutir.

La loi constitutionnelle du 23 juillet 2008 a sensiblement modifié ces principes en instaurant un ordre du jour partagé (art. 48 de la Constitution). Désormais, le Gouvernement et les assemblées disposent chacun de deux semaines de séances sur quatre. Pour les assemblées (Assemblée nationale et Sénat), une semaine de séance est réservée par priorité au contrôle de l'action du Gouvernement et à l'évaluation des politiques publiques, et un jour de séance par mois à un ordre du jour déterminé à l'initiative des groupes d'opposition ou minoritaires (« niche parlementaire »). Néanmoins, le Gouvernement dispose encore de priorités puisqu'il peut demander, sur les deux semaines de séances réservées au Parlement, l'inscription des projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale, ou sur la semaine parlementaire non consacrée au contrôle, l'inscription prioritaire des textes transmis par l'autre assemblée depuis six semaines au moins.

Par ailleurs, la tenue d'au moins une séance par semaine consacrée aux questions des membres du Parlement et aux réponses des membres du Gouvernement a été consacrée par le même article 48 de la Constitution.

L'organisation du travail des assemblées est fixée par la Conférence des présidents. Chaque assemblée est souveraine pour fixer les jours et horaires de ses séances. La Conférence des présidents organise aussi le déroulement des séances (notamment la durée de la discussion générale, et la répartition des temps de parole entre les groupes). La Conférence des présidents est composée, dans chacune des deux assemblées, du président, des vice-présidents, des présidents des groupes parlementaires, des présidents des commissions permanentes, du rapporteur général de la commission des Finances, du président de la commission chargée des Affaires européennes et, au Sénat, du rapporteur général de la commission des Affaires sociales. Le Gouvernement y est représenté en règle générale par le ministre en charge des relations avec le Parlement[1].

2.1 L'historique législatif

Nous l'avons déjà constaté lors du chapitre concernant le processus législatif en Belgique[2] : tout grand changement n'arrive pas du jour au lendemain, il se prépare et il se construit au fil des années. Ceci est aussi vrai pour la Belgique que pour tout autre pays, y compris la France.

C'est pourquoi nous entamerons notre analyse de l'historique législatif à partir de la fin des années 1980, de manière assez analogue à ce que nous avons fait pour la Belgique. Encore une fois, ce choix se justifie par une recrudescence du nombre de propositions de loi déposées à partir depuis les années 1980 et l'écoulement d'une période de temps suffisamment longue pour le changement politique.

Ce n'est qu'après cette analyse que nous pourrons apprécier le déroulement du

1 *In* https://www.vie-publique.fr/ .
2 *Cf. supra*, § 1.4.

processus parlementaire de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, déposée le 21 janvier 2015 par Alain Claeys et Jean Leonetti[3], adoptée le 27 janvier 2016 et promulguée le 2 février 2016.

2.2.1 Les normes en vigueur avant le changement législatif

Nous avons déjà examiné en détail les dispositions actuellement en vigueur en France dans les différents domaines de la fin de vie[4]. Puisque le seul domaine où la législation a été amendée récemment est celui de la suspension, l'arrêt ou l'abstention de traitement, nous ne passerons en revue ici que les normes existantes avant le changement législatif concernant ces aspects spécifiques, sans revenir sur les normes applicables en matière d'euthanasie et de suicide assisté, puisqu'elles n'ont pas changé.

Avant février 2016, l'« obstination déraisonnable » était déjà explicitement interdite[5], alors que l'utilisation de traitements antalgiques qui peuvent avoir comme effet secondaire – prévisible mais non recherché – d'abréger la vie du patient[6] était tout à fait permise. Par ailleurs, le patient avait le droit de consentir ou de refuser tout traitement[7] ; à cette fin, quatre situations différentes étaient envisagées par la loi avant cette date :

- le malade est conscient mais ne se trouve pas en fin de vie[8] : s'il décide de refuser ou d'interrompre « tout » traitement, le médecin doit respecter son choix même si celui-ci met la vie du patient en danger ;
- le malade est inconscient sans être en fin de vie[9] : la limitation ou l'arrêt de traitement qui pourrait mettre sa vie en danger n'est possible qu'après avoir respecté une procédure collégiale prévue dans le code de déontologie médicale et avoir consulté

---

3 *Cf. infra,* § 2.3.
4 *Cf. supra,* Partie I, § 2.
5 Art. 1, LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, précitée, amendant l'article L. 1110-5du code de la santé publique.
6 Art. 2 - théorie appelée du « double effet », dont l'un serait bon et voulu, et l'autre serait prévu mais pas voulu. *Cf.* aussi le Glossaire.
7 La loi de 2005 ne précisait pas le statut juridique de traitements tels l'hydratation et la nutrition artificiels, qu'on pouvait donc considérer comme traitements auxquels le patient pouvait consentir ou qu'il pouvait refuser.
8 Art. 3.
9 Art. 5.

la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches et le cas échéant les directives anticipées de la personne[10] ;

- le malade est conscient et en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable[11] : il peut alors décider de limiter ou d'arrêter tout traitement ;
- le malade est inconscient et en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable[12] : le médecin est autorisé dans ce cas à limiter ou arrêter un traitement inutile, disproportionné « ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie », après avoir satisfait aux mêmes conditions prévues pour le premier cas de figure (procédure collégiale, consultation des proches et des directives anticipées).

Dans tous les cas susmentionnés les soins palliatifs devaient de toute façon être garantis, même si la sédation palliative jusqu'à la mort n'était pas prévue expressément par la loi.

Les « directives anticipées » étaient prévues par la loi mais étaient considérées comme « les souhaits » de la personne relatifs à sa fin de vie[13], et n'avaient donc pas de valeur contraignante pour le médecin. Toute personne majeure pouvait désigner une « personne de confiance » qui pouvait être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui aurait été consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté[14].

Toutes les autres normes concernant la fin de vie sont restées inchangées.

2.2.2 Les initiatives législatives antérieures à la loi du 3 février 2016 (loi « Claeys-Leonetti »)

Avant la proposition de loi du 21 janvier 2015, de nombreuses autres propositions de loi concernant la fin de vie sont déposées au Sénat et à l'Assemblée nationale. La majorité d'entre elles ne sont pas adoptées : dans nombre de cas, les propositions deviennent

10 Dans ce cas, le médecin - tout en suivant la procédure collégiale – gardait le pouvoir décisionnel final.
11 Art. 6.
12 Art. 9.
13 Art. 7.
14 Art. 10.

tout simplement caduques ou sont retirées sans même avoir été examinées. Dans d'autres cas plus rares, ces propositions engendrent un débat parlementaire (en commission ou même en séance plénière) pour être ensuite rejetées. Nous examinons brièvement ci-dessous ces diverses propositions.

Aussi, trois lois concernant la fin de vie sont adoptées entre 1999 et 2005 : la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs[15], la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[16] et la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie[17]. Nous ne reviendrons pas sur les débats parlementaires qui les ont accompagnées[18], toutefois nous passerons en revue rapidement leur contenu dans l'historique.

2.2.2.1 Les propositions de loi déposées mais restées sans suite entre 1978 et 2008

Si l'on excepte une première proposition de loi déposée en 1978 et qui ne concerne que l'acharnement thérapeutique, les premières propositions de lois concernant la matière de notre étude sont déposées à partir de 1989. La proposition de loi « relative au droit de vivre sa mort »[19] est en fait déposée au Sénat par Henri Caillavet (PRG[20]) le 6 avril 1978. Malgré un titre potentiellement vaste, cette proposition ne concerne que la seule possibilité de refuser l'acharnement thérapeutique. Elle engendre toutefois un premier débat politique sur la fin de vie et débouche sur un rapport en commission[21]. Rejetée le 7 mai

15 *Cf. supra*, Parti I, § 2.3.

16 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JORF* du 5 mars 2002, p. 4118.

17 Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, précitée.

18 Pour les deux premières lois, le sujet n'est pas véritablement pertinent pour nos études. Pour la troisième loi, le débat parlementaire eu en vue de son adoption est repris (et quelque part mis-à-jour) lors de l'adoption de la loi de 2016. Son examen serait donc redondant.

19 H. Caillavet, Proposition de loi du 6 avril 1978 relative au droit de vivre sa mort, Sénat, n° 301, 1977-1978.

20 Parti Radical de Gauche (PRG).

21 Rapport n° 1 (1979-1980) de M. Jean-Marie Girault fait au nom de la Commission des Lois Constitutionnelles, du Suffrage universel, du Règlement et de l'Administration générale, déposé le 2 octobre 1979, Sénat.

1980, cette proposition demeure néanmoins dans l'imaginaire collectif des députés et sénateurs français comme la première pierre dans la construction du chemin menant à la revendication d'une fin de vie digne. Elle sera ainsi citée à maintes reprises dans les débats ultérieurs.

Le 18 mai 1989, Marc Bœuf et Robert Laucournet (PS) déposent au Sénat une proposition de loi « tendant à rendre licite la déclaration de volonté de mourir dans la dignité et à modifier l'article 63 du code pénal »[22]. Ce texte prévoit la possibilité pour tout majeur capable atteint d'une maladie invalidante, incurable ou irréversible, pathologique ou « jugée par elle inacceptable »[23] de demander l'emploi de « tous les moyens »[24] pour calmer les souffrances même au risque d'abréger sa vie (phénomène qu'on appelle « double effet » [25]) et de demander l'arrêt ou l'abstention de traitement. Une telle demande se fait par le biais d'une déclaration écrite, renouvelée tous les cinq ans[26]. La technique législative proposée est celle de la décriminalisation des actes visés à l'article 3 de la proposition : « il n'y a ni crime ni délit, à aider quelqu'un à mourir sur sa demande lucide et réitérée ou sur la demande de son mandataire agissant en vertu de la déclaration prévue à l'article premier »[27]. Un amendement est prévu à l'article 63 du Code pénal (non-assistance à personnes en danger) afin de le rendre inapplicable au personnel médical ou à l'équipe soignante qui – à la demande du patient et suivant les conditions posées par la proposition de loi – s'abstiennent d'entreprendre ou de poursuivre un traitement ou une réanimation, « soit lui permettent de bénéficier de l'euthanasie »[28]. On notera que nous ne sommes pas dans le domaine de l'euthanasie proprement dite, même si ce terme revient dans le texte de la proposition. Par ailleurs, le texte du préambule se réfère improprement à l'aide au suicide[29]. Le texte deviendra caduc sans avoir jamais été examiné.

---

22 M. Bœuf et R. Laucournet, Proposition de loi du 18 mai 1989 tendant à rendre licite la déclaration de volonté de mourir dans la dignité et à modifier l'article 63 du code pénal, Sénat, n° 312, 1988-1999.

23 *Ibid.*, art. 1, p. 3.

24 *Ibid.*, p. 3.

25 *Cf.* aussi notre Glossaire.

26 M. Bœuf et R. Laucournet, Proposition de loi du 18 mai 1989 tendant à rendre licite la déclaration de volonté de mourir dans la dignité et à modifier l'article 63 du code pénal, précitée, art. 2.

27 *Ibid.*, p. 4.

28 *Ibid.*, art. 4.

29 *Ibid.*, p. 2.

Le 15 novembre 1989, Bernard Charles (PS) dépose à l'Assemblée nationale une proposition de loi « tendant à rendre licite la déclaration de volonté de mourir dans la dignité »[30]. Le texte de cette proposition, pratiquement identique à celui déposé par Marc Bœuf et Robert Laucournet au Sénat le 18 mai 1989[31] (*cf. supra*), n'aura pas meilleur sort.

Plusieurs années s'écoulent ensuite sans qu'aucune initiative parlementaire ne soit prise au sujet d'une aide active à mourir. Le 13 février 1997, Pierre Biarnès et trente-quatre de ses collègues du groupe socialiste déposent au Sénat une proposition de loi « relative au droit de mourir dans la dignité »[32]. Le texte concerne plus particulièrement le refus de l'acharnement thérapeutique ou l'administration d'antalgiques pouvant hâter le décès (article 2)[33], mais vise également la dépénalisation de l'aide active à mourir (« Le médecin qui fait droit à la volonté du patient (...) n'encourt aucune sanction », article 7[34]) en cas d'altération de la dignité ou de la qualité de vie plaçant le patient en situation de détresse (article 3)[35]. Le texte reste relativement flou et imprécis : ainsi, rien n'est précisé quant aux modalités de cette aide active. Aussi, une clause de conscience est prévue (article 8)[36]. Le 26 janvier 1999, les auteurs retirent cette proposition avant qu'elle ne soit examinée en commission, pour lui en substituer une nouvelle.

En effet, le 26 janvier 1999, Pierre Biarnès et cinquante-cinq de ses collègues socialistes déposent, toujours au Sénat, une nouvelle proposition de loi[37] affublée d'un titre et d'un contenu fort semblables à ceux de la proposition du 13 février 1997. Qu'est-qui change dans ce nouveau texte, à part le fait d'avoir récolté un nombre plus important

30 B. Charles, Proposition de loi du 15 novembre 1989 tendant à rendre licite la déclaration de volonté de mourir dans la dignité, AN, n° 999, IX Législature.

31 M. Bœuf et R. Laucournet, Proposition de loi du 18 mai 1989 tendant à rendre licite la déclaration de volonté de mourir dans la dignité et à modifier l'article 63 du code pénal, précitée.

32 P. Biarnès et consorts, Proposition de loi du 13 février 1997 relative au droit de mourir dans la dignité, Sénat, n° 215, 1996-1997.

33 *Ibid.*, p. 6.

34 *Ibid.*, p. 7. Le texte prévoit la dépénalisation des actes accomplis par le médecin suivant la proposition de loi, sans toutefois intervenir dans le Code pénal.

35 *Ibid.*, p. 6.

36 *Ibid.*, p. 7.

37 P. Biarnès et consorts, Proposition de loi du 26 janvier 1999 relative au droit de mourir dans la dignité, Sénat, n° 166, 1998-1999.

de signataires ? Mis à part quelques ajouts secondaires dans le texte du préambule, les principales modifications apportées sont les suivantes : l'article 2 se réfère uniquement à l'acharnement thérapeutique[38] et ne cite plus l'administration d'antalgiques ; d'autres articles connaissent des petits ajustements lexicaux (articles 3, 6 et 7) et –plus important – deux articles sont ajoutés à la fin du texte qui prévoient deux amendements à autant d'articles du Code pénal[39] : le premier amendement propose de modifier l'article 221-1 du Code pénal, en disposant que « l'aide active à mourir pratiquée dans les conditions prévues par la loi n'est pas considérée comme un meurtre »[40], et le second de modifier l'article 221-5 du Code pénal pour que ce type d'aide ne soit pas non plus considérée comme un empoisonnement[41]. La proposition prévoit donc de décriminaliser l'aide active à mourir procurée dans certaines conditions. Le texte ne connaitra pas un sort plus glorieux que celui de son prédécesseur et deviendra caduc.

Comme nous l'avons vu *supra*, le 9 juin 1999 est adopté la loi n° 99-477 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs[42]. Cette loi vise principalement le droit à l'accès aux soins palliatifs et le droit de s'opposer à toute investigation et thérapeutique. Il s'agit du premier texte législatif consacrant le refus des soins comme un droit[43].

Dans les années qui suivent, c'est l'Assemblée nationale qui prend la relève de l'initiative parlementaire avec cinq propositions de loi concernant une aide active à mourir déposées d'affilé dans cette enceinte. Une proposition de loi « instituant le droit de mourir dans la dignité »[44] est en effet présentée, le 19 décembre 2001, par Jean-Pierre Michel (PS) et Jacques Desallangre (RCV[45]). Ce texte prévoit (pour la première fois de manière explicite, au moins dans le préambule) l'acte euthanasique[46], qu'il définit comme « aide active à mourir pratiquée sur la demande de la personne concernée, par un médecin ou

38 *Ibid.*, p. 3.
39 *Ibid.*, art. 9 et 10, p. 4.
40 *Ibid.*, art. 9.
41 *Ibid.*, art. 10.
42 *Cf. supra*, Partie I, § 2.3.
43 B. Legros, *op. cit.*, p. 95.
44 J.-P. Michel et J. Desallangre, Proposition de loi du 19 décembre 2001 instituant le droit de mourir dans la dignité, AN, n° 3499, XI Législature.
45 Groupe Radical, Citoyen et Vert (RCV) : groupe parlementaire qui a rassemblé, entre 1997 et 2002, les députés de cinq petites formations de la gauche et des écologistes.
46 C'est donc la première fois que le mot « euthanasie » est utilisé dans le texte de la loi, même si seulement dans son préambule.

sous sa responsabilité ». Selon la proposition, l'acte peut être demandé par toute personne en état de santé « incurable » et dont le décès est prévu dans les trois mois (article 1)[47]. Il ne peut être accompli que par un médecin ou sous sa responsabilité (article 5)[48]. La décriminalisation envisagée ici est prévue, comme dans la proposition précédente, par le biais de deux amendements aux articles 221-1 et 221-5 du Code pénal (meurtre et empoisonnement)[49]. Une clause de conscience est également prévue à l'article 6 qui précise qu'un médecin n'est jamais tenu de pratiquer un acte d'aide active à mourir[50]. Le texte se signale de manière générale par un langage plus clair, plus précis et plus explicite que celui que l'on trouvait dans les propositions précédentes. Le texte ne sera pas examiné par la commission compétente.

Comme nous l'avons vu *supra*[51], le 4 mars 2002 la loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est adoptée[52]. Après avoir reconnu à toute personne malade un droit au respect de sa dignité, la loi de 2002 précise que le médecin doit respecter la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement et crée aussi la notion de « personne de confiance »[53].

Nous revenons aux propositions de loi concernant une aide active à mourir, pour vois que c'est ensuite à Jean-Paul Dupré et quatre-vingt-deux autres députés socialistes de déposer, le 10 avril 2003, une proposition de loi « relative au droit de finir sa vie dans la liberté »[54]. Le texte est assez proche de celui déposé quatorze mois plus tôt au Sénat, le 26 janvier 1999, par Pierre Biarnès et cinquante-cinq de ses collègues socialistes[55], notamment en ce qui concerne la possibilité du refus de l'acharnement thérapeutique (article 2)[56] et le droit à obtenir une aide active à mourir. Toutefois, sur ce dernier point,

47 *Ibid.*, p. 4.
48 *Ibid.*, p. 4.
49 *Ibid.*, art. 7 et 8, p. 5.
50 *Ibid.*, p. 4.
51 *Cf. supra*, Partie I, § 2.3.
52 *JORF* du 5 mars 2002, p. 4118 et s.
53 *Ibid.*, art. 11.
54 J.-P. Dupré et consorts, Proposition de loi du 10 avril 2003 relative au droit de finir sa vie dans la liberté, AN, n° 788, XII Législature.
55 *Cf. supra* dans ce même paragraphe.
56 J.-P. Dupré et consorts, Proposition de loi du 10 avril 2003 relative au droit de finir sa vie dans la liberté, précitée, p. 4.

l'article 3 de la proposition[57] est bien plus détaillé et pose de véritables conditions[58], ce qui représente une amélioration dans la qualité rédactionnelle et juridique du texte. Un changement est également repérable en ce qui concerne la technique législative menant à la décriminalisation : au lieu d'amender les deux articles du Code pénal traitant du meurtre et de l'empoisonnement, la proposition prévoit un amendement qui ajoute au Code pénal un nouvel article 221-5-2 décriminalisant le meurtre et l'assassinat lorsqu'ils sont commis par un médecin selon les conditions et procédures énoncées dans la proposition (article 11)[59]. Enfin, l'article 13 de la proposition prévoit une peine de dix ans d'emprisonnement et une amende lorsque le médecin procède à l'aide active à mourir en dehors du respect des conditions et procédures prévues dans la proposition[60]. Ce texte restera sans suite parlementaire.

Quelques mois plus tard, le 15 octobre 2003, Jacques Desallangre (RCV) dépose une nouvelle proposition de loi « instituant le droit de mourir dans la dignité »[61], pratiquement identique au texte qu'il avait déjà présenté le 19 décembre 2001 avec un collègue socialiste[62]. La proposition prévoit ici encore d'admettre une « aide active à mourir », mais admet que cette demande soit faite en dehors du stade terminal (article 1)[63]. Aucun

57 *Ibid.*, p. 4.

58 Ces conditions sont notamment prévues aux articles 3 (faire état d'une souffrance ou d'une détresse constante insupportable, non maitrisable consécutive à un accident ou à une affection pathologique incurable ; considérer que sa dignité ou sa qualité de vie place le patient dans une situation telle qu'il ne désire pas poursuivre son existence) et 4 (donner au patient une information claire et complète sur son état de santé et sur les possibilités de recours aux soins palliatifs ; prendre l'avis d'un autre médecin quant au caractère incurable de l'accident ou de l'affection ; s'assurer de la persistance de la souffrance ou de la détresse et de la volonté réitérée ; s'assurer que le patient a eu la possibilité de s'entretenir avec les personnes de son choix).

59 *Ibid.*, p. 5 : « Article 11 - Après l'article 221-5-1 du code pénal est inséré un article 221-5-2 ainsi rédigé : « Art. 221-5-2. - Il n'y a ni crime ni délit lorsque les faits visés aux articles 221-1 et 221-3 ont été commis par un médecin et commandés par la nécessité de mettre fin à la souffrance ou à l'état de détresse constant, insupportable et inapaisable, à la demande d'un patient atteint d'un accident ou d'une affection incurable, pour autant que le médecin ait respecté les conditions et procédures énoncées dans la loi du... relative au droit de finir sa vie dans la liberté ». Le choix est donc fait d'abandonner le crime d'empoisonnement et d'inclure l'assassinat.

60 *Ibid.*, p. 6.

61 J. Desallangre, Proposition de loi du 15 octobre 2003 instituant le droit de mourir dans la dignité, AN, n° 1120, XII Législature.

62 *Cf. supra* dans ce même paragraphe.

63 J. Desallangre, Proposition de loi du 15 octobre 2003 instituant le droit de mourir dans la dignité, AN, précitée, p. 4.

changement n'intervient par rapport à sa proposition antérieure dans les articles établissant la décriminalisation du meurtre et de l'empoisonnement[64]. Ce texte ne connaitra pas un meilleur sort que les précédents.

Henriette Martinez est la première députée de l'Union pour un Mouvement Populaire (UMP) à déposer une proposition de loi « relative à la délivrance volontaire en fin de vie »[65], le 4 février 2004. Le texte prévoit le droit d'obtenir une aide active à mourir si la personne « estime que l'altération de sa dignité et de sa qualité de vie la placent dans une situation telle qu'elle ne désire pas poursuivre son existence » (article 2)[66]. L'article 3 prévoit que « celui qui apporte cette aide ne commet pas d'infraction s'il s'est préalablement assuré que la personne majeure a formulé sa demande de façon libre, lucide et réitérée et qu'elle se trouve dans une situation médicale non susceptible d'amélioration significative »[67]. L'article 7 se réfère ensuite au cas de la personne devenue inconsciente mais ayant rédigé une déclaration de volonté écrite: le médecin pourra lui apporter une aide active à mourir s'il constate la présence d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable et que cette situation est irréversible[68]. Les articles 12 et 13 de la proposition envisagent deux amendements modifiant les articles 221-1 et 221-5 du Code pénal concernant le meurtre et l'empoisonnement, afin que « l'aide active à mourir pratiquée à la demande de la personne concerné, dans les conditions et dans le respect de la procédure prévues par la loi », ne soit pas un meurtre, ou un empoisonnement, « pénalement punissable »[69]. La proposition prévoit aussi la désignation d'une ou plusieurs personnes de confiance[70], une clause de conscience[71] et la création d'une commission de contrôle et d'évaluation[72]. La personne décédée « à la suite d'une euthanasie » (on remarquera l'utilisation de ce mot pour la première fois dans les articles du texte) est réputée décédée de

64 *Ibid.*, art. 7 et 8, p. 4-5.
65 H. Martinez, Proposition de loi du 4 février 2004 relative à la délivrance volontaire en fin de vie, AN, n° 1395, XII Législature.
66 *Ibid.*, p. 4.
67 *Ibid.*, p. 4.
68 *Ibid.*, p. 5.
69 *Ibid.*, p. 5.
70 *Ibid.*, art. 7, p. 5.
71 *Ibid.*, art. 14.
72 *Ibid.*, art. 10.

mort naturelle[73]. Outre son contenu, ce texte est aussi intéressant de par l'effet de contamination dont il témoigne : tout d'abord, la formulation de son préambule nous rappelle à plusieurs égards le préambule d'autres propositions de loi déposées auparavant, notamment celui de la proposition déposée le 19 décembre 2001 par Jean-Pierre Michel et Jacques Desallangre[74] ; ensuite, le contenu des articles évoque à maintes reprises le texte de la loi belge du 28 mai 2002[75]. Cette proposition restera, elle aussi, sans suite.

À peine trois semaines plus tard, c'est aux écologistes de déposer le 24 février 2004 une proposition de loi « instituant le droit de mourir dans la dignité et garantissant aux médecins le droit de conscience »[76]. Ce texte rappelle dans sa presque totalité les deux propositions déposées auparavant par Jacques Desallangre et Jean-Pierre Michel[77]. Il y ajoute néanmoins quelques éléments empruntés à la proposition de J.-P. Dupré et consorts[78] : le texte envisage ainsi qu'une personne « peut demander qu'il soit mis fin à sa vie par un moyen indolore lorsqu'elle juge que son état de santé, que sa qualité et la dignité de sa vie l'y conduisent » (article 1)[79] ; il prévoit la possibilité de refuser l'acharnement thérapeutique (article 2)[80], la possibilité de rédiger un « testament de vie » écrit (article 4)[81] ou oral devant deux témoins (article 5)[82], une clause de conscience (article 8)[83] et la décriminalisation de l'aide active à mourir par le biais de deux amendements aux articles

---

73 *Ibid.*, art. 15.

74 J.-P. Michel et J. Desallangre, Proposition de loi du 19 décembre 2001 instituant le droit de mourir dans la dignité, précitée ; J. Desallangre, Proposition de loi du 15 octobre 2003 instituant le droit de mourir dans la dignité, précitée.

75 Entre autres, la référence au fait qu'il soit « mis intentionnellement fin à sa vie, par un tiers » (art. 1), la formule pour établir la décriminalisation (« ne commet pas d'infraction si », art. 3), la rédaction de l'article concernant la déclaration de volonté quasi dans son entièreté (art. 7), la création d'une « commission de contrôle et d'évaluation » (art. 10), la clause de conscience (art. 14) ou encore le décès réputé mort naturelle (art. 15).

76 Y. Cochet et consorts, Proposition de loi du 24 février 2004 instituant le droit de mourir dans la dignité et garantissant aux médecins le droit de conscience, AN, n° 1446, XII Législature.

77 J.-P. Michel et J. Desallangre, Proposition de loi du 19 décembre 2001 instituant le droit de mourir dans la dignité, précitée ; J. Desallangre, Proposition de loi du 15 octobre 2003 instituant le droit de mourir dans la dignité, précitée.

78 J.-P. Dupré et consorts, Proposition de loi du 10 avril 2003 relative au droit de finir sa vie dans la liberté, précitée.

79 Y. Cochet et consorts, Proposition de loi du 24 février 2004 instituant le droit de mourir dans la dignité et garantissant aux médecins le droit de conscience, précitée, p. 4.

80 *Ibid.*, p. 4.

81 *Ibid.*, p. 4.

82 *Ibid.*, p. 4.

83 *Ibid.*, p. 5.

221-1 et 221-5 du Code pénal (relatifs au meurtre et à l'empoisonnement)[84]. Ce texte n'aura pas de vie parlementaire plus chanceuse que les précédents.

L'année 2004 est fertile en initiatives dans notre domaine d'études. Ainsi, aux deux propositions déposées et examinées à l'Assemblée nationale que l'on vient d'évoquer, s'ajoutent trois autres propositions déposées au Sénat. La première est une proposition de loi « relative à l'autonomie de la personne, au testament de vie, à l'assistance médicalisée au suicide et à l'euthanasie volontaire »[85] déposée le 11 mai 2004 par François Autain et consorts (CRC[86]). On remarquera tout d'abord que c'est la première fois que les mots « euthanasie » et « assistance médicalisée au suicide » apparaissent clairement dans l'intitulé d'une proposition de loi. Le titre I de la proposition est consacré au testament de vie (articles 2, 3, 4)[87] et prévoit à cet effet la création d'une Autorité nationale de recueil des testaments de vie (articles 5, 6, 7)[88]. Le titre II est consacré à l'assistance médicalisée au suicide et à l'euthanasie volontaire : l'article 8 précise les conditions à remplir pour demander une assistance médicalisée au suicide[89] ; l'article 9 définit la composition et le rôle de l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande d'assistance médicalisée au suicide[90] ; l'article 10 prévoit les modalités de confirmation de demande d'assistance médicalisée au suicide de la personne et la procédure à respecter par le médecin qui prête son concours[91] ; l'article 11 définit les conditions à remplir pour la pratique d'une euthanasie[92] ; l'article 12 précise la composition et le rôle de l'équipe pluridisciplinaire consultée avant toute pratique d'euthanasie[93]. Les articles 13, 14, 15[94] s'occupent de la décriminalisation des actes visés (par le biais de trois amendement respectivement aux articles

84 *Ibid.*, art. 9 et 10. Les textes disposent que « Toutefois, l'aide active à mourir, pratiquée sur la demande de la personne concernée, par un médecin ou sous sa responsabilité, dans les conditions pré (art. 221-5).

85 F. Autain et consorts, Proposition de loi du 11 mai 2004 relative à l'autonomie de la personne, au testament de vie, à l'assistance médicalisée au suicide et à l'euthanasie volontaire, Sénat, n° 297, 2003-2004.

86 Groupe Communiste, Républicain et Citoyen (CRC) : il regroupe les sénateurs venant du PCF et du MRC (Mouvement Républicain et Citoyen).

87 *Ibid.*, p. 6-7.

88 *Ibid.*, p. 7.

89 *Ibid.*, p. 7.

90 *Ibid.*, p. 7.

91 *Ibid.*, p. 8.

92 *Ibid.*, p. 8.

93 *Ibid.*, p. 8.

94 *Ibid.*, p. 9.

221-1, 221-5 et 223-6 du Code pénal) et l'article 16[95] de la clause de conscience. Le titre III est consacré à la création d'une Commission nationale d'évaluation et de contrôle des pratiques en matière d'euthanasie et d'assistance médicalisée au suicide (articles 20 à 26[96]). Il s'agit clairement du texte le plus long et le plus structuré déposé jusque-là. La possibilité de demander une assistance médicalisée au suicide est prévue pour toute personne majeure et capable « atteinte d'un handicap ou d'une affection d'une particulière gravité, quelle qu'en soit l'origine, reconnus comme irréversibles ou incurables »[97]. Pour les cas de ce genre, une procédure très détaillée (impliquant une équipe pluridisciplinaire) est prévue aux articles suivants[98]. La possibilité de pratiquer une euthanasie est uniquement prévue pour les cas où « une personne majeure et capable est, de manière permanente, hors d'état d'exprimer sa volonté » et « à condition qu'elle en ait exprimé, expressément et sans ambiguïté, la volonté dans un testament de vie »[99]. Ainsi les champs respectifs du suicide assisté et de l'euthanasie sont clairement distingués. La décriminalisation est actée par trois amendements au Code pénal : deux aux articles concernant respectivement le meurtre et l'empoisonnement se référant uniquement à la pratique de l'euthanasie[100] et un à l'article concernant la non-assistance à personne en danger se référant à la fois à l'euthanasie et au suicide assisté[101]. La proposition est retirée par ses auteurs le 30 novembre 2004, avant son examen en commission. Ces derniers lui substitueront une nouvelle proposition, que nous analysons plus loin.

95 *Ibid.*, p. 10.
96 *Ibid.*, p. 12.
97 *Ibid.*, art. 8, p. 7.
98 *Ibid.*, art. 9 et 10, p. 8.
99 *Ibid.*, art. 11, p. 7-8.
100 *Ibid.*, art. 13 (L'article 221-1 du code pénal est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Toutefois, n'est pas considérée comme un meurtre encourant la peine prévue au premier alinéa, l'euthanasie à l'égard d'une personne qui en a expressément et sans ambiguïté exprimé la volonté dans un testament de vie dûment enregistré et valide et lorsque sont respectées les conditions et procédures fixées par la loi n° ..... du ..... (...) ») et 14 (L'article 221-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Toutefois, n'est pas considérée comme un empoisonnement encourant les peines prévues aux deuxième et troisième alinéas, l'euthanasie à l'égard d'une personne qui en a expressément et sans ambiguïté exprimé la volonté dans un testament de vie dûment enregistré et valide et lorsque sont respectées les conditions et procédures fixées par la loi n° ..... du ..... (...) »), p. 9.
101 *Ibid.*, art. 15 (L'art. 223-6 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Toutefois, en cas d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté lorsque sont respectées les conditions et procédures fixées par la loi n° ..... du ..... relative à l'autonomie de la personne, au testament de vie, à l'assistance médicalisée au suicide et à l'euthanasie volontaire, les faits mentionnés à l'alinéa précédent ne constituent pas un délit punissable des peines prévues au premier alinéa.»)..

La deuxième proposition de loi atterrissant au Sénat est la proposition « relative au droit de bénéficier d'une euthanasie »[102], déposée le 14 octobre 2004 par Michel Dreyfus-Schmidt et tous les membres du groupe socialiste et apparentés. On notera que, pour la deuxième fois, le mot « euthanasie » apparait dans le titre. Le texte garantit le « droit d'accéder à l'euthanasie » (chapitre 1er)[103] à toute personne majeure capable « atteinte d'une affection reconnue incurable et irréversible ou dont l'état de santé la place dans un état de dépendance qu'elle estime incompatible avec sa dignité » (article 4) [104]. Ce droit est également accordé « à tout mineur âgé de treize ans au moins ou à tout majeur protégé par la loi ainsi qu'à toute personne dans l'incapacité de s'exprimer qui est, soit maintenue dans un état de survie artificielle permanent, soit atteinte d'une affection incurable et irréversible accompagnée de souffrances insupportables et inextinguibles » (article 4)[105]. C'est la première fois qu'une proposition de loi considère que certains mineurs et certaines catégories d'incapables sont aptes à demander une euthanasie. L'article 3 concerne la clause de conscience[106]. L'article 5 prévoit la procédure à suivre pour les patients majeurs et capables, aussi plongés dans un état d'inconscience : le texte renvoie alors au testament de vie[107]. L'article 6 s'occupe de la procédure à suivre en cas de demande d'euthanasie formulée par les mineurs et les majeurs protégés : il soumet ici la demande à la double condition qu'elle soit libre, éclairée et réfléchie (caractères attestés par un collège de trois médecins) et qu'elle ait reçu l'accord écrit des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal[108]. Par ailleurs, la demande de ces derniers suffit pour le cas où le mineur serait maintenu dans un état de survie artificielle permanent[109]. L'article 6 prévoit aussi la possibilité « pour toute personne atteinte d'une affection incurable et irréversible accompagnée de souffrances insupportables et inextinguibles » de bénéficier néanmoins d'une euthanasie « à l'initiative de son médecin traitant, d'un praticien de santé de l'équipe soignante ou d'un proche »[110] si elle se trouve dans l'incapacité d'exprimer une

---

102 M. Dreyfus-Schmidt et consorts, Proposition de loi du 14 octobre 2004 relative au droit de bénéficier d'une euthanasie, Sénat, n° 26, 2004-2005.
103 *Ibid.*, p. 4.
104 *Ibid.*, p. 5.
105 *Ibid.*, p. 5.
106 *Ibid.*, p. 4.
107 *Ibid.*, p. 6-7.
108 *Ibid.*, p. 6-7.
109 *Ibid.*, art. 6, p. 7.
110 *Ibid.*, p. 7.

demande et pour autant qu'elle n'ait pas exprimé une volonté contraire dans un quelconque écrit. Une procédure impliquant trois médecins est ensuite prévue. Enfin, le même article prévoit aussi la possibilité de rédiger un testament de vie[111]. Le texte institue une « Autorité nationale de contrôle des pratiques en matière d'euthanasie » ainsi que des commissions régionales[112]. La personne qui meurt suite à un acte légal d'euthanasie est réputée décédée de mort naturelle[113]. Ce texte est celui qui va le plus loin en termes de situations pour lesquelles l'euthanasie est envisagée. Il n'aura pas de suite.

Enfin, le 1er décembre 2004, une nouvelle proposition de loi « relative à l'autonomie de la personne, au testament de vie, à l'assistance médicalisée au suicide et à l'euthanasie volontaire »[114] est déposée au Sénat par François Autain et consorts (CRC). Le texte est identique à celui de la proposition antérieure déposée le 11 mai 2004 au Sénat et retirée le 30 novembre (*cf. supra*). Le remplacement du texte semble lié aux élections sénatoriales qui ont eu lieu le 26 septembre 2004 : le nouveau texte est en effet signé également par des sénateurs nouvellement élus. Le sort du texte ne sera toutefois pas meilleur que le précédent.

Comme nous l'avons vu supra[115], le 22 avril 2005, la loi n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie est adoptée[116]. Conçue comme un complément de la loi de 2002, c'est finalement cette loi (appelée « loi Leonetti ») qui éclaircit les droits déjà établis et pousse la reconnaissance de la dignité des personnes sur le point de trépasser jusqu'à l'introduction de nouvelles dispositions permettant au corps médical de « laisser mourir » le patient en fin de vie. La loi de 2005 interdit explicitement l'« obstination déraisonnable », autorise les traitements antalgiques qui peuvent avoir comme effet secondaire – prévisible mais non recherché – d'abréger la vie du patient et précise ensuite le droit des malades à consentir ou refuser un traitement. Elle reconnaît aussi les

111 *Ibid.*, p. 7.
112 *Ibid.*, art. 8, p. 8.
113 *Ibid.*, art. 10, p. 9.
114 F. Autain et consorts, Proposition de loi du 1er décembre 2004 relative à l'autonomie de la personne, au testament de vie, à l'assistance médicalisée au suicide et à l'euthanasie volontaire, Sénat, n° 89, 2004-2005.
115 *Cf. supra*, Partie I, § 2.3.
116 *JORF* du 23 avril 2005, p. 7089.

« directives anticipées » comme « les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement »[117] et précise que « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin »[118].

Après quelques années sans initiatives au sujet d'une aide active à mourir[119], on observe, entre 2008 et 2010, une recrudescence du nombre de propositions et ce dans les deux Chambres. Tout d'abord à l'Assemblée nationale, ensuite au Sénat (où trois propositions sont déposées à une certaine distance de temps mais examinées conjointement).

Le 7 mai 2008, Henriette Martinez et vingt-quatre autres députés de l'UMP déposent à l'Assemblée nationale une proposition de loi « relative à l'aide active à mourir »[120] qui est presque totalement identique à la proposition présentée par la même députée le 4 février 2004[121]. À l'exception du titre, d'une mise-à-jour du préambule[122], de la disparition du premier article (qui avait pour objet de donner une définition générale et non pas procédurale de l'aide active à mourir) et de changements mineurs (tel le raccourcissement d'un délai), le texte de la proposition reste inchangé. Il n'aura pas de sort différent par rapport au précédent et deviendra caduc.

2.2.2.2 Les premières propositions de loi concernant une aide active à mourir soumises au vote

Venons-en maintenant à trois propositions déposées au Sénat, qui seront aussi les premières envisageant une aide active à mourir à faire l'objet d'un vote. La première

117 *Ibid.*, art. 7.
118 *Ibid.*, art. 10.
119 Nous considérons probable que l'adoption de la loi de 2005 a quelque part calmé pendant quelques années le besoin d'initiative politique au sujet de la fin de vie.
120 H. Martinez et consorts, Proposition de loi du 7 mai 2008 relative à l'aide active à mourir, AN, n° 857, XIII Législature.
121 H. Martinez, Proposition de loi du 4 février 2004 relative à la délivrance volontaire en fin de vie, précitée.
122 H. Martinez et consorts, Proposition de loi du 7 mai 2008 relative à l'aide active à mourir, précitée, p. 2.

d'entre elles est une proposition de loi « relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés »[123] déposée, le 29 octobre 2008, par Alain Fouché (UMP). Son préambule rappelle à plusieurs reprises celui de la proposition de loi de Mme Martinez[124], le texte par contre s'en différencie : en effet celui-ci intervient (pour la première fois) dans le Code de la santé publique, et non pas dans le Code pénal. L'article 1 établit les principes du respect de la liberté et de la dignité ainsi que le droit à une aide active à mourir[125] et l'article 2 dispose que cette aide peut être demandée par « toute personne capable, en phase avancée ou terminale d'une affection reconnue grave et incurable ou placée dans un état de dépendance qu'elle estime incompatible avec sa dignité »[126]. Outre l'habituelle clause de conscience[127], le texte prévoit une procédure à appliquer en cas de demande émanant d'une personne consciente[128] mais aussi la possibilité de rédiger des directives anticipées pour le cas où la personne serait hors d'état d'exprimer sa volonté[129]. Dans ce dernier cas de figure, la procédure est déclenchée par la personne de confiance qui est désignée dans les directives anticipées[130]. La proposition crée également une « Commission nationale de contrôle des pratiques en matière d'aide active à mourir » et des commissions régionales (article 7)[131] et prévoit qu'en cas de décès faisant suite à l'application de cette loi, la personne est réputée décédée de mort naturelle (article 8)[132].

La deuxième proposition de loi est déposée, le 12 juillet 2010, par Jean-Pierre Godefroy et consorts (cinquante-trois sénateurs du PS). Cette proposition, « relative à l'aide active à mourir »[133], envisage – comme la précédente – de modifier le Code de la

123 A. Fouché, Proposition de loi du 29 octobre 2008 relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés, Sénat, n° 65, 2008-2009.

124 H. Martinez, Proposition de loi du 4 février 2004 relative à la délivrance volontaire en fin de vie, précitée.

125 A. Fouché, Proposition de loi du 29 octobre 2008 relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés, précitée, p. 7.

126 *Ibid.*, p. 7.

127 *Ibid.*, art. 3, p. 7.

128 *Ibid.*, art. 4, p. 7-8.

129 *Ibid.*, art. 5, p. 8-9. Selon le même article, dans les directives anticipées « la personne indique ses souhaits en matière de limitation ou d'arrêt de traitement. Elle peut également indiquer dans quelles circonstances elle désire bénéficier d'une aide active à mourir telle que régie par le présent code. Elle désigne dans ce document la personne de confiance chargée de la représenter le moment venu ».

130 *Ibid.*, art. 6, p. 9-10. Pour la désignation de la personne de confiance, *cf.* la note *supra*.

131 *Ibid.*, p. 10.

132 *Ibid.*, p. 11.

133 J.-P. Godefroy, proposition de loi du 12 juillet 2010 relative à l'aide active à mourir, Sénat, n° 659, 2009-2010.

santé publique en le complétant. Elle prévoit le principe d'une assistance médicalisée pour mourir invocable par toute personne majeure le demandant, pour autant que celle-ci se trouve « en phase avancée ou terminale d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique qui ne peut être apaisée et qu'elle juge insupportable »[134]. L'article 2 établit les étapes de la procédure à suivre dans ce cas[135], l'article 3 donne la possibilité à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées (où elle peut aussi désigner la ou les personnes de confiance) pour le cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté[136] et l'article 4 prévoit la procédure à suivre dans ce dernier cas[137]. Enfin, la proposition prévoit une clause de conscience[138].

La troisième proposition est déposée, le 13 octobre 2010, par Guy Fischer et consorts (dix-sept sénateurs du CRC). Cette proposition de loi « relative à l'euthanasie volontaire »[139] envisage – comme les deux précédentes – de modifier le Code de la santé publique et prévoit « une aide active à mourir, appelée euthanasie volontaire » (article 1)[140]. L'article 2 admet la possibilité de demander une euthanasie par toute personne capable se trouvant « en phase avancée ou terminale d'une affection reconnue grave et incurable quelle qu'en soit la cause ou placée dans un état de dépendance qu'elle estime incompatible avec sa dignité »[141]. Après la clause de conscience prévue par l'article 3[142], on trouve l'article 4 qui établit la procédure à suivre pour bénéficier d'une euthanasie[143] et l'article 5 qui donne la possibilité de rédiger un testament de vie, dans lequel on peut également désigner la personne de confiance[144]. L'article 6 prévoit la procédure à suivre lorsque la personne se trouve dans l'incapacité physique d'exprimer une demande libre et éclairée[145]. Il prévoit la création d'une Commission nationale de contrôle des pratiques

134 *Ibid.*, art. 1, p. 7.
135 *Ibid.*, p. 5-6.
136 *Ibid.*, p. 6.
137 *Ibid.*, p. 7.
138 *Ibid.*, art. 5, p. 8.
139 G. Fischer et consorts, Proposition de loi du 13 octobre 2010 relative à l'euthanasie volontaire, Sénat, n° 31, 2010-2011.
140 *Ibid.*, p. 7.
141 *Ibid.*, p. 7.
142 *Ibid.*, p. 7.
143 *Ibid.*, article 4, p. 7-8.
144 *Ibid.*, p. 9.
145 *Ibid.*, p. 9-10.

en matière d'euthanasie et de commissions régionales et dispose que la personne dont la mort résulte d'une euthanasie sera considérée comme décédée de mort naturelle.

Vu leurs similitudes, ces trois propositions de loi seront inscrites à l'agenda de la Commission des Affaires sociales du Sénat et examinées conjointement[146]. Pour le rapporteur nommé pour ce dossier, J.-P. Godefroy (PS), le fait que ces trois initiatives législatives proviennent de groupes politiques de diverses sensibilités justifie que l'on examine en conscience le bien-fondé d'inscrire dans le droit positif la possibilité pour une personne en fin de vie d'obtenir une aide destinée à lui apporter une mort rapide et sans douleur[147]. Le rapport relatif aux trois propositions rend compte des principes sous-jacents aux propositions, des différents textes proposés (article par article) et finalement du texte retenu par le vote de la Commission des Affaires sociales. Celui-ci est une composition équilibrée des trois textes : on y trouve un premier article permettant à toute personne capable majeure, « en phase avancée ou terminale d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, lui infligeant une souffrance physique ou psychique qui ne peut être apaisée et qu'elle juge insupportable » de bénéficier « d'une assistance médicalisée permettant, par un acte délibéré, une mort rapide et sans douleur »[148] (cet article est tiré principalement de la deuxième proposition[149]). L'article 2 prévoit la procédure à suivre après une telle demande[150], l'article 3 permet à toute personne capable majeure de rédiger des directives anticipées dans lesquelles elle désigne aussi la ou les personnes de confiance[151] et l'article 4 explique la procédure à suivre au cas où la personne se trouve de manière définitive dans l'incapacité d'exprimer sa demande[152]. L'article 5 créé une

146 Rapport n° 228 (2010-2011) de M. Jean-Pierre Godefroy fait au nom de la Commission des Affaires sociales, déposé le 18 janvier 2011, Sénat, p. 5. Cet examen, par ailleurs, se vérifie après la création, au sein de la même commission, d'un groupe de travail sur la fin de vie, présidé par Nicolas About (UC) et dont le rapport d'information est publié le 23 juin 2010.

147 Rapport n° 228 (2010-2011) de M. Jean-Pierre Godefroy, précité, p. 5.

148 Proposition de loi enregistrée à la Présidence du Sénat le 18 janvier 2011 relative à l'assistance médicalisée pour mourir, Texte de la Commission des Affaires sociales, Sénat, n° 229, 2010-2011, art. 1, p. 1.

149 J.-P. Godefroy, Proposition de loi du 12 juillet 2010 relative à l'aide active à mourir, précitée, art. 1, p. 5.

150 Proposition de loi enregistrée à la Présidence du Sénat le 18 janvier 2011 relative à l'assistance médicalisée pour mourir, précitée, art. 2, p. 1-2.

151 *Ibid.*, p. 2.

152 *Ibid.*, p. 2-3.

commission nationale de contrôle des pratiques relatives aux demandes d'assistance médicalisée pour mourir ainsi que des commissions régionales ; il établit aussi qu'en cas de mort par assistance médicalisée, la personne est réputée décédée de mort naturelle[153]. L'article suivant prévoit la clause de conscience[154]. Il ne nous est pas donné de connaître le nombre de voix que le texte reçoit mais seulement de savoir qu'il est adopté en commission. On remarquera au passage que, lors du débat en commission, un sénateur affirme voter en faveur du texte afin qu'il puisse être débattu en séance plénière tout en signalant ne pas encore savoir comment il se positionnera lors du vote final[155]. D'autres sénateurs soulignent tout simplement l'importance que ce texte soit débattu en plénière[156].

Le texte adopté en commission est alors mis à l'ordre du jour de la plénière. Il fait l'objet d'un débat public intense, dont nous retenons ici deux éléments essentiels. Tout d'abord, la terminologie utilisée reste un point de discussion fondamentale : une confrontation oppose les sénateurs réticents à la proposition de loi qui parlent d'« euthanasie » et les sénateurs qui la soutiennent et veulent plutôt parler d'« assistance médicalisée pour mourir ». Le refus du terme « euthanasie » dans le chef des derniers n'est pas explicitement argumenté, mais la discussion donne le sentiment que pour certains le mot « euthanasie » renvoie principalement à un acte non volontaire : en effet les définitions mentionnées dans le débat clarifient l'acte de manière objective (le fait de donner la mort) mais ignorent l'aspect de la volonté subjective (le caractère volontaire ou non de l'acte, soit la demande du patient). Le second point digne d'attention est le retour aux clivages politiques classiques : si en commission les trois propositions de loi à l'origine de ce texte avaient été déposées par des sénateurs de trois groupes différents allant de la droite à la gauche (UMP, PS, CRC), le débat en plénière montre un certain clivage. À une exception près (une sénatrice centriste qui déclare s'abstenir), la droite et le centre sont opposés à la proposition, alors que la gauche et les écologistes y sont favorables. On en revient donc, à propos d'une proposition qui semblait dépasser les clivages, à la confrontation classique

153 *Ibid.*, p. 3.
154 *Ibid.*, art. 6, p. 3.
155 Intervention de Claude Jeannerot (PS), Rapport n° 228 (2010-2011) de M. Jean-Pierre Godefroy, précité, p. 33.
156 Entre autres, interventions de Bernard Cazeau (PS) et Nicolas About (UC), *Ibid.*, p. 34-35.

droite/gauche. Sachant quelle était la majorité politique au Sénat en cette période[157], on n'est pas étonnés d'apprendre que la proposition adoptée en commission est rejetée en séance plénière lors du vote dont elle fait l'objet le 25 janvier 2011[158].

2.2.2.3 Les propositions de loi déposées mais restées sans suite en 2008 et 2009

Après avoir examiné ce qui se passe au Sénat, venons-en à l'Assemblée nationale où – sur cette même période de deux années – six propositions de loi sont déposées. C'est d'abord à André Wojciechowski (UDI[159]) et consorts (huit députés UMP) de déposer, le 18 décembre 2008, une proposition de loi « visant à autoriser le fait de mourir dans la dignité »[160]. Le texte prévoit un article unique à intégrer dans le Code de la santé publique, composé de huit alinéas[161]. Il donne droit à l'acceptation de la requête de tout « patient conscient et lucide qui présente des douleurs insupportables, permanentes et dont la pathologie est incurable » sous condition de l'avis positif émis suite à une « réunion de concertation pluridisciplinaire » qui se tient dans le mois qui suit la requête et rend sa décision endéans une semaine[162]. Le dernier alinéa établit la décriminalisation de l'acte euthanasique (disposant que « la demande du patient est acceptée sans poursuites pour les personnes concernées par l'exécution de la décision »[163]), ceci sans toucher au Code pénal. Le texte devient caduc sans avoir été examiné.

C'est ensuite à Yves Cochet et consorts (Les Verts) de déposer, le 4 mars 2009, une proposition de loi « instituant le droit de mourir dans la dignité et garantissant aux médecins le droit de conscience »[164]. Ce texte rappelle par son titre, par le contenu de son

---

157 Pour rappel, la composition du Sénat en début 2011 est la suivante : groupe UMP 151, groupe SOC 116, groupe UC 29, groupe CRC 23, groupe RDSE 17, NA 7, sur un total de 343 sénateurs.

158 D'un point de vue technique, on ne tient pas de vote sur l'ensemble car, l'un après l'autre, tous les articles sont rejetés.

159 Union des Démocrates et Indépendants (UDI).

160 A. Wojciechowski et consorts, Proposition de loi du 18 décembre 2008 visant à autoriser le fait de mourir dans la dignité, AN, n° 1344, XIII Législature.

161 *Ibid.*, art. 1, p. 6.

162 *Ibid.*, p. 6.

163 *Ibid.*, p. 6.

164 Y. Cochet et consorts, Proposition de loi du 4 mars 2009 instituant le droit de mourir dans la dignité et garantissant aux médecins le droit de conscience, AN, n° 1498, XIII Législature.

préambule et par un nombre limité d'articles la proposition déposée cinq ans plus tôt dans la même enceinte par trois des mêmes signataires (sur quatre)[165]. En plus, il intègre un nombre important d'articles issus de la proposition de loi d'Alain Fouché déposée au Sénat le 29 octobre 2008[166]. Le résultat est une proposition qui mélange les deux initiatives et donne un texte très détaillé et complet (parfois même un peu redondant et pas toujours bien harmonisé[167]). Particularité procédurale, le texte envisage de modifier à la fois le Code de la santé publique et le Code pénal. On y prévoit qu'« une personne peut demander qu'il soit mis fin à sa vie par un moyen indolore lorsqu'elle juge que son état de santé, que sa qualité et la dignité de sa vie l'y conduisent »[168] et qu'elle peut bénéficier « d'une aide active à mourir » (article 1)[169]. Les conditions sont fixées aux articles 2 et 3 : « toute personne capable, en phase avancée ou terminale d'une affection reconnue grave et incurable ou placée dans un état de dépendance qu'elle estime incompatible avec sa dignité » peut demander à bénéficier d'une assistance médicalisée pour mourir[170] ; la personne peut également refuser l'acharnement thérapeutique[171]. La demande déclenche une procédure collective avec des délais relativement rapides, éventuellement adaptés à la situation du patient (article 3)[172]. L'article 4 précise le contenu des directives anticipées ainsi que leur conservation dans un registre national automatisé[173]. Les articles 5 et 6 abordent le cas de la personne qui « se trouve dans l'incapacité d'exprimer une demande libre et éclairée » mais ayant rédigé des directives anticipées[174]. On trouve également dans la proposition une clause de conscience (article 8)[175] et la création d'une « Commission nationale de contrôle des pratiques en matière d'aide active à mourir » et des commissions

165 Y. Cochet et consorts, Proposition de loi du 24 février 2004 instituant le droit de mourir dans la dignité et garantissant aux médecins le droit de conscience, précitée.
166 A. Fouché, Proposition de loi du 29 octobre 2008 relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés, précitée.
167 Entre autres, c'est le cas des articles 1 et 2, définissant de manière non identique les personnes ayant droit à l'aide à mourir, ou encore des articles 4 et 5 appelant de manière différente le même document : « directives anticipées » et « testament de fin de vie ».
168 Y. Cochet et consorts, Proposition de loi du 4 mars 2009 instituant le droit de mourir dans la dignité et garantissant aux médecins le droit de conscience, précitée, art. 1, p. 6.
169 *Ibid.*, p. 6.
170 *Ibid.*, art. 2, p. 6.
171 *Ibid.*, p. 6.
172 *Ibid.*, p. 6-7.
173 *Ibid.*, p. 7-8.
174 *Ibid.*, p. 8-9.
175 *Ibid.*, art. 8, p. 10.

régionales y afférentes (article 10)[176]. L'article 11 précise que la personne est réputée décédée de mort naturelle[177] et les articles 12 et 13 prévoient la décriminalisation de l'aide médicalisée pour mourir par le biais de deux amendements aux articles 221-1 et 221-5 du Code pénal (relatifs au meurtre et à l'empoisonnement)[178]. La proposition n'aura pas de suites parlementaires.

Le 17 juin 2009, Gérard Charasse et consorts (dix députés du groupe SRC[179]) déposent une proposition de loi « instaurant le droit de vivre sa mort »[180]. Le titre de la proposition renvoie (comme expliqué dès le préambule[181]) à celui du texte déposé en 1978 par Henri Caillavet[182]. Son contenu est presque identique à celui de la proposition déposée au Sénat, le 29 octobre 2008, par Alain Fouché[183], à une seule exception près : le texte prévoit la création d'un « Comité national d'éthique médicale » (article 4) [184], compétent sur l'ensemble du territoire national et doté de compétences identiques à celles attribuées par les autres propositions à la commission de contrôle. Cette proposition de loi deviendra elle aussi caduque.

Le 8 juillet 2009, Germinal Peiro (PS) dépose une proposition de loi sur la « reconnaissance de l'exception d'euthanasie et de l'aide active à mourir »[185]. À quelques exceptions près, notamment le titre et la soustraction de certains éléments redondants, le texte est presque identique à celui déposé quatre mois plus tôt dans la même enceinte par Yves Cochet et consorts (Les Verts)[186]. Il connaitra un sort identique à celui des propositions antérieures.

176 *Ibid.*, art. 10, p. 10-11.
177 *Ibid.*, p. 11.
178 *Ibid.*, p. 11.
179 Groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC) : il regroupe les députés du PS.
180 G. Charasse et consorts, Proposition de loi du 17 juin 2009 instaurant le droit de vivre sa mort, AN, n° 1761, XIII Législature.
181 *Ibid.*, p. 2.
182 H. Caillavet, Proposition de loi du 6 avril 1978 relative au droit de vivre sa mort, précitée.
183 A. Fouché, Proposition de loi du 29 octobre 2008 relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés, précitée.
184 G. Charasse et consorts, Proposition de loi du 17 juin 2009 instaurant le droit de vivre sa mort, AN, précitée, p. 5.
185 G. Peiro, Proposition de loi du 8 juillet 2009 sur la reconnaissance de l'exception d'euthanasie et de l'aide active à mourir, AN, n° 1814, XIII Législature.
186 Y. Cochet et consorts, Proposition de loi du 4 mars 2009 instituant le droit de mourir dans la dignité et garantissant aux médecins le droit de conscience, précitée.

2.2.2.4 Une autre proposition de loi soumise au vote

Le 7 octobre 2009, Jean-Marc Ayrault[187] et consorts (PS) déposent une proposition de loi « relative au droit de finir sa vie dans la dignité »[188] qui donne lieu à un intéressant débat. Le texte propose de modifier le Code de la santé publique et prévoit que « toute personne majeure, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique qui ne peut être apaisée et qu'elle juge insupportable, peut demander à bénéficier, dans les conditions strictes prévues au présent titre, d'une assistance médicalisée pour mourir dans la dignité » (article 1)[189]. Il s'agit d'une formulation identique à celle qui avait été retenue par la proposition Godefroy[190] et par la proposition subséquente adoptée en commission du Sénat le 18 janvier 2011[191]. L'article 2 établit la procédure à suivre par le médecin qui reçoit la demande[192] alors que les articles 3 et 4 prévoient la possibilité de rédiger des directives anticipées[193] et détaillent la procédure à suivre dans le cas où la personne « se trouve de manière définitive dans l'incapacité d'exprimer une demande libre et éclairée »[194]. Les articles 5 et 6 établissent la création d'une « Commission nationale de contrôle des pratiques relatives au droit de finir sa vie dans la dignité »[195] et prévoient une clause de conscience[196]. Le texte précise aussi que la personne est réputée décédée de mort naturelle[197].

Les vicissitudes dont cette proposition fera l'objet sont assez particulières. Manuel Valls (PS) est nommé rapporteur et un échange intéressant se tient en Commission des Affaires sociales lors de la séance du 10 novembre 2009, dont nous soulignerons dans

187 M. Ayrault est à l'époque Président du groupe parlementaire socialiste.
188 J. M. Ayrault, Proposition de loi du 7 octobre 2009 relative au droit de finir sa vie dans la dignité, AN, n° 1960, XIII Législature.
189 *Ibid.*, p. 5.
190 J.-P. Godefroy, proposition de loi du 12 juillet 2010 relative à l'aide active à mourir, précitée.
191 Proposition de loi enregistrée à la Présidence du Sénat le 18 janvier 2011 relative à l'assistance médicalisée pour mourir, précitée.
192 J. M. Ayrault, Proposition de loi du 7 octobre 2009 relative au droit de finir sa vie dans la dignité, précitée, p. 5-6.
193 *Ibid.*, art. 3, p. 6.
194 *Ibid.*, art. 4, p. 7.
195 *Ibid.*, p. 7-8.
196 *Ibid.*, p. 8.
197 *Ibid.*, art. 7, p. 8.

un instant les points principaux.

Le même jour, la proposition et les amendements déposés sont examinés et ensuite votés article par article : le résultat en est un rejet de tous les articles, ce qui revient à un rejet global du texte[198]. Il ne nous est pas donné de connaitre la position de chaque député car le vote sur les articles n'est pas nominal. Le vote sur l'ensemble du texte n'a pas lieu[199].

Toutefois, grâce au dispositif de la « niche parlementaire » prévu à l'article 48 de la Constitution[200], qui offre la possibilité aux groupes de l'opposition ou aux groupes minoritaires d'arrêter l'ordre du jour une fois par mois, le groupe socialiste décide d'inscrire quand même le texte à l'ordre du jour de la séance plénière. Il s'agit d'examiner le texte initial de la proposition de loi, les amendements ayant été rejetés en commission. Le texte est ainsi débattu lors des séances plénières du 19 et 24 novembre 2009. Les enjeux majeurs débattus dans ce contexte sont en bonne partie les mêmes que ceux qui ont dominé le débat en commission : nous les synthétisons et les analysons alors de manière conjointe.

(a) L'importance du langage utilisé. Les définitions de l'euthanasie et/ou de l'aide à mourir soulèvent plusieurs commentaires. Comme déjà observé *supra*[201], le terme « euthanasie » est principalement utilisé par les élus qui s'opposent à la proposition[202], ce qui traduit une certaine résistance culturelle au terme. Toutefois, dans le débat en plénière on voit pour la première fois des députés favorables à l'adoption de la loi utiliser le terme « euthanasie »[203]. Par ailleurs, les définitions diverses de ce que recouvre la « dignité »

198 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de M. Jean-Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues, relative au droit de finir sa vie dans la dignité (n° 1960 rectifié) par M. Manuel Valls, 10 novembre 2009, AN, n° 2065, XIII Législature, p. 56.

199 *Ibid.*, p. 56.

200 Art. 48, alinéa 5 : « Un jour de séance par mois est réservé à un ordre du jour arrêté par chaque assemblée à l'initiative des groupes d'opposition de l'assemblée intéressée ainsi qu'à celle des groupes minoritaires ».

201 *Cf.* notamment lors du débat du Rapport n° 228 (2010-2011) de M. Jean-Pierre Godefroy, précité.

202 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de M. Jean-Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues, relative au droit de finir sa vie dans la dignité (n° 1960 rectifié) par M. Manuel Valls, 10 novembre 2009, AN, n° 2065, XIII Législature, p. 29 et s.

203 *Compte rendu intégral du jeudi 19 novembre 2009, première séance*, AN, XIII Législature, 2009-

suscitent également une controverse, que le rapporteur synthétise de la manière suivante : « pour les opposants à l'euthanasie, la dignité est une dimension inhérente à la vie humaine. Quelles que soient les conditions d'existence d'un individu, sa dignité reste inaltérable et s'impose à lui-même. Il n'est jamais libre d'en juger. À l'inverse, pour les partisans de l'euthanasie, la dignité est une propriété dépendant de la qualité de vie. Elle ne s'appuie sur aucune forme de transcendance et laisse chaque individu en mesure de l'apprécier pour lui-même »[204].

(b) L'affirmation d'une responsabilité du législateur face à la détresse des patients et des médecins. Cette idée est reprise dans plusieurs parties du débat et émane principalement des partisans de l'aide active à mourir[205]. Parfois elle prend la forme d'un devoir d'agir dans le chef des élus : « le législateur ne saurait se dérober à sa responsabilité et se défaire de ses compétences, en laissant la jurisprudence dire le droit au cas par cas »[206]. En séance plénière elle est assortie de la revendication d'un choix stratégique de principe, en opposition à la recherche du consensus à tout prix : « Plutôt que de chercher un consensus impossible, les signataires du présent texte préfèrent revendiquer leur différence en affirmant le principe d'un droit général à l'euthanasie, d'une véritable aide active à mourir. Ils ne craignent pas d'assumer ainsi la confrontation noble de deux définitions de la dignité humaine »[207].

(c) L'énonciation d'une opposition entre, d'un côté, l'autonomie et la liberté comme droits individuels ou « projet individuel » et, de l'autre côté, « un projet collectif

---

2010, J.O. Année 2009 – N° 137 A.N. (C.R.), p. 9600, intervention du rapporteur et p. 96151, intervention d'Henriette Martinez.

204 *Ibid.*, p. 9600, intervention du rapporteur.

205 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de M. Jean-Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues relative au droit de finir sa vie dans la dignité (n° 1960 rectifié) par M. Manuel Valls, précité, p. 25 ; *Compte rendu intégral du jeudi 19 novembre 2009, première séance,* AN, précité, p. 9599, intervention du rapporteur ; *ibid.*, p. 9610, intervention de Dominique Orliac ; *Compte rendu intégral du mardi 24 novembre 2009, première séance,* AN, XIII Législature, 2009-2010, J.O. Année 2009. – N° 138 A.N. (C.R.) p. 9661, intervention de François de Rugy (EELV).

206 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de M. Jean-Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues relative au droit de finir sa vie dans la dignité (n° 1960 rectifié) par M. Manuel Valls, précité, p. 25.

207 *Compte rendu intégral du jeudi 19 novembre 2009, première séance,* AN, précité, p. 9600, intervention du rapporteur.

pour notre société, et non un projet qui soit la somme de choix individuels »[208], cette dernière vision étant soutenue notamment par les élus contraires à l'aide active à mourir. Ainsi, « la différence entre les deux conceptions qui s'opposent aujourd'hui repose aussi sur le rapport entre un homme et la société à laquelle il appartient. Un homme n'est jamais un individu, et encore moins un individu de trop. C'est une personne, que les autres personnes, celles des communautés auxquelles il appartient, ont construite au cours de son enfance, au cours de sa vie. Décider de sa propre mort, c'est rompre ce lien »[209]. Puis on réaffirme cette opposition de manière encore plus radicale : « Nous sommes face à deux projets de société. L'un relève d'une 'société des individus' qui ont pour devise : 'c'est mon choix'. C'est une société du repli, qui refuse les règles générales et l'idéal et qui dit : 'je choisis, dans la carte des valeurs, celle qui me convient'. C'est une société qui répond à une éthique d'autonomie respectable, mais qui réclame paradoxalement que la décision individuelle soit assumée par le groupe… Il y a une autre société, (...) affirmant que la personne humaine ne se décline pas en fonction de sa force, que le nouveau-né, le mourant, le mendiant, l'homme mort dans les camps de concentration ne sont pas moins dignes que les autres »[210]. Visiblement, par la référence au nazisme, le ton de la polémique monte. Si nous épurons ces considérations de leur ton caricatural, nous retrouvons ici, bien mis en exergue, nos référentiels doctrinaux[211] et l'opposition traditionnelle entre approche libérale et approche communautarienne. Cette dernière, ici soutenue par deux élus de l'UMP, considère que l'individu se constitue dans son ancrage communautaire, en opposition à l'individu libéral qui est prioritaire par rapport à la communauté[212].

(d) La dimension symbolique du droit pénal, ce dernier représentant une frontière infranchissable pour certains : « que serait un corpus de droit intégrant un droit, une permission de donner délibérément la mort à quelqu'un d'autre que soi ? (...) Le plan symbolique du droit serait amputé de manière irréversible »[213]. On souligne, par ailleurs, le

---

208 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de M. Jean-Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues relative au droit de finir sa vie dans la dignité (n° 1960 rectifié) par M. Manuel Valls, précité, p. 31, intervention de Jean Leonetti (UMP).

209 *Compte rendu intégral du jeudi 19 novembre 2009, première séance*, AN, précité, p. 9611, intervention de Christian Vanneste (UMP).

210 *Ibid.*, p. 9605-6, intervention de Jean Leonetti.

211 *Cf. supra*, Introduction.

212 *Ibid.*

213 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de M. Jean-

caractère de rupture qu'aurait la nouvelle loi par rapport à la législation en vigueur et donc la nécessité de modifier le Code pénal qu'entrainerait son adoption : « Elle [la proposition] est en rupture à trois niveaux : juridique, médical et culturel. Sur le plan juridique, cette proposition de loi ne doit pas s'inscrire dans le code de la santé publique, mais dans le code pénal, car elle dépénalise l'homicide par compassion. Ne vous y trompez pas »[214].

(e) L'évocation de l'expérience d'autres pays. C'est un aspect fort présent et M. Valls (PS), le rapporteur, l'inclut déjà dans la partie introductive de son rapport. Il y rappelle que « l'heure est (…) venue de franchir un nouveau pas. L'exemple des législations sur l'euthanasie de trois de nos voisins européens nous y invite »[215]. M. Valls consacre six pages de son rapport aux expériences en cours aux Pays-Bas, en Belgique et au Luxembourg[216]. De nombreuses références aux législations des pays étrangers apparaissent aussi pendant le débat, notamment à celles de ces trois pays[217] mais aussi de l'Espagne, de la Suisse, du Royaume Uni et de l'Allemagne[218]. Parfois les députés se réfèrent pays étrangers comme un exemple positif à suivre, d'autres fois comme un exemple négatif à ne pas imiter.

(f) L'affirmation d'une hypocrisie qui aurait lieu par rapport à la fin de vie : « l'euthanasie est en réalité, et depuis longtemps, une pratique courante dans de nombreux centres de soins. On estime ainsi que plusieurs milliers de malades bénéficient chaque année d'une aide à mourir. Dans la grande majorité des cas, cette violation de l'interdit

Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues, relative au droit de finir sa vie dans la dignité (n° 1960 rectifié) par M. Manuel Valls, précité, p. 36, intervention de Jean-Frédéric Poisson (Parti Chrétien-Démocrate, PCD).

214 *Compte rendu intégral du jeudi 19 novembre 2009, première séance,* AN, précité, p. 9605-6, intervention de Jean Leonetti.

215 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de M. Jean-Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues relative au droit de finir sa vie dans la dignité (n° 1960 rectifié) par M. Manuel Valls, précité, p. 19.

216 *Ibid.,* p. 19-24.

217 *Ibid.,* p. 30-1, 38.

218 *Compte rendu intégral du jeudi 19 novembre 2009, première séance,* AN, précité ; *Compte rendu intégral du mardi 24 novembre 2009, première séance,* AN, précité.

est jugée avec mansuétude par le corps judiciaire »[219]. Face à ces considérations, les partisans de l'euthanasie affirment un « refus de l'hypocrisie »[220] et incitent à l'action (« le temps est désormais venu d'agir »[221]), alors que les élus opposés à l'euthanasie rétorquent à leurs adversaires que le procédé constituant à amender la loi de 2005[222] est aussi hypocrite : il faudrait selon eux plutôt intervenir dans le droit pénal[223].

(g) L'idée d'une complémentarité entre soins palliatifs et aide active à mourir est affirmée par les partisans de l'euthanasie : « Entre les soins palliatifs et la possibilité donnée de fixer le terme d'une vie devenue insupportable, il n'y a pas contradiction mais, souvent, complémentarité. Vouloir opposer, comme le font certains des acteurs des soins palliatifs, ceux-ci et l'assistance au suicide ou le geste euthanasique est une erreur inspirée par certains préjugés »[224].

(h) L'évocation du concept d'un parcours par « étapes », au sein duquel la législation de 2005 (autorisant l'arrêt de traitement) serait une étape dans une progression qui mènerait ensuite vers des nouveaux droits : « La présente proposition de loi fait franchir une étape décisive à la loi du 22 avril 2005 relative aux 'droits des malades et à la fin de vie' qui prévoit qu'une équipe médicale ne doit pas poursuivre des traitements par une 'obstination déraisonnable' et fait obligation de dispenser des soins palliatifs. Elle met un terme au 'maintien artificiel de la vie' en instaurant un droit au 'laisser mourir'. Bien entendu, interrompre le traitement ne signifie pas interrompre les soins qui sont dus jusqu'au bout de la vie » [225].

(i) Le rappel répété, de la part des partisans de l'euthanasie (de gauche comme de

---

219 *Compte rendu intégral du jeudi 19 novembre 2009, première séance*, AN, précité, p. 9599, intervention de Manuel Valls.

220 *Ibid.*

221 *Ibid.*, p. 9610, intervention de Dominique Orliac.

222 Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, précitée. *Cf. supra*, § 2.3.1 et Partie I, § 2.3.

223 *Compte rendu intégral du jeudi 19 novembre 2009, première séance*, AN, précité, p. 9605, intervention de Jean Leonetti. C'est le même argument que celui qu'on vient de voir sous (d).

224 *Ibid.*, p. 9603, intervention de Jacques Desallangre. Dans le même sens, *cf.* aussi les interventions de Danièle Hoffman-Rispal (PS) et Marie-Odile Bouillé (PS).

225 *Ibid.*, p. 9604, intervention de Colette Le Moal. *Cf.* aussi p. 9602, 9606 et 9619.

droite), de la devise républicaine « Liberté, Égalité, Fraternité » ainsi que l'idée d'une « République laïque ». Si, plus tôt, on avait pu entendre citer les trois principes individuellement, maintenant c'est la triade qui est mentionnée, comme un ensemble qu'on ne saurait scinder et qui ne peut exister que dans le cadre de la République laïque : « le droit à mourir dans la dignité s'intègre pleinement dans nos valeurs. Il est, d'abord, conforme à la liberté, car il met chaque individu en mesure de choisir la fin qu'il souhaite. Il est utile, en outre, à l'égalité de nos concitoyens, car il n'est pas acceptable que le bénéfice d'une aide active à mourir dépende – comme c'est le cas aujourd'hui, et là est la véritable inégalité –, de la chance ou des moyens du malade. Il est conforme, enfin, à la fraternité, car il permet de rassembler, au moment ultime, celui qui part et ceux qui restent »[226]. Ensuite : « Dans une république laïque, la loi ne peut imposer à qui que ce soit de se soumettre aux convictions philosophiques d'un autre. Une telle proposition de loi doit donc garantir la liberté de choix. (...) Je rappelle notre devise républicaine : 'Liberté, égalité fraternité'. Il s'agit donc de la liberté de choix, de l'égalité d'accès à une fin de vie digne, (...), et de la fraternité, qui nous impose de ne pas laisser dans le désarroi un malade, une famille, une équipe soignante »[227]. Et encore : « Il s'agit, dans l'esprit laïc qui seul prévaut dans ce haut lieu de la démocratie où nous avons l'honneur de représenter nos concitoyens, de respecter (...) les valeurs qui fondent notre pacte républicain: la liberté pour ce choix ultime propre à chacun d'entre nous ; l'égalité pour gommer les différences sociales devant la mort ; la fraternité pour prendre en compte la vraie souffrance d'autrui, qu'elle soit physique ou morale »[228]. Nous trouvons ici pour la première fois dans le débat français[229], la référence à l'idéal de la fraternité (donc de la solidarité et de l'humanité) faite par les partisans de l'euthanasie. Ainsi, la distance entre l'approche libérale et certains arguments typiquement communautariens semble se réduire.

(j) Quelques références à l'adoption passée de la loi sur l'interruption volontaire

---

226 *Ibid.*, p. 9600, intervention de Manuel Valls.

227 *Ibid.*, p. 9612, intervention de Jean-Louis Touraine. Dans le même sens sera l'intervention de Laurent Fabius : *compte rendu intégral du mardi 24 novembre 2009, première séance*, AN, précité, p. 9660.

228 *Compte rendu intégral du jeudi 19 novembre 2009, première séance*, AN, précité, p. 9616, intervention d'Henriette Martinez.

229 Mais nous l'avions bien sûr déjà rencontrée dans le débat belge.

de grossesse[230]. Celles-ci sont le fait, notamment, de partisans de l'euthanasie, évoquant le fait que des arguments similaires à ceux qui étaient opposés à l'avortement seraient soutenus aujourd'hui par les opposants de l'euthanasie : « Pendant mes études, j'ai assisté, impuissante, au décès d'une jeune femme de mon âge, victime d'un avortement clandestin. La loi Veil n'avait pas encore été votée. Je suis frappée de voir combien les arguments avancés aujourd'hui par certains contre l'aide à mourir ressemblent à s'y méprendre aux arguments donnés par d'autres, en leur temps, contre la loi sur l'avortement : la sacralité de la vie, l'interdit du meurtre, la dignité humaine »[231].

Une fois terminé le débat en plénière, la ministre de la Santé Roselyne Bachelot-Narquin (UMP) met en scène un coup de théâtre : prenant la parole en conclusion du débat, elle annonce qu'« en vertu de l'article 44, alinéa 3, de la Constitution et en application de l'article 96 du règlement de l'Assemblée nationale, le Gouvernement demande la réserve du vote sur les articles et les amendements en discussion »[232]. Ceci signifie que la proposition sera votée en bloc (sans vote sur les amendements et sans vote séparé article par article). Cette décision provoque l'ire de Jean-Marc Ayrault, auteur de la proposition de loi et Président du groupe socialiste à l'Assemblée : il demande une première suspension de la séance pour réunir son groupe et ensuite une seconde pour obtenir audience du Président de l'Assemblée. Il annonce ensuite que son groupe quitte la séance jusqu'au soir, en geste de protestation.

Le 24 novembre 2009, lors du vote en bloc en plénière, le résultat est clair : la proposition est rejetée par 326 voix contre 202 et 17 abstentions. Ce qui fait que 59,8 % des votants rejette le texte. Le positionnement des élus par appartenance politique suit moyennement les clivages attendus, avec pourtant quelques surprises qui soulignent que les blocs politiques ne sont pas monolithiques :

---

230 *Compte rendu intégral du jeudi 19 novembre 2009, première séance*, AN, précité, p. 9610, intervention de Dominique Orliac ; *ibid.*, p. 9618, intervention de Manuel Valls.

231 *Ibid.*, p. 9613, intervention de Marie-Odile Bouillé.

232 *Ibid.*, p. 9619. Selon l'art. 44, alinéa 3, de la Constitution française, « Si le Gouvernement le demande, l'Assemblée saisie se prononce par un seul vote sur tout ou partie du texte en discussion en ne retenant que les amendements proposés ou acceptés par le Gouvernement ».

– des 303 votants UMP, 10 votent en faveur de la proposition, 286 contre, 6 s'abstiennent (le Président de l'Assemblée ne vote pas) ;

– des 192 votants du groupe socialiste, 180 votent en faveur, 1 contre et 11 s'abstiennent ;

– des 23 votants du groupe de la Gauche Démocrate et Républicaine (GDR), 12 votent en faveur, 11 contre ;

– les 21 votants du Nouveau Centre (NC) votent contre la proposition, de même que les 7 votants non-inscrits.

2.2.2.5 Les propositions de loi déposées et restées sans suite entre fin 2009 et début 2012

Pour clôturer cette série de propositions déposées à l'Assemblée nationale au cours de cette période, Gaëtan Gorce (PS) dépose, le 5 novembre 2009, une proposition de loi « visant à mieux prendre en compte les demandes des malades en fin de vie exprimant une volonté de mourir »[233]. Cette proposition se compose d'un article unique qui, intervenant dans le Code de la santé publique, établit la procédure suivante : « Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne en phase avancée et non terminale d'une affection grave et incurable, qui exprime le souhait d'une mort médicalement assistée, il peut saisir une commission ad hoc de médecins, de psychologues et de juristes praticiens et de représentants de la société civile afin d'obtenir un avis éthique médical et juridique sur la situation à laquelle il est confrontée. (...) Cet avis doit permettre de caractériser la maladie dont souffre le patient, le caractère libre et réitéré de sa demande, l'existence ou l'absence d'issue juridique à cette demande. Le rapport de la commission est inscrit dans le dossier médical à toutes fins utiles »[234]. Comme l'affirme l'auteur dans le préambule, la proposition « ne remet pas en cause l'interdit pénal : nul n'est a priori autorisé à provoquer volontairement la mort. Elle permet, en revanche la prise en compte de situations exceptionnelles et même de les reconnaître comme telles (...). Elle permettra au juge de vérifier si le médecin est intervenu en 'état de nécessité',

233 G. Gorce, Proposition de loi du 5 novembre 2009 visant à mieux prendre en compte les demandes des malades en fin de vie exprimant une volonté de mourir, AN, n° 2049, XIII Législature.

234 *Ibid.*, p. 6.

ce qui lui vaudra alors excuse absolutoire »[235]. La proposition est conçue comme une étape, dans la mesure où elle « s'inscrit dans la perspective d'une évolution progressive de la législation visant à garantir, à terme, la liberté du choix de sa mort à chaque patient »[236]. Le texte ne sera ni examiné ni débattu par la commission compétente.

2.2.2.5.1 L'année 2012 : des changements à l'horizon

Au Sénat, cinq propositions sont déposées en 2012, en l'espace d'à peine quelques mois. Le 31 janvier 2012, Jean-Pierre Godefroy et tous les membres du groupe socialiste et apparentés déposent une proposition de loi « relative à l'assistance médicalisée pour mourir »[237]. Son texte est substantiellement identique à celui déposé par les mêmes signataires le 12 juillet 2010[238], les seuls différences concernant le titre, quelques délais relatifs à la procédure ou alors l'ajout de quelques mots qui en précisent (sans changer) le contenu. Cette proposition deviendra caduque.

En avril-mai 2012, se tient l'élection présidentielle et en juin de la même année les élections législatives. Le cadre politique qui se dessine suite à ces élections fait respirer un air de changement : dans la foulée de l'élection de François Hollande (candidat socialiste) comme Président de la République, la nouvelle majorité présidentielle composée par le Parti socialiste et ses alliés obtient une majorité absolue[239] pour la première fois depuis les élections de 1981. La coalition gouvernementale sera guidée par Jean-Marc Ayrault (PS)[240]. C'est la toute première fois sous la V^{e} République que la gauche remporte des élections législatives ordinaires (et non anticipées).

François Hollande, lorsqu'il était candidat, avait présenté au cours de sa campagne 60 grands engagements. L'engagement 21 était ainsi libellé : « Je proposerai que

---

235 *Ibid.*, p. 4.

236 *Ibid.*, p. 4.

237 J.-P. Godefroy et consorts, Proposition de loi du 31 janvier 2012 relative à l'assistance médicalisée pour mourir, Sénat, n° 312, 2011-2012.

238 J.-P. Godefroy, Proposition de loi du 12 juillet 2010 relative à l'aide active à mourir, précité.

239 PS, EELV, PRG et autres « divers gauche » obtiennent 331 élus sur 557, soit une majorité de 59,4 %.

240 Le premier gouvernement Jean-Marc Ayrault sera du 15 mai 2012 au 18 juin 2012, le deuxième gouvernement Jean-Marc Ayrault sera du 18 juin 2012 au 31 mars 2014.

toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité »[241]. Nous y reviendrons plus tard.

Le 8 juin 2012, c'est à Roland Courteau (PS) de déposer une proposition de loi « relative à l'assistance médicale pour mourir et à l'accès aux soins palliatifs »[242]. Son texte est en substance fort semblable à celui déposé par Jean-Pierre Godefroy et tous les membres du groupe socialiste et apparentés le 31 janvier 2012[243], à l'exception des points suivants : le préambule est assez différent et évoque la situation dans d'autres pays (notamment les pays du Benelux) ; quelques délais temporels sont différents ; l'auteur ajoute un article concernant les soins palliatifs (et ajoute cette mention dans le titre de la proposition) et supprime celui qui concernait la formation à ces mêmes soins. Cette proposition ne connaitra pas un sort différent de celui de la précédente.

Le 3 juillet 2012, Alain Fouché (UMP) dépose une proposition de loi « visant à légaliser une aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés »[244]. Mis à part le titre, un raccourcissement du préambule et quelques ajustements dans les délais, le texte est identique à celui de la proposition de loi déposée par le même auteur le 29 octobre 2008[245]. Cette proposition deviendra caduque.

Le 17 juillet 2012, le Président Hollande – faisant suite à son engagement de campagne – confie au professeur Sicard une mission de réflexion sur la fin de vie dont les travaux débouchent au mois de décembre de la même année sur la remise d'un rapport

---

241 F. Hollande, « Le changement c'est maintenant - Mes 60 engagements pour la France », *in* https://fr.scribd.com/doc/93200567/Les-60-engagements-presidentiels-de-Francois-Hollande .

242 R. Courteau, Proposition de loi du 8 juin 2012 relative à l'assistance médicale pour mourir et à l'accès aux soins palliatifs, Sénat, n° 586, 2011-2012.

243 J.-P. Godefroy et consorts, Proposition de loi du 31 janvier 2012 relative à l'assistance médicalisée pour mourir, précitée.

244 A. Fouché, Proposition de loi du 3 juillet 2012 visant à légaliser une aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés, Sénat, n° 623, 2011-2012.

245 A. Fouché, Proposition de loi du 29 octobre 2008 relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés, précitée.

intitulé « penser solidairement la fin de vie »[246]. Ce rapport admet que « lorsque la personne en situation de fin de vie, ou en fonction de ses directives anticipées figurant dans le dossier médical, demande expressément à interrompre tout traitement susceptible de prolonger sa vie, voire toute alimentation et hydratation, il serait cruel de la 'laisser mourir' ou de la 'laisser vivre', sans lui apporter la possibilité d'un geste accompli par un médecin, accélérant la survenue de la mort. (...) Cette grave décision prise par un médecin engagé en conscience, toujours éclairée par une discussion collégiale, et présente dans le dossier médical, peut correspondre, aux yeux de la commission, aux circonstances réelles d'une sédation profonde telle qu'elle est inscrite dans la loi Leonetti »[247]. Le rapport préconise ensuite que l'assistance au suicide puisse être envisagée sous certaines conditions strictes « pour certaines personnes atteintes d'une maladie évolutive et incurable au stade terminal »[248], tout en se prononçant négativement sur l'euthanasie : « L'euthanasie engage profondément l'idée qu'une société se fait des missions de la médecine, faisant basculer celle-ci du devoir universel d'humanité de soins et d'accompagnement à une action si contestée d'un point de vue universel. La commission ne voit pas comment une disposition législative claire en faveur de l'euthanasie, prise au nom de l'individualisme, pourrait éviter ce basculement »[249]. Par ailleurs, le rapport conclut ainsi : « La commission entend à l'issue de son travail souligner qu'il serait illusoire de penser que l'avenir de l'humanité se résume à l'affirmation sans limite d'une liberté individuelle, en oubliant que la personne humaine ne vit et ne s'invente que reliée à autrui et dépendante d'autrui. Un véritable accompagnement de fin de vie ne prend son sens que dans le cadre d'une société solidaire qui ne se substitue pas à la personne mais lui témoigne écoute et respect au terme de son existence »[250]. Dans le débat théorique entre libéraux et communautariens, le rapport penche sans aucun doute du côté des seconds et endosse un principe de solidarité contre le choix euthanasique.

Entre-temps, le 20 juillet 2012, Gaëtan Gorce (PS) dépose une proposition de loi

246 « Penser solidairement la fin de vie », Commission de réflexion sur la fin de vie en France, Rapport à François Hollande Président de la République Française, 18 décembre 2012, *in* http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf .

247 *Ibid.*, p. 93.

248 *Ibid.*, p. 94.

249 *Ibid.*, p. 95.

250 *Ibid.*, p. 97.

« visant à mieux prendre en compte les demandes des malades en fin de vie exprimant une volonté de mourir »[251]. Le texte reprend mot-à-mot celui de la proposition déjà déposée à l'Assemblée nationale par le même auteur le 5 novembre 2009[252]. Cette proposition ne sera pas examinée par la commission compétente.

Le 31 juillet 2012, Jacques Mézard et douze autres membres du groupe RDSE[253] déposent une proposition de loi « relative à l'assistance médicalisée pour mourir »[254] qui reprend, mot-à-mot, le texte de la proposition de loi adopté en Commission des Affaires sociales du Sénat le 18 janvier 2011[255], suite au rapport de Jean-Pierre Godefroy. Ce texte deviendra caduc sans être soumis à aucun débat.

Le 26 septembre 2012, Roger-Gérard Schwartzenberg et quatorze autres députés (PRG) déposent à l'Assemblée nationale une proposition de loi « relative à l'assistance médicalisée pour une fin de vie dans la dignité »[256]. Le texte souhaite modifier le Code de la santé publique et prévoit que « toute personne capable majeure, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, lui infligeant une souffrance physique ou psychique qui ne peut être apaisée ou qu'elle juge insupportable, peut demander à disposer, dans les conditions prévues au présent titre, d'une assistance médicalisée permettant, par une aide active, une mort rapide et sans douleur » (article 1)[257]. L'article suivant prévoit la procédure à suivre[258]. L'article 3 établit la possibilité de rédiger des directives anticipées[259], l'article 4 la procédure à suivre pour les cas de

---

251 G. Gorce, Proposition de loi du 5 novembre 2009 visant à mieux prendre en compte les demandes des malades en fin de vie exprimant une volonté de mourir, Sénat, n° 686, 2011-2012.

252 *Ibid.*

253 Groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen (RDSE). Il est formé principalement, mais non seulement, par des élus du PRG.

254 J. Mézard et consorts, Proposition de loi du 31 juillet 2012 relative à l'assistance médicalisée pour mourir, Sénat, n° 735, 2011-2012.

255 Proposition de loi enregistrée à la Présidence du Sénat le 18 janvier 2011 relative à l'assistance médicalisée pour mourir, précitée.

256 R.-G. Schwartzenberg et consorts, Proposition de loi du 26 septembre 2012 relative à l'assistance médicalisée pour une fin de vie dans la dignité, AN, n° 228, XIV Législature.

257 *Ibid.*, p. 6.

258 *Ibid.*, p. 6-7.

259 *Ibid.*, p. 7-8.

personnes incapables d'exprimer une demande, mais qui ont rédigé des directives anticipées[260]. L'article 5 institue une commission nationale de contrôle[261] et l'article suivant concerne la clause de conscience[262]. Le texte n'a aucune suite.

2.2.2.6 Les propositions de loi et les débats entre 2013 et 2015 : une hausse de l'intensité de l'échange politique

Le premier évènement politique de l'année concernant la fin de vie est la déclaration publique de l'Ordre National des Médecins (ONM) du 8 février 2013 : « Sur des requêtes persistantes, lucides et réitérées de la personne, atteinte d'une affection pour laquelle les soins curatifs sont devenus inopérants et les soins palliatifs instaurés, une décision médicale légitime doit être prise devant des situations cliniques exceptionnelles, sous réserve qu'elles soient identifiées comme telles, non pas par un seul praticien mais par une formation collégiale. Une sédation, adaptée, profonde et terminale délivrée dans le respect de la dignité pourrait être envisagée, par devoir d'humanité, par un collège dont il conviendrait de fixer la composition et les modalités de saisine »[263]. Cette prise de position relativement innovante pour l'ONM se fonde sur une enquête Ipsos[264] qui révèle que 60% des médecins interrogés sont favorables à une euthanasie active[265].

Le 27 février 2013, Jean Leonetti (UMP) et cent-trente-sept autres élus (UMP et UDI) déposent à l'Assemblée nationale une proposition de loi « visant à renforcer les droits des patients en fin de vie »[266]. C'est une proposition qui – contrairement aux textes

260 *Ibid.*, p. 8.
261 *Ibid.*, p. 9.
262 *Ibid.*, p. 9.
263 Ordre National des Médecins, « Texte adopté par le Conseil National le 8 février, présenté à l'Assemblée Générale des Présidents et Secrétaires Généraux des Conseils départementaux et régionaux le 9 février 2013, avec les éléments de l'enquête réalisée par Ipsos auprès des médecins en exercice », 8 février 2013, *in* https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/fin_de_vie_fevrier_2013.pdf .
264 L'enquête est citée dans le titre de la déclaration.
265 Relaté dans E. Hirsch, « Une citoyenneté totale, y compris jusqu'au dernier instant de sa vie », in *Mort par sédation. Une nouvelle éthique du « bien mourir »*, sous la direction de E. Hirsch, Toulouse, ERES, Poche - Espace éthique, 2016, p. 99.
266 J. Leonetti et consorts, Proposition de loi du 27 février 2013 visant à renforcer les droits des patients en fin de vie, AN, n° 754, XIV Législature.

examinés précédemment – ne vise pas une aide active à mourir, mais souhaite plus simplement agir sur « deux terrains : celui de la sédation en phase terminale et celui des directives anticipées »[267]. Ainsi, « l'article premier vise à permettre le droit à la sédation pour les malades conscients, et atteints d'une affection grave et incurable en phase terminale, quelle qu'en soit la cause, lorsque les traitements et les soins palliatifs ne peuvent plus soulager sa douleur physique et sa souffrance psychique qu'ils jugent insupportables. Le même droit est reconnu aux malades hors d'état d'exprimer leur volonté, lorsqu'ils ont exprimé cette demande dans leurs directives anticipées »[268].

Le 4 avril 2013, la Commission des Affaires sociales nomme comme rapporteur Jean Leonetti (UMP) et examine le texte au cours de la réunion du 17 avril 2013. Dans son rapport[269], M. Leonetti motive sa proposition par la nécessité de « maintenir la solidarité de la société face à la mort »[270] en affirmant l'éthique de la solidarité contre l'éthique de l'autonomie. Il précise aussi que la légalisation de l'euthanasie représenterait « une rupture majeure de l'ordre juridique et social »[271]. Le rapporteur oppose ainsi visiblement l'ordre social à l'autonomie individuelle.

Au cours de la discussion générale en commission, on assiste principalement à une confrontation entre, d'un côté, ceux qui soutiennent ce texte (UMP) et, de l'autre côté, ceux qui affirment par principe s'y opposer (groupes SRC et EELV[272]). Les raisons de ces derniers peuvent être résumées de cette manière : suite à l'engagement de campagne électorale du Président Hollande et dans l'attente de l'avis du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)[273], il ne parait pas opportun de légiférer. En gros, la gauche et les écologistes attendent du gouvernement un projet de loi (promis par le Président

267 *Ibid.*, Préambule, p. 3.
268 *Ibid.*, p. 4.
269 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi visant à renforcer les droits des patients en fin de vie par M. Jean Leonetti, 17 avril 2013, AN, n° 970, XIV Législature.
270 *Ibid.*, p. 1.
271 *Ibid.*, p. 1.
272 Europe Écologie Les Verts (EELV), qui succède au parti « Les Verts » en 2010.
273 L'avis est attendu pour la mi-juin de 2013. *Cf. infra* dans ce même paragraphe.

Hollande dans son communiqué de presse du 18 décembre 2012)[274] qui – selon eux – devrait aller bien plus loin que la proposition Leonetti en examen. Le rapporteur est alors implicitement accusé d'accélérer le pas afin de couper l'herbe sous les pieds de la majorité. Dans son discours en conclusion du débat, M. Leonetti confirme son opinion selon laquelle « il est urgent d'avancer sur le thème de la solidarité »[275] mais aussi « de réfléchir sur celui de l'autonomie »[276]. Leonetti entrouvre aussi la porte (en termes d'allusions pour le futur et non pas de propositions concrètes pour le présent) à des solutions visant plus le suicide assisté que l'euthanasie[277]. Les articles et les amendements sont ensuite examinés au cours de la réunion du 25 avril 2013. Lors du vote qui suit l'examen, les deux articles composant la proposition sont rejetés par l'adoption d'amendements suppressifs. Le texte est ainsi, par conséquent, rejeté en commission.

Toutefois, grâce au dispositif constitutionnel de la « niche parlementaire » offerte aux groupes de l'opposition ou aux groupes minoritaires[278], l'UMP inscrit le texte de la proposition pour débat à la séance plénière du 25 avril 2013. Lors de ce débat, le cœur de l'affrontement se situe encore une fois dans l'opportunité d'un examen d'une proposition de loi sur ce thème avant la publication de l'avis du CCNE et surtout avant que le gouvernement n'ait déposé un projet de loi. Il est bien clair que l'objet de la controverse est bien plus substantiel et politique que procédural : l'opinion commune estime, à tort ou à raison que le gouvernement déposera une proposition de loi visant à aller plus loin que la proposition Leonetti. L'opposition souhaite par contre ne pas sortir du socle de la législation en vigueur, proposant de l'amender mais sans provoquer de rupture. En séance plénière, l'affrontement se fait davantage aigu et polémique. Les pôles se dessinent en deux

274 Présidence de la République, communiqué de presse, 18 décembre 2012, *in* http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/annee-2012/article/fin-de-vie-remise-du-rapport-sicard . Le communiqué n'indique pourtant pas le contenu du projet de loi.

275 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi visant à renforcer les droits des patients en fin de vie par M. Jean Leonetti, précité, p. 50.

276 *Ibid.*, p. 50.

277 *Ibid.*, p. 50.

278 *Cf. supra*, § 2.1.

blocs, avec UMP, UDI et FN, d'un côté, SRC, RRDP[279], GDR[280] et EELV, de l'autre. Un camp prend position pour l'examen immédiat de la proposition, l'autre pour un renvoi. Le rapporteur ressent ainsi le besoin de justifier sa démarche : lorsqu'il a prévu la niche parlementaire[281], l'avis du Comité était attendu pour avril, donc à temps. Suite à un débat où les arguments se répètent pour l'essentiel, une motion de rejet préalable et une motion de renvoi en commission sont déposées. La première est présentée par EELV, qui souhaite rejeter la proposition car l'opposition donne « l'impression de prendre aujourd'hui cette initiative législative pour bloquer les débats de fond sur les autres questions liées à la fin de vie »[282]. La seconde est présentée par le groupe SRC, estimant que « les deux points évoqués dans la proposition de loi constituent seulement une partie de ce débat »[283] et qu'il importe de prendre le temps d'un débat serein[284]. Si la première motion n'est votée que par ses promoteurs, la seconde est adoptée grâce au soutien des groupes SRC, EELV, RRDP et GDR. Le texte est dès lors renvoyé en commission, ce qui équivaut politiquement à son rejet.

Le 5 juin 2013, Muguette Dini (UDI) dépose au Sénat une proposition de loi « relative à l'assistance médicalisée pour mourir »[285]. Il s'agit d'un texte identique à celui déposé, le 31 juillet 2012, par Jacques Mézard et consorts[286], qui à son tour reprenait mot-à-mot le texte de la proposition de loi adopté en Commission des Affaires sociales du

279 Le groupe Radical, républicain, démocrate et progressiste (RRDP) est un groupe parlementaire de centre gauche constitué le 26 juin 2012 à l'Assemblée nationale. Le groupe parlementaire est créé à l'initiative de Roger-Gérard Schwartzenberg et du PRG, qui en constitue le socle avec 9 députés. Il réunit des personnalités appartenant à différentes sensibilités de gauche. Le groupe appartient à la majorité présidentielle et ses membres ont soutenu la candidature de François Hollande à l'élection présidentielle de 2012.

280 Le groupe de la Gauche démocrate et républicaine (GDR) est un groupe parlementaire constitué le 26 juin 2007 à l'Assemblée nationale. Le 26 juin 2012, après les élections législatives des 10 et 17 juin, le groupe GDR est reconduit avec dix députés du Front de gauche et cinq députés de gauche des territoires d'outre-mer.

281 *Cf. supra*, § 2.1.

282 *Compte rendu intégral du jeudi 25 avril 2013, deuxième séance*, AN, XIV Législature, 2012-2013, J.O. Année 2013 – N° 55 [2] A.N. (C.R.), p. 5029, intervention de François de Rugy.

283 *Ibid.*, p. 5034.

284 *Ibid.*, p. 5035.

285 M. Dini, Proposition de loi du 5 juin 2013 relative à l'assistance médicalisée pour mourir, Sénat, n° 629, 2012-2013.

286 J. Mézard et consorts, Proposition de loi du 31 juillet 2012 relative à l'assistance médicalisée pour mourir, précitée.

Sénat le 18 janvier 2011[287] suite au rapport de Jean-Pierre Godefroy. Ce texte deviendra caduc sans être soumis à examen.

À peine quelques jours plus tard, le 13 juin 2013, Véronique Massonneau et quinze autres députés EELV déposent une proposition de loi « visant à assurer aux patients en fin de vie le droit de mourir dans la dignité »[288]. Le texte, prônant de modifier le Code de la santé publique, envisage la possibilité de l'aide active à mourir. Il prévoit que toute personne « majeure et capable, en phase avancée ou terminale, même en l'absence de diagnostic de décès à brève échéance, atteinte d'au moins une affection accidentelle ou pathologique avérée, grave, incurable et/ou à tendance invalidante et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique constante et inapaisable qu'elle juge insupportable, peut demander à bénéficier, dans les conditions strictes prévues au présent titre, d'une aide active à mourir ou d'un suicide médicalement assisté »[289]. La personne est réputée décédée de mort naturelle (article 3)[290]. L'article 4 prévoit la procédure à suivre pour obtenir l'aide active à mourir[291]. L'article 5 établit la possibilité de rédiger des directives anticipées[292] et l'article 6 la procédure à suivre[293] pour le cas où la personne serait « dans l'incapacité d'exprimer une demande libre et éclairée » mais aurait rédigé des directives auparavant. Les articles suivants concernent la personne de confiance[294], la clause de conscience[295] et les soins palliatifs[296]. La proposition n'a pas de suite.

Le même jour, le 13 juin 2013, le CCNE remet son avis n° 121[297], qui est rendu public le 1er juillet 2013. Rappelons les trois questions dont le CCNE était saisi :

---

287 Proposition de loi enregistrée à la Présidence du Sénat le 18 janvier 2011 relative à l'assistance médicalisée pour mourir, précitée.

288 V. Massonneau et consorts, Proposition de loi du 13 juin 2013 visant à assurer aux patients en fin de vie le droit de mourir dans la dignité, AN, n° 1140, XIV Législature.

289 *Ibid.*, art. 2, p. 3.

290 *Ibid.*, p. 3.

291 *Ibid.*, p. 4-5.

292 *Ibid.*, p. 5-6.

293 *Ibid.*, p. 6-7.

294 *Ibid.*, art. 7, p. 7-8.

295 *Ibid.*, art. 8, p. 8.

296 *Ibid.*, art. 9.

297 CCNE, Avis n° 121, *Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir*, juillet 2013, *in* http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/fin-de-vie-autonomie-de-la-personne-volonte-de-mourir#.WT1a_9ykKM8 .

1. Comment et dans quelles conditions recueillir et appliquer des directives anticipées émises par une personne en pleine santé ou à l'annonce d'une maladie grave, concernant la fin de sa vie ?

2. Selon quelles modalités et conditions strictes permettre à un malade conscient et autonome, atteint d'une maladie grave et incurable, d'être accompagné et assisté dans sa volonté de mettre lui-même un terme à sa vie ?

3. Comment rendre plus dignes les derniers moments d'un patient dont les traitements ont été interrompus à la suite d'une décision prise à la demande de la personne ou de sa famille ou par les soignants ?[298]

Mises-à-part diverses recommandations peu marquantes dans le domaine qui nous concerne, le Comité conclut que :

– il faudrait accorder plus de valeur aux directives anticipées (un caractère en principe obligatoire, sauf exceptions) [299] ;

– on pourrait définir un droit à la sédation profonde jusqu'au décès en stade terminal[300] ;

– il n'est pas souhaitable de prévoir la légalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie[301] ;

– une prolongation et un élargissement de la réflexion et du débat public seraient souhaitables, notamment par la mise en place d'une Conférence de citoyens (comme le prévoit la loi relative à la bioéthique du 7 juillet 2011) et par l'implication des Espaces régionaux de réflexion éthique (dont l'une des missions est l'animation, à l'échelle régionale, de la réflexion publique dans le domaine des questions d'éthique biomédicale).

Cette dernière recommandation est mise en œuvre par l'organisation, par le CCNE, de la « Conférence de citoyens ». Celle-ci aura lieu en automne 2013 (durant quatre week-ends), se terminera par une conférence de presse et se prolongera par des débats se déroulant, sous différentes formes, dans plusieurs régions jusqu'à l'été 2014. Il

298 *Ibid.*, p. 1.
299 CCNE, Avis n° 121, « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir », précité, p. 51.
300 *Ibid.*, p. 51.
301 *Ibid.*, p. 53.

est toutefois important de souligner que cette « Conférence de citoyens » n'est composée que de dix-huit personnes, de surcroit non représentatives de la population selon l'Ifop (un institut de sondage leader dans son domaine)[302]. La Conférence conclut en faveur du suicide assisté[303] et de la création d'une exception d'euthanasie, qui s'appliquerait dans les cas où le patient ne peut exprimer sa volonté[304].

Le 2 décembre 2013, Corinne Bouchoux et dix autres sénateurs d'EELV déposent une proposition de loi « relative au choix libre et éclairé d'une assistance médicalisée pour une fin de vie digne »[305]. Ce texte rappelle nombre d'éléments de la proposition de loi déposée par Jean-Pierre Godefroy au Sénat le 12 juillet 2010[306], tout en étant davantage élaboré et détaillé. Soucieuse d'amender le Code de la santé publique, la proposition rappelle notamment à son article 1[er], le principe du respect de la liberté et de la dignité[307]. Elle prescrit, en son article 2, que « toute personne majeure et capable, en phase avancée ou terminale, même en l'absence de diagnostic de décès à brève échéance, atteinte d'au moins une affection accidentelle ou pathologique avérée, grave, incurable et/ou à tendance invalidante et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique constante et inapaisable qu'elle juge insupportable, peut demander à bénéficier, dans les conditions strictes prévues au présent titre, d'une assistance médicalisée permettant par un acte délibéré une mort rapide et sans douleur »[308]. Selon l'article 3, la personne est réputée décédée de mort naturelle. L'article 4 prévoit la procédure à suivre suite à une demande d'une personne consciente[309]. L'article 5 s'occupe des directives anticipées, en prévoyant entre autres un fichier national de directives anticipées géré par un organisme indépendant[310]

302 E. Hirsch, « Une citoyenneté totale, y compris jusqu'au dernier instant de sa vie », *op. cit.*, p. 101.

303 « La possibilité de se suicider par assistance médicale comme l'aide au suicide constitue, à nos yeux, un droit légitime du patient en fin de vie ou souffrant d'une pathologie irréversible, reposant avant tout sur son consentement éclairé et sa pleine conscience » : AFP, « La conférence des citoyens favorable au suicide médicalement assisté », *Libération*, 16 décembre 2013.

304 « Fin de vie : la conférence citoyenne favorable au suicide assisté et à une exception d'euthanasie », *Le Monde*, 16 décembre 2013 ; AFP, « La conférence des citoyens favorable au suicide médicalement assisté », précité.

305 C. Bouchoux, Proposition de loi du 2 décembre 2013 relative au choix libre et éclairé d'une assistance médicalisée pour une fin de vie digne, Sénat, n° 182, 2013-2014.

306 J.-P. Godefroy, Proposition de loi du 12 juillet 2010 relative à l'aide active à mourir, précitée.

307 C. Bouchoux, Proposition de loi du 2 décembre 2013 relative au choix libre et éclairé d'une assistance médicalisée pour une fin de vie digne, précitée, p. 5.

308 *Ibid.*, p. 5.

309 *Ibid.*, p. 5-7.

310 *Ibid.*, p. 7-8.

et l'article 6 prévoit la procédure à suivre pour l'application des directives[311]. Les autres articles concernent respectivement la personne de confiance[312], la clause de conscience[313] et les soins palliatifs[314].

Suite à l'inscription du point à l'ordre du jour de la Commission des Affaires sociales, Jean Desessard (cosignataire de la proposition, EELV) est nommé rapporteur. L'examen de la proposition de loi en commission a une caractéristique dominante : le débat est centré plus sur l'opportunité de la mise aux voix d'un tel texte que sur son contenu[315]. En effet, après le dépôt de la proposition et avant son examen en commission, le 14 janvier 2014, le Président de la République a tenu une conférence de presse et annoncé la volonté de déposer un projet de loi en matière de fin de vie à l'initiative du gouvernement[316], ce qui fait suite à l'engagement de campagne électorale et aux conclusions de la Conférence des citoyens sur la fin de vie organisée par le CCNE). Aussi, l'idée d'un renvoi du texte en commission sans procéder au vote fait-elle également son chemin parmi les auteurs de la proposition de loi : ceux-ci considèrent que cet examen peut être une occasion de débat, sans pour autant couper la voie à l'adoption d'un futur texte qui pourrait ressembler davantage et dépasser certains clivages. L'essentiel du débat se déroule autour de ce choix, entre supporter ou rejeter le renvoi du texte en commission, avec parfois aussi de fortes polémiques. À la fin du débat en commission, la motion de renvoi est adoptée[317]. Toutefois, par choix des auteurs, le texte est inscrit pour débat à l'ordre du jour de la plénière[318] , ce qui ne change pas la tonalité des débats et fait même monter le ton de la polémique. Le débat en plénière a lieu le 13 février 2013 et se conclut par un renvoi en commission car « il est plus intéressant de rechercher l'unanimité au sein de l'assemblée, en accord avec le Gouvernement »[319].

311 *Ibid.*, p. 8-9.
312 *Ibid.*, art. 7, p. 9-10.
313 *Ibid.*, art. 8, p. 10.
314 *Ibid.*, art. 9.
315 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi relative au choix libre et éclairé d'une assistance médicalisée pour une fin de vie digne par Jean Desessard, 5 février 2014, Sénat, n° 336, 2013-2014.
316 *Ibid.*, p. 19.
317 *Ibid.*, p. 32.
318 L'art. 48 de la Constitution prévoit la possibilité de « niche parlementaire », comme nous avons déjà vu *supra*, § 2.1.
319 *Compte rendu intégral, Séance du jeudi 13 février 2014, Sénat,* 2013-2014, J.O. Année 2014 –

Le 21 octobre 2014, le CCNE publie son rapport sur le débat public concernant la fin de vie[320], un débat entamé en juillet 2013, comme nous venons de le voir. Les conclusions qu'il tire à l'issue de sa réflexion ne sont pas très différentes de celles déjà établies dans son avis n° 121 (*cf. supra*) : d'une part, des recommandations à différents niveaux et notamment la nécessité de rendre les directives anticipées contraignantes et d'établir un droit à la sédation profonde et continue[321] ; d'autre part, on affirme l'opposition à la légalisation ou à la dépénalisation de l'assistance au suicide et de l'euthanasie[322]. De surcroit, le rapport évoque un « profond clivage » concernant les questions de l'assistance au suicide et de l'euthanasie : « Les réflexions et débats publics ont fait émerger un profond clivage concernant la dépénalisation ou non – voire une autorisation ou non – de l'assistance au suicide ou de l'euthanasie. À cela s'ajoute une réelle difficulté d'établir des définitions des termes utilisés qui soient partagées par tous. Le CCNE n'échappe pas à cette difficulté et à ce clivage »[323].

Le 9 décembre 2014, Véronique Massonneau et dix-sept autres députés d'EELV déposent à l'Assemblée nationale une proposition de loi « visant à assurer aux patients le respect de leur choix de fin de vie »[324]. Le texte est presque identique dans son contenu à celui de la proposition déposée par les mêmes signataires le 13 juin 2013[325] à deux importantes exceptions près : le titre et l'utilisation du mot « euthanasie » en lieu et place de la formule « aide active à mourir ».

Le jour suivant, Mme Massonneau (EELV) est nommée rapporteure de la Commission des Affaires sociales et le 21 janvier 2015, a lieu le débat en Commission. La discussion se focalise d'entrée de jeu sur un aspect particulier : le fait qu'entre-temps, à

N° 21 S. (C.R.), p. 1697-8, intervention de Jean Desessard.

320 CCNE, *Rapport sur le débat public concernant la fin de vie*, 21 octobre 2014, *in* http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/rapport_ccne_sur_le_debat_fin_de_vie_0.pdf .

321 *Ibid.*, p. 6, 28-9.

322 *Ibid.*, p. 6.

323 *Ibid.*, p. 45.

324 V. Massonneau et consorts, Proposition de loi du 9 décembre 2014 visant à assurer aux patients le respect de leur choix de fin de vie, AN, n° 2435, XIV Législature.

325 V. Massonneau et consorts, Proposition de loi du 13 juin 2013 visant à assurer aux patients en fin de vie le droit de mourir dans la dignité, AN, n° 1140, XIV Législature.

peine quelques jours plus tôt, a été déposé un nouveau texte qui ambitionne de recevoir un large consensus et qui est co-signé par deux députés issus des deux grands partis[326], PS et UMP (*cf. infra,* § 2.3). Les questions liées au contenu de la proposition Massoneau et consorts sont marginalisées et laissent place à un âpre débat concernant l'opportunité de poursuivre les travaux sur cette proposition. Une majorité des intervenants annonce sa volonté de rejeter le texte, notamment afin d'attendre la discussion sur l'autre texte nouvellement déposé. Si on ajoute à ces intervenants les députés qui souhaitent rejeter le texte pour des raisons de contenu, on comprend assez facilement que le texte soit rejeté (article après article et puis dans sa globalité)[327].

Le débat en séance plénière se tient le 29 janvier 2015 grâce à l'utilisation de la « niche parlementaire »[328]. À cette occasion, la discussion souligne une fois de plus la polarisation entre, d'un côté, les défenseurs du texte déposé par Mme Massonneau (EELV) et, de l'autre côté, ceux qui préfèrent attendre l'examen du nouveau texte déposé par MM. Claeys (PS) et Leonetti (UMP). Les premiers affirment la complémentarité (et non pas l'opposition) entre les deux initiatives ; les seconds soulignent le besoin de « rassemblement », de « consensus » et d'« équilibre »[329] qui seraient exprimés par le nouveau texte et non par celui qui est examiné ce jour-là. À la fin de la discussion, les élus socialistes déposent une motion de renvoi en commission[330] : puisque « les propositions d'Alain Claeys et de Jean Leonetti ont permis de trouver un point d'équilibre »[331], le débat doit se poursuivre en commission. « C'est pour qu'il puisse se poursuivre et que chacune des positions puisse être écoutée que le gouvernement soutient la motion de renvoi en commission »[332]. La motion de renvoi en commission est adoptée par vingt-cinq voix contre vingt.

---

326 A. Claeys et J. Leonetti, Proposition de loi du 21 janvier 2015 créant des nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précitée.

327 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de Mme Véronique Massonneau et consorts visant à assurer aux patients le respect de leur choix de fin de vie, par Mme Véronique Massonneau, 21 janvier 2015, AN, n° 2506, XIV Législature, p. 64.

328 *Compte rendu intégral du jeudi 29 janvier 2015,* AN, XVI Législature, 2014-2015, J.O. Année 2015 – N° 10 A.N. (C.R.), p. 552.

329 *Ibid.,* p. 555, intervention de Marisol Touraine.

330 *Compte rendu intégral de la 2e séance du jeudi 29 janvier 2015,* AN, XVI Législature, 2014-2015, J.O. Année 2015 – N° 10 [2] A.N. (C.R.), p. 572.

331 *Ibid.,* p. 574, intervention de Marisol Touraine.

332 *Ibid.,* p. 574.

Entre-temps, le 19 décembre 2014, Jean-Pierre Godefroy et vingt-cinq autres sénateurs du PS déposent une proposition de loi « relative à l'assistance médicalisée pour mourir et aux droits des malades en fin de vie »[333]. Si son préambule et son texte reprennent clairement certains éléments des précédentes propositions déjà déposées par J.-P. Godefroy, cette proposition nous semble la plus complète et la plus détaillée de celles déposées par les sénateurs socialistes jusqu'ici, notamment parce que son champ d'application est le plus vaste, couvrant à la fois l'euthanasie et le suicide assisté. L'article 1 prévoit en effet que « toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable lui infligeant une souffrance physique ou psychique qui ne peut être apaisée ou qu'elle juge insupportable, qui s'est vue proposer l'ensemble des soins palliatifs auxquels elle a droit, peut demander à bénéficier, dans les conditions prévues au présent titre, d'une assistance médicalisée permettant, par un acte délibéré une mort rapide et sans douleur. Cet acte peut être accompli par la personne elle-même ou par le médecin qu'elle a choisi. Le médecin doit avoir la conviction que la demande de la personne est totalement libre, éclairée, réfléchie et qu'il n'existe aucune solution acceptable par elle-même dans sa situation »[334]. L'article 2 prévoit la procédure à suivre suite à une demande d'une personne consciente[335], l'article 3 établit la possibilité de rédiger des directives anticipées (sans délai d'expiration)[336] et l'article 4 précise le rôle de la personne de confiance[337]. L'article 5 prévoit la procédure à suivre pour l'application des directives[338], l'article 6 la clause de conscience[339] et l'article 7 une formation sur les conditions de réalisation d'une assistance médicalisée pour mourir[340]. Ce texte n'aura pas de suites.

2.2.3 Considérations conclusives concernant l'historique

333 J.-P. Godefroy et consorts, Proposition de loi du 19 décembre 2014 relative à l'assistance médicalisée pour mourir et aux droits des malades en fin de vie, Sénat, n° 207, 2014-2015.
334 *Ibid.*, p. 5.
335 *Ibid.*, p. 5-6.
336 *Ibid.*, p. 6-7.
337 *Ibid.*, p. 8.
338 *Ibid.*, p. 8-9.
339 *Ibid.*, p. 9.
340 *Ibid.*, p. 10.

En guise de conclusion de cette section, nous souhaitons faire état de quelques brèves considérations de caractère sociologique. On s'occupera des enjeux et des clivages de manière approfondie seulement plus loin, lorsque le matériau en provenance des débats parlementaires (consacrés à la loi de 2016) sera plus épais.

A. Le langage et la technique législative

De même que nous l'avons constaté pour la Belgique[341], avant l'adoption d'une législation spécifique en matière de fin de vie, la confusion qui règne en ce qui concerne la terminologie et les définitions à utiliser est évidente. Si nous analysons l'historique des propositions et projets de loi présentés, nous constatons notamment que jusqu'à la fin des années 90, le langage utilisé est fortement imprécis et la technique législative très approximative. À partir des années 2000, le langage commence à devenir plus précis et plus approprié (notamment dès 2004 les termes « euthanasie » et « suicide assisté » commencent à apparaitre), alors que la technique législative évolue : à remarquer qu'on passe graduellement de l'utilisation d'amendements au Code pénal à des amendements au code de la santé publique, ce qui évidemment a l'avantage de ne pas affecter la dimension symbolique de l'interdit pénal. Ainsi, dans les années 2010, la terminologie utilisée est finalement adaptée : ce n'est probablement pas un hasard que les premiers débats parlementaires ciblés sur les différents aspects de la fin de vie datent de cette période.

B. Les valeurs mobilisées, les camps et les clivages

On constate entre les deux camps une opposition de principe entre, d'un côté, l'autonomie et la liberté comme droits individuels et, de l'autre côté, « un projet collectif pour notre société »[342], cette dernière vision étant soutenue notamment par les élus contraires à l'aide active à mourir. Nous retrouvons ici nos référentiels doctrinaux et l'oppo-

341 *Cf. supra*, § 1.4.4 C.

342 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de M. Jean-Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues relative au droit de finir sa vie dans la dignité (n° 1960 rectifié) par M. Manuel Valls, précité, p. 31, intervention de Jean Leonetti (UMP).

sition traditionnelle entre approche libérale et approche communautarienne : cette opposition est tellement forte dans certains débats qu'un des élus (M. Leonetti) parle de « deux projets de société ». Notamment les élus de l'UMP considèrent que l'individu se constitue dans son ancrage communautaire, en opposition à l'individu libéral qui est prioritaire par rapport à la communauté, et que le choix de mourir rompt le lien avec la société.

Ce sont notamment les partisans de l'euthanasie (de gauche comme de droite, par ailleurs), qui répètent la devise républicaine « Liberté, Égalité, Fraternité » ensemble avec l'idée d'une « République laïque ». On entend citer les trois principes comme un ensemble qu'on ne saurait scinder et qui ne peut exister que dans le cadre d'une République laïque. Nous trouvons aussi pour la première fois dans le débat français la référence à l'idéal de la fraternité et donc de la solidarité faite par les partisans de l'euthanasie : la distance entre l'approche libérale et certains arguments typiquement communautariens semble alors se réduire.

En général, lors des deux votes qui ont lieu dans la période étudiée (2009 et 2011), le positionnement des élus par appartenance politique suit les clivages attendus : dans le premier cas avec des exceptions réduites en nombre[343], dans le second cas dans la presque totalité. On en revient donc, même à propos d'une proposition qui semblait dépasser les clivages de par sa genèse, à la confrontation classique droite/gauche.

C. Les références aux autres pays

À partir de début 2004, on remarque l'apparition dans certaines propositions de loi de références à la loi belge sur l'euthanasie adoptée 2002[344]. Souvent cette contamination n'est pas annoncée (nous constatons simplement des analogies flagrantes avec la loi belge dans certaines dispositions proposées) mais elle ne perd pas d'importance pour autant. Aussi, lors du débat de 2009, c'est au rapporteur socialiste, M. Valls, d'inclure les exemples des législations sur l'euthanasie de « trois de nos voisins européens » dans son

[343] Il s'agit d'entre 3 et 5 % pour les grands partis, seule la Gauche Démocrate et Républicaine se divisant à moitié.

[344] On retrouve cette référence pour la première fois dans une proposition de loi UMP, *cf. supra*.

rapport[345], en consacrant six pages de ce dernier aux expériences des Pays-Bas, de la Belgique et du Luxembourg[346]. De nombreuses références aux législations des pays étrangers apparaissent aussi par d'autres orateurs pendant le débat, notamment et encore une fois à celles de ces trois pays[347]. Parfois les députés se réfèrent aux pays étrangers comme un exemple positif à suivre, d'autres fois comme un exemple négatif à ne pas imiter.

2.3 Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2016

Le 20 juin 2014, le Premier ministre Manuel Valls (PS) avait confié une mission à Alain Claeys (PS) et Jean Leonetti (UMP) dans le cadre de l'article LO144 du code électoral[348]. Appelant de ses vœux une modification législative, il avait invité les deux députés en mission auprès du ministre des Affaires Sociales et de la Santé pour faire des propositions dans trois directions : « le développement de la médecine palliative, y compris dès la formation initiale des professionnels de santé, une meilleure organisation du recueil et de la prise en compte des directives anticipées en leur conférant un caractère contraignant et la définition des conditions et des circonstances précises dans lesquelles l'apaisement des souffrances peut conduire à abréger la vie dans le respect de l'autonomie de la personne »[349].

Le 12 décembre 2014, les deux auteurs présentent à François Hollande leur proposition de loi. Le 21 janvier 2015, Alain Claeys et Jean Leonetti déposent le texte de la proposition de loi « créant des nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie »[350] à l'Assemblée nationale.

---

345 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de M. Jean-Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues relative au droit de finir sa vie dans la dignité (n° 1960 rectifié) par M. Manuel Valls, précité, p. 19.

346 *Ibid.*, p. 19-24.

347 *Ibid.*, p. 30-1 et 38.

348 Art. LO144 : « Les personnes chargées par le Gouvernement d'une mission temporaire peuvent cumuler l'exercice de cette mission avec leur mandat de député pendant une durée n'excédant pas six mois ».

349 A. Claeys et J. Leonetti, Proposition de loi du 21 janvier 2015 créant des nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, AN, n° 2512, XIV Législature, p. 3.

350 *Ibid.*, p. 3.

Le processus pour son adoption sera assez long et tortueux : nous en examinerons les grandes lignes au cours de sa « navette » entre l'Assemblée nationale et le Sénat, jusqu'à son adoption. Nous nous concentrerons sur les débats et sur les amendements clé (adoptés ou refusés), car ces deux éléments montrent l'évolution des positionnements politiques. Par contre, nous ne nous attarderons pas sur les amendements techniques ou sur les arguments sans originalité, afin de ne pas perdre de vue nos objectifs face à un matériau très volumineux. De même, nous ne consacrerons pas de grands développements aux dispositions ou aux discussions concernant purement et simplement les soins palliatifs, matière qui est liée mais distincte du cœur de notre recherche.

Il est intéressant ici de remarquer qu'en décembre 2012, le Président Hollande avait anticipé l'intention de présenter un projet de loi[351] (donc issu du Gouvernement), alors qu'il a opté par la suite pour une proposition de loi (issue du Parlement). Il s'agit de bien plus qu'un détail, sur lequel nous reviendrons.

2.3.1 La proposition de loi

Comme l'expliquent ses auteurs dans le préambule, la proposition envisage des amendements à « la loi de 2005 qui ont pour principaux objectifs : l'accès à la sédation en phase terminale et le caractère contraignant des directives anticipées »[352]. Ainsi « le texte proposé reconnaît un droit à la sédation profonde et continue pour accompagner l'arrêt de traitement dans deux hypothèses où le patient en ferait la demande : lorsqu'un malade conscient est atteint d'une maladie grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme et souffre de symptômes réfractaires au traitement ; lorsque la décision prise par le malade conscient atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement de maintien en vie et que cet arrêt engage son pronostic vital. Par ailleurs, ce droit (...) est également prévu lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et se trouve dans une situation d'obstination déraisonnable définie par la loi »[353]. Le dispositif tient compte aussi des apports de la décision du Conseil d'État du 24 juin 2014 (dans

351 *Cf. supra*, note 241.
352 *Ibid.*, Préambule, p. 4.
353 *Ibid.*, p. 4.

le cadre de l'affaire Vincent Lambert)[354], en inscrivant explicitement dans la loi que la nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements. La proposition s'inscrit dans le cadre du Code de la santé publique.

L'article premier affirme les droits des malades en fin de vie et les devoirs des médecins à l'égard des patients[355]. L'article 2 rappelle l'interdiction de l'obstination déraisonnable et affirme que « la nutrition et l'hydratation artificielles constituent un traitement »[356].

L'article 3 définit le droit à la sédation profonde et continue (c'est-à-dire la sédation provoquant une altération profonde et continue de la vigilance). À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas prolonger inutilement sa vie, « un traitement à visée sédative et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès associé à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie est mis en œuvre », lorsque le patient, atteint d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme, présente une souffrance réfractaire au traitement ; lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement, engage son pronostic vital à court terme. Par ailleurs, le même traitement est appliqué aussi lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et lorsque, dans le cadre

---

354 CE, 24 juin 2014, Mme F…I…et autres, *in* http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/Selection-des-decisions-faisant-l-objet-d-une-communication-particuliere/CE-24-juin-2014-Mme-F-I-et-autres . *Cf. supra*, Partie I, § 2.4.

355 Article 1er

L'article L. 1110-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Toute personne a droit à une fin de vie digne et apaisée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour satisfaire ce droit ».

356 Article 2

Après l'article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-5-1. – Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés. Lorsque les traitements n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, sous réserve de la prise en compte de la volonté du patient et selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, ils sont suspendus ou ne sont pas entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

La nutrition et l'hydratation artificielles constituent un traitement ».

du refus de l'obstination déraisonnable, le médecin arrête un traitement de maintien en vie. Le traitement à visée sédative et antalgique est mis en œuvre selon la procédure collégiale définie par le Code de déontologie médicale[357].

L'article 4 aménage le principe du double effet chez le patient conscient, sujet à des souffrances réfractaires[358]. L'article 5 renforce les droits du patient, notamment le refus de traitement, en rappelant au médecin ses obligations concernant les soins palliatifs. Aussi, place-t-il les directives anticipées en tête des éléments à consulter par le médecin en charge du patient[359]. L'article 6 abroge l'article L. 1111-10 du Code de la santé

[357] Article 3
Après l'article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-2 ainsi rédigé :
« Art. L.1110-5-2. – À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas prolonger inutilement sa vie, un traitement à visée sédative et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès associé à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie est mis en œuvre dans les cas suivants : – lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire au traitement ; – lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement, engage son pronostic vital à court terme.
Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et dans le cadre du refus de l'obstination déraisonnable visée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, le médecin applique le traitement à visée sédative et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès.
Le traitement à visée sédative et antalgique prévu au présent article est mis en œuvre selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, qui permet de vérifier que les conditions d'application du présent article sont remplies.
L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient ».

[358] Article 4
Après l'article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-3 ainsi rédigé :
« Art. L. 1110-5-3. – Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.
Le médecin met en place l'ensemble des traitements antalgiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-11-1, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

[359] Article 5
I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 est ainsi rédigé :
« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas subir tout traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. »
II. – Le troisième alinéa de l'article L. 1111-4 est ainsi rédigé :
« Le professionnel de santé a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Il peut être fait appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10 ».
III. – Le quatrième alinéa de l'article L. 111-4 est supprimé.
IV. – Après le mot : « susceptible », la fin du cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 est ainsi rédigée :

publique, dans la mesure où ce dispositif est satisfait par la nouvelle rédaction de l'article L. 1111-4 (*cf.* article 5, *supra*). L'article 7 consacre expressément dans le titre de la section 2 du chapitre 1er du titre 1er du livre 1er de la première partie du Code de la santé publique le droit des patients à refuser un traitement.

À l'article 8, la portée des directives anticipées est sensiblement renforcée. Elles sont rédigées selon un modèle qui devra prévoir la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment de leur rédaction. Ces directives s'imposent au médecin, sauf dans les cas limitativement énumérés par la loi. Leur durée dans le temps n'est plus limitée. Il revient à un décret du Conseil d'État de préciser les conditions d'information, de validité, de confidentialité et de conservation de ces directives[360]. L'article 9 précise le statut du témoignage de la personne de confiance[361] et l'ar-

« d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-11-1, ou la famille ou les proches aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

[360] Article 8

L'article L. 1111-11 est ainsi rédigé :

« Toute personne majeure et capable peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions du refus, de la limitation ou l'arrêt des traitements et actes médicaux.

Elles sont révisables et révocables à tout moment. Elles sont rédigées selon un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle rédige de telles directives.

Elles s'imposent au médecin, pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation. Si les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées, le médecin, pour se délier de l'obligation de les respecter, doit consulter au moins un confrère et motiver sa décision qui est inscrite dans le dossier médical.

Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'information des patients, de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Leur accès est facilité par une mention inscrite sur la carte vitale ».

[361] Article 9

I. – Après l'article L. 1111-11, il est inséré un article L. 1111-11-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-11-1. – Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle témoigne de l'expression de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable

ticle 10 redéfinit la hiérarchie des modes d'expression de la volonté du patient en prévoyant qu'en l'absence de directives anticipées, c'est la personne de confiance qui devra être consultée en premier[362]. Finalement, l'article 11 abroge l'article L. 1111-13 relatif à l'arrêt des traitements pour une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, vu les dispositions des articles 2 et 3 *supra*.

2.3.2 La première lecture à l'Assemblée nationale

Le 5 février 2015, les auteurs sont nommés rapporteurs de la proposition de loi pour la Commission des Affaires sociales.

Pendant les travaux en commission, 159 amendements sont déposés. Parmi ceux-ci, neuf essayent d'introduire dans différentes parties du texte et de manière plus ou moins explicite, la possibilité d'une aide active à mourir. Il s'agit notamment de :

– un amendement déposé par trois élus écologistes[363], visant au « respect de son choix de fin de vie » ; il est rejeté.

– un amendement déposé par cinquante-deux élus socialistes[364], ayant le même but que celui poursuivi par l'amendement évoqué ci-dessus ; il est aussi rejeté.

– un amendement déposé par quatre-vingt-trois élus socialistes[365], afin que « dans certaines circonstances extrêmes, le patient puisse formuler la demande d'une aide médicalisée active mettant fin à sa vie dans la dignité », ainsi qu'un amendement déposé par

pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.
Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »
II. – L'article L. 1111-6 est abrogé.

362 Article 10
L'article L. 1111-12 est ainsi rédigé :
« Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées, il recueille le témoignage de la personne de confiance et à défaut de tout autre témoignage de la famille ou des proches.
S'agissant des mineurs, les titulaires de l'autorité parentale sont réputés être personnes de confiance. »

363 Nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (n° 2512), Amendement N°AS24 présenté par Mme Massonneau et consorts, AN, 13 février 2015.

364 *Ibid.*, Amendement N° AS116 présenté par M. Cordery et consorts, AN, 13 février 2015.

365 *Ibid.*, Amendement N° AS108 présenté par M. Touraine et consorts, AN, 13 février 2015.

cinquante-deux élus socialistes[366], visant à « élargir la palette de choix du patient en y faisant figurer l'assistance médicalisée active pour mourir dans la dignité » ; vu la ressemblance entre les deux textes, leurs auteurs reconnaissent l'intérêt de les retirer pour en proposer un seul ensuite.

– un amendement déposé par trois élus radicaux de gauche[367], qui poursuit le même but que les deux ci-haut et qui est aussi retiré afin de converger vers un seul amendement par la suite.

– un amendement déposé par douze élus socialistes[368], visant à introduire une procédure d' « exception d'euthanasie », sous certaines conditions strictes ; l'amendement est rejeté.

– deux amendements émanant de trois élus écologistes[369], afin d'introduire la mise en place respectivement « d'une sédation, d'un suicide assisté ou d'une euthanasie » ou « d'une sédation, ou d'une aide active à mourir » ; le premier ayant été rejeté, le second est retiré.

– un amendement déposé par cinquante-deux élus socialistes[370], prévoyant « une assistance médicalisée active pour mourir ; il est retiré.

Sont adoptés seulement des amendements ne comportant pas de changements radicaux par rapport au texte de départ ou alors des amendements purement rédactionnels, dont une bonne partie est déposée par les co-rapporteurs.

Le 10 mars 2015, l'Assemblée nationale discute en séance plénière le texte adopté en Commission. Les concepts clés qui émergent du débat sont notamment les suivants :

– l'idée du « rassemblement » : « le Premier ministre vous a confié une mission, messieurs les co-rapporteurs. Il s'agissait de tirer les enseignements des travaux menés et de proposer des évolutions de la loi dans un esprit de rassemblement. Le rassemblement,

366 *Ibid.*, Amendement N° AS117 présenté par M. Cordery et consorts, AN, 13 février 2015.
367 *Ibid.*, Amendement N° AS111 présenté par M. Schwartzenberg et consorts, AN, 13 février 2015.
368 *Ibid.*, Amendement N° AS53 présenté par M. Sebaoun et consorts, AN, 13 février 2015.
369 *Ibid.*, Amendement N° AS40 et AS 39 présentés par Mme Massonneau et consorts, AN, 13 février 2015.
370 *Ibid.*, Amendement N° AS118 présenté par M. Cordery et consorts, AN, 13 février 2015.

notre société en a besoin sur un tel sujet, sans doute plus que de consensus. Comme cela a été dit, il ne s'agit pas de compromis. Mais sur un sujet aussi difficile, il s'agit de trouver la sérénité – exigence essentielle – et de permettre d'emprunter un chemin partagé »[371].

– l'idée du consensus, en opposition à l'idée de « compromis » ou de compromission : « Je tiens (…) à exprimer ma reconnaissance aux nombreux parlementaires de la droite, du centre, mais aussi de la majorité, qui ont contribué à élaborer ce texte de consensus. Je veux dire aussi, avec conviction, que ce texte n'est pas un compromis, et encore moins une compromission. Il respecte les convictions de chacun, il fait un pas dans la bonne direction »[372]. « Pour avancer, nous avons fait le choix de porter au plus haut la possibilité d'un consensus politique. Au plus haut, dis-je : il s'agit non pas du plus petit dénominateur commun ou d'un compromis, mais d'un dépassement respectueux de tous, d'une manière de se retrouver et non pas de se combattre sur un sujet qui mérite mieux que cela »[373].

– l'idée d'équilibre : « Mesdames, messieurs les députés, vous avez aujourd'hui la responsabilité immense d'examiner un texte important, un texte de respect pour les patients, un texte d'humanité, qui constitue un point d'équilibre »[374]. « Nous travaillons sur un texte sensible puisqu'il s'agit de la vie humaine et de la mort ; cela nous confère une lourde responsabilité. Aussi avons-nous l'obligation de dépasser nos sentiments personnels, de légiférer non pas pour nous-mêmes en fonction de nos convictions, non pas pour répondre à quelques situations exceptionnelles, mais pour la société tout entière, dans un équilibre respectant à la fois la diversité des convictions et, surtout, la vie humaine »[375]. Une autre intervention souligne qu'« il faut préserver l'équilibre du texte de la proposition de loi, et que – c'est le plus important – nous pouvons y parvenir ensemble »[376]. D'autres appréciations sont plus partisanes : « Dans sa grande majorité, le groupe UMP estime qu'un point d'équilibre a été trouvé avec ce texte et ne souhaite pas

371 *Compte rendu intégral du mardi 10 mars 2015,* AN, XIV Législature, 2015, J.O. Année 2015 – N° 31 A.N. (C.R.), p. 2561, intervention de Marisol Touraine (PS), ministre des Affaires Sociales.
372 *Ibid.,* p. 2560, intervention de Jean Leonetti.
373 *Ibid.,* p. 2565, intervention de Michèle Delaunay (PS).
374 *Ibid.,* p. 2562, intervention de Marisol Touraine.
375 *Ibid.,* p. 2564, intervention d'André Chassaigne (PCF).
376 *Ibid.,* p. 2542, intervention de Manuel Valls, Premier ministre.

que cet équilibre fragile soit rompu »[377]. Ou alors on invoque le dépassement des clivages partisans : « Je veux (…) remercier [Jean Leonetti et Alain Claeys] pour leur travail commun, puisqu'il aboutit à une proposition dépassant les clivages partisans qui, sinon, sur un tel sujet, n'auraient pas manqué de diviser à nouveau notre cher pays, qui n'en a pas besoin. C'est pour cela, et parce que cette proposition a su trouver un équilibre, certes fragile, que je la voterai »[378]. « Cette proposition de loi doit rester un texte d'équilibre afin de bénéficier d'un soutien aussi large que possible dans cet hémicycle »[379].

– l'idée d'être face à une « étape », au cœur d'un plus long parcours : « Il s'agit non pas d'un compromis au sens classique de ce terme dans notre vie politique, mais d'un point de rencontre entre deux parlementaires, entre deux hommes qui, au-delà des clivages politiques, ont souhaité avancer l'un et l'autre ensemble. C'est sans aucun doute une étape »[380]. « Certains parmi vous ne soutiennent pas ce texte et s'opposent à toute évolution du cadre juridique de la fin de vie. (…) Mais nous estimons qu'une nouvelle étape est aujourd'hui nécessaire afin de mieux reconnaître les droits des patients en fin de vie. (…) À l'évidence, le débat reste ouvert – c'est naturel pour un tel sujet. Il s'agira par la suite de voir comment cette loi est appliquée et, au cas où une étape supplémentaire paraîtrait nécessaire, de réfléchir à la meilleure manière de l'engager »[381]. « Si une majorité se dégage dans notre Assemblée pour aller plus loin, faisons-le, car cela correspond au sentiment d'une très large majorité de nos concitoyens. Sinon (…) cette loi ne sera qu'une étape, qui appellera à son tour une autre loi »[382].

À côté de ces concepts qui sont les plus récurrents, d'autres idées sont mentionnées par différents orateurs : la continuité avec les principes de la loi Leonetti de 2005, le but de « dormir pour ne pas souffrir, avant de mourir »[383], l'intention de légiférer pour la société tout entière[384], de respecter la volonté du peuple et des français (en somme l'idée

377 *Ibid.*, p. 2567, intervention d'Isabelle Le Callennec (UMP).
378 *Ibid.*, p. 2572, intervention de Bernard Accoyer.
379 *Ibid.*, p. 2574, intervention de Philippe Vigier (UDI).
380 *Ibid.*, p. 2541, intervention de Manuel Valls.
381 *Ibid.*, p. 2562, intervention de Marisol Touraine.
382 *Ibid.*, p. 2573, intervention de François de Rugy.
383 *Ibid.*, p. 2560, intervention de Jean Leonetti.
384 *Ibid.*, p. 2564, intervention d'André Chassaigne.

d'une volonté générale) ou de « se retrouver »[385] dans cette législation.

Une dernière analogie est rappelée par de nombreux élus : celle entre l'aide active à mourir et la peine de mort. Les opposants de l'aide active mentionnent une phrase de Robert Badinter, éminent intellectuel français champion de l'abolition de la peine de mort : « le droit à la vie est le premier droit de tout être humain. C'est le fondement de l'abolition de la peine de mort et je ne saurais en aucune manière me départir de ce principe. Tout être humain a droit au respect de sa vie, y compris de la part de l'État, surtout en démocratie »[386]. Et l'un d'eux mentionne aussi sa position concernant l'exception d'euthanasie : « Je n'ai jamais été amateur de juridictions d'exception, encore moins quand il s'agit de principes fondamentaux. Nul ne peut retirer la vie à autrui dans une démocratie »[387]. Ces citations illustrent l'argumentation de ceux qui sont réticents à « inscrire dans les lois qui régissent notre société l'autorisation de mettre fin à la vie d'autrui »[388] car « personne ne peut disposer de la vie d'autrui »[389].

Un total de 1.041 amendements sont déposés en plénière. De ceux-ci, seulement 21 sont adoptés et encore une fois aucun d'eux n'amende des parties fondamentales du texte : la ligne politique de départ est sauvegardée. Il semble pourtant utile de mentionner la présence d'amendements visant à introduire une aide active à mourir, dont l'un notamment introduit par une partie de la majorité gouvernementale[390], ne sera rejeté que par 19 voix à peine[391].

Lors des explications de vote avant le vote final, les porte-paroles des groupes

385 *Ibid.*, p. 2562, intervention de Marisol Touraine et p. 2565, intervention de Michèle Delaunay.
386 *Ibid.*, entre autres p. 2564, intervention d'André Chassaigne.
387 *Ibid.*, p. 2560, intervention de Jean Leonetti.
388 *Ibid.*, p. 2564, intervention d'André Chassaigne.
389 *Ibid.*, p. 2566, intervention d'Isabelle Le Callennec.
390 L'amendement en question aurait été dépose par des élus socialistes, écologistes et radicaux de gauche. C'est à ceci que semble se référer Gérard Sebaoun pendant le débat : *Compte rendu intégral, 2e séance du mardi 10 mars 2015,* AN, XIV Législature, 2015, J.O. Année 2015 – N° 31[2] A.N. (C.R.), p. 2591.
391 C'est en tout cas ce que relate Guy Goeffroy lors de son explication de vote : *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015,* AN, XIV Législature, Session Ordinaire 2014-2015, J.O. Année 2015 – N° 35 A.N. (C.R.), p. 2832. En effet, le nombre de voix récoltées lors du vote de chaque amendement n'est pas publié, seul le résultat du vote (adopté ou rejeté) étant mentionné dans le compte-rendu.

politiques expriment les positions suivantes par rapport au texte examiné :

– pour le groupe GDR, Jacqueline Fraysse affirme que le texte « constitue une avancée indéniable en prévoyant un droit à la sédation profonde et continue et en renforçant les directives anticipées. Il ne va cependant pas jusqu'à autoriser l'euthanasie, c'est-à-dire l'acte de donner la mort. C'est ce qui explique les différences d'appréciation que nous avons rencontrées au sein de notre groupe, comme parmi toutes les sensibilités de la représentation nationale »[392]. Elle ajoute que « ce texte se rapproche le plus possible de ce que souhaiteraient les défenseurs du geste euthanasique, sans toutefois l'atteindre, ce qui est important car, ce faisant, il préserve la société de la responsabilité de donner la mort »[393]. Ainsi, il « représente à nos yeux la solution la plus équilibrée pour concilier, à l'heure actuelle, liberté individuelle et exigences sociétales, étant entendu que le fondement de notre société doit être que la vie est le premier de tous les droits et qu'il faut à tout prix la respecter »[394]. J. Fraysse annonce ainsi un vote favorable. Nous reviendrons plus loin sur cette intervention, qui peut représenter une sorte de position de compromis tout à fait intéressante.

– pour le groupe Socialiste, Républicain et Citoyen (SRC), Michèle Delaunay souligne que « Alain Claeys et Jean Leonetti ont choisi de rechercher le consensus politique maximal »[395]. « Chacun salue les avancées concrètes que permettra ce texte pour les personnes en fin de vie. C'est pourquoi, conformément à l'éthique de responsabilité qui doit être celle du législateur, nous devons le voter le plus largement possible. Pour sa part, le groupe socialiste, radical et citoyen se ralliera très majoritairement et sans réserve à cette proposition de loi »[396].

– pour le groupe UMP, Guy Geoffroy affirme que « nous sommes en effet appelés à faire évoluer notre législation afin que celle-ci réponde encore mieux à cet enjeu essen-

392 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015,* AN, précité, p. 2831.
393 *Ibid.,* p. 2831.
394 *Ibid.,* p. 2831.
395 *Ibid.,* p. 2832.
396 *Ibid.,* p. 2832.

tiel : que chacun d'entre nous puisse, le jour venu, vivre son dernier instant sans souffrance et sans douleur – lesquelles sont, par nature, insupportables »[397]. « C'est une loi qui permet d'aller plus loin dans le sens des dispositions votées en 2005. C'est une belle loi, issue du travail de deux collègues que je tiens à saluer, deux collègues que tout pourrait séparer mais qui ont travaillé la main dans la main, dans un esprit constructif, à la recherche du consensus, avec sagesse et force (...). Le groupe UMP, dans son immense majorité, votera cette belle loi de progrès, de clarification et de courage »[398].

– pour le groupe UDI, Michel Piron souligne que c'est une « proposition de loi qui soulève autant de questions sans doute qu'elle n'apporte de réponses ». Ainsi, « chacune et chacun des membres de notre groupe se prononcera en conscience sur cette proposition de loi qu'une majorité approuve, persuadé qu'il est de notre devoir de faire que la main du mourant soit tenue le plus longtemps possible, aussi loin qu'on puisse aller devant la porte des questions »[399].

– pour le groupe RRDP, Jeanine Dubié considère que « c'est la volonté de la personne qui doit prévaloir, et sa capacité à apprécier ce qui est digne ou indigne doit lui être reconnue »[400]. « Ce que nous demandions, c'est que toute personne majeure et capable ait la possibilité de bénéficier d'une aide active à mourir »[401]. En conclusion, « si nous sommes déçus par le contenu de ce texte, nous ne renonçons pas. La navette parlementaire commence et, en deuxième lecture, nous relaierons encore une fois le souhait exprimé par nombre de nos concitoyens, qui veulent que soit reconnu ce droit fondamental : être libre de décider pour soi le moment d'en finir. Vous l'aurez compris, madame la ministre, le groupe des radicaux de gauche et apparentés ne votera pas pour ce texte »[402].

– pour le groupe écologiste (EELV), Véronique Massonneau exprime sa déception par rapport aux attentes : « Nous avons (...) proposé différents choix clairs et encadrés

397 *Ibid.*, p. 2832.
398 *Ibid.*, p. 2832.
399 *Ibid.*, p. 2833.
400 *Ibid.*, p. 2833.
401 *Ibid.*, p. 2833.
402 *Ibid.*, p. 2834.

de fin de vie, nous avons proposé un cadre qui convienne et rassure chaque Français, autant celui ou celle qui souhaite un simple accompagnement pour affronter la souffrance que celui ou celle qui veut choisir de terminer sa vie. Distinguer ces deux cas était nécessaire. Le dispositif proposé tente d'apporter uniformément une même réponse à des choix différents »[403]. « Bien sûr, le fait d'associer M. Leonetti à cette proposition de loi revenait nécessairement à fermer la porte à cette évolution »[404]. « Les écologistes accueillent favorablement le caractère contraignant des directives anticipées. Nous défendons le droit à la sédation profonde, (...) mais nous ne pouvons nous satisfaire de ce seul choix d'aide à mourir »[405]. « En l'état, la majorité du groupe écologiste s'abstiendra face à l'absence de choix qui est proposée. On n'endort pas la liberté de choisir sa fin de vie »[406]. Dans le panorama politique français et dans la matière de notre intérêt, le groupe écologiste semble incarner de manière orthodoxe la position libérale.

Lors du vote sur le texte amendé, les consignes de vote sont majoritairement respectées et les membres de l'UDI traduisent la liberté de conscience en un vote majoritairement positif[407]. Il en résulte 436 voix en faveur et 34 voix contre, avec 83 abstentions[408] : le 17 mars 2015, le texte est donc adopté à une écrasante majorité.

2.3.3 La première lecture au Sénat

Le 17 mars 2015, jour de l'adoption en première lecture à l'Assemblée nationale, le texte est transmis au Sénat. La Commission des Affaires sociales nomme Michel Amiel (PS) et Gérard Dériot (UMP) rapporteurs. Le Sénat confirme donc le choix d'impliquer majorité et opposition à la tête des travaux.

Lors du débat en Commission qui précède le vote sur les amendements, les arguments les plus récurrents concernent notamment les points suivants:

403 *Ibid.*, p. 2834.
404 *Ibid.*, p. 2834.
405 *Ibid.*, p. 2834.
406 *Ibid.*, p. 2835.
407 Pour une analyse du vote de chaque groupe et chaque élu, voir http://www2.assemblee-nationale.fr/scrutins/detail/%28legislature%29/14/%28num%29/1070#G4 .
408 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015,* AN, précité, p. 2835.

- il n'y aurait pas besoin d'une nouvelle loi[409] : « une loi est-elle nécessaire ? »[410], « est-il vraiment nécessaire de légiférer à nouveau sur la fin de vie ? »[411], « la loi ne peut pas apporter de réponses à toutes les questions »[412] ;
- la proposition doit concerner les personnes qui vont mourir, non pas celles qui veulent mourir[413] ;
- le texte semble viser principalement la protection des praticiens[414] : « Ce texte n'est que de l'eau tiède, il règle peu de choses par rapport à la situation actuelle et n'a qu'un seul mérite, celui de protéger juridiquement le médecin. La sédation profonde se pratique déjà. Or aucune avancée n'est constatée pour les patients, qui souhaitent qu'on abrège leurs souffrances »[415] ;
- le texte paraît ouvrir la porte au suicide assisté (« L'article 3 semble contradictoire. Il précise que le pronostic vital doit être engagé à court terme pour recourir à la sédation profonde, tout en se référant à la décision du patient, ce qui ouvre la porte au suicide assisté. Cette proposition de loi ne dit pas son nom »[416]) ou à une euthanasie déguisée (« Sur le plan technique, quelle est la différence entre sédation profonde et sédation ? Est-ce une question de dose ? Mais alors tout dépend aussi de l'état du patient, qui n'a pas « besoin » d'une forte dose s'il est très affaibli. Quels seraient les analgésiques utilisés ? La terminologie va dans le sens d'une euthanasie plus ou moins déguisée »[417]).

Un argument n'est évoqué qu'une fois mais nous parait révélateur d'une conception paternaliste du patient, dans la mesure où il s'oppose à une approche consciente,

409 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par MM. Michel Amiel et Gérard Dériot, 27 mai 2015, Sénat, n° 467, 2014-2015, p. 53, 57, 58, 61 et 62.

410 *Ibid.*, p. 53.

411 *Ibid.*, p. 57.

412 *Ibid.*, p. 61.

413 *Ibid.*, p. 50, 54, 65.

414 *Ibid.*, p. 53, 56, 63.

415 *Ibid.*, p. 53, intervention de Jean-Pierre Godefroy.

416 *Ibid.*, p. 60, intervention de Corinne Imbert.

417 *Ibid.*, p. 57, intervention de Gilbert Barbier. À cette objection, le co-rapporteur Michel Amiel répond : « Je ne crois pas que la sédation profonde et continue soit une euthanasie déguisée. Elle se fait sous analgésique, c'est-à-dire sous morphine, et en recourant à des sédatifs que l'on utilise couramment en anesthésie, comme l'Hypnovel. Il s'agit d'accompagner la fin de vie. C'est très important d'un point de vue émotionnel. Les familles n'appréhendent pas de la même manière le fait que l'on endorme un patient jusqu'à la mort ou qu'on lui fasse une piqûre létale. Les substances et les effets sont différents », *ibid.*, p. 59.

informée et autodéterminée du patient : « Le malade n'est pas obligé d'assister au drame tragique de sa mort »[418].

Vingt-neuf (29) amendements sont déposés en Commission. De ceux-ci, quatre (4) visent à introduire la possibilité de recourir soit à une assistance médicalisée pour mourir soit au suicide assisté soit encore aux deux: ils sont tous rejetés. Treize (13) amendements sont par contre déposés par les deux rapporteurs et ils sont tous adoptés. Nous examinerons leur contenu dans un instant. Tous les autres amendements sont rejetés, retirés ou caducs.

Des 13 amendements approuvés, 3 nous semblent plus importants : l'un prévoit que le refus de l'acharnement thérapeutique ne serait plus impératif, mais soumis à la volonté du patient et mis en œuvre à l'issue d'une procédure collégiale (ainsi, les actes relevant d'une obstination déraisonnable « peuvent », et non plus doivent être suspendus ou ne pas être entrepris)[419] ; l'autre réduit les cas d'application de la sédation terminale aux patients atteints d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme et qui présentent une souffrance réfractaire « à tout autre traitement », excluant du coup les cas de simple arrêt de traitement de survie en dehors de la phase terminale et de la souffrance réfractaire[420] ; le dernier amendement modifie l'intitulé de la loi, de façon à limiter son application uniquement aux personnes en fin de vie (les termes « créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie » remplacent la formule « créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie »)[421].

Le 10 juin 2015, la Commission des lois émet aussi un avis[422] : il contient neuf

---

418 *Ibid.*, p. 62, intervention de Michel Amiel. La citation est de Régis Aubry, ancien président de la société d'accompagnement et de soins palliatifs.

419 Proposition de loi Fin de vie (1re lecture), n° 348, Amendement n° COM-19, présenté par MM. Amiel et Dériot, Sénat, Commission des Affaires sociales, 27 mai 2015.

420 *Ibid.*, Amendement n° COM-20, présenté par MM. Amiel et Dériot, Sénat, Commission des Affaires sociales, 27 mai 2015.

421 *Ibid.*, Amendement n° COM-17, présentés par MM. Amiel et Dériot, Sénat, Commission des Affaires sociales, 27 mai 2015.

422 Avis présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur la proposition de loi, adoptée par

amendements concernant notamment (mais pas seulement) les directives anticipées et ayant trait pour la plupart à des modifications à caractère technique (telle l'introduction de quelques obligations administratives supplémentaires).

Une fois le texte adopté en commission, il passe en plénière. Ici, la discussion générale n'apporte aucun argument nouveau ou original par rapport aux discussions précédentes : les sénateurs se bornent à examiner ou rappeler les changements proposés via les amendements ou alors à répéter des arguments déjà utilisés maintes fois en commission au Sénat ou en première lecture à l'Assemblée nationale. On n'a pas l'impression de se trouver devant un débat historique, le ton étant sensiblement différent de celui entendu à l'Assemblée nationale.

Des 156 amendements déposés en séance plénière, 21 sont adoptés, dont nous examinons le contenu ci-dessous. Par contre, plusieurs amendements sont déposés par des sénateurs de différents groupes afin d'ajouter un article qui prévoit une aide active à mourir (à côté et non pas à la place de la sédation terminale prévue dans le texte initial[423]) : ils sont tous rejetés.

Parmi les amendements adoptés, les plus importants concernent, à l'article 2:

– la suppression du caractère « continue jusqu'à la mort » de la sédation profonde[424] ;

– l'ajout de la mention selon laquelle « l'hydratation artificielle constitue un soin qui peut être maintenu jusqu'en fin de vie »[425].

---

l'Assemblée nationale, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par M. François Pillet, 10 juin 2015, Sénat, n° 506, 2014-2015.

423 Proposition de loi, Nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1re lecture), n° 468 , 467 , 506, Amendement n° 9, présenté par M. Godefroy et consorts, Sénat, Direction de la séance, 10 juin 2015 ; *ibid.*, Amendement n° 33, présenté par M. Cadic et consorts, Sénat, Direction de la séance, 16 juin 2015 ; *ibid.*, Amendement n° 44, présenté par Mme Bouchoux et consorts, Sénat, Direction de la séance, 11 juin 2015 ; *ibid.*, Amendement n° 71, présenté par M. Mezard et consorts, Sénat, Direction de la séance, 16 juin 2015 ; *ibid.*, Amendement n° 81, présenté par Mme David et consorts, Sénat, Direction de la séance, 16 juin 2015 ; *ibid.*, Amendement n° 98, présenté par Mme Garriaud-Maylam, Sénat, Direction de la séance, 16 juin 2015.

424 *Ibid.*, Amendement n° 59, présenté par M. de Legge et consorts, Sénat, Direction de la séance, 17 juin 2015.

425 *Ibid.*, Amendement n° 101, présenté par M. de Legge et consorts, Sénat, Direction de la séance, 17 juin 2015.

Il s'agit clairement de deux points capitaux dans l'architecture de la proposition de loi. C'est ainsi que l'équilibre rejoint à l'Assemblée est brisé au Sénat : ceci émerge des explications de vote, le 23 juin 2015. Françoise Gatel pour le groupe UDI-UC affirme que « le texte est devenu une coquille vide »[426] et annonce son vote contraire ; Catherine Deroche pour le groupe Les Républicains (LR)[427] annonce que chaque membre aura la liberté de vote ; Georges Labazée pour le groupe Socialiste et Républicain est « surpris de cette version aujourd'hui soumise à notre approbation et qui ne tient en aucun cas compte des accords transpartisans qui ont été conclus à l'Assemblée nationale »[428]. Il qualifie le texte de « retour en arrière »[429] ; Corinne Bouchoux pour le groupe écologiste affirme que le texte est vidé de ses éléments essentiels et qu'il représente un recul par rapport à la loi Leonetti de 2005 ; Annie David pour le groupe CRC considère le texte comme « un grave recul »[430] et annonce un vote négatif ; Jacques Mézard pour le groupe RDSE, annonce un vote majoritairement contre le texte, car ce dernier, vidé de l'essentiel et de sa substance, ne va pas assez loin.

Le résultat du vote n'est donc pas étonnant : 87 voix pour, 196 contre, 56 abstentions. Le 23 juin 2015, le texte est rejeté et renvoyé à l'Assemblée nationale. La (longue) navette commence.

2.3.4 La deuxième lecture à l'Assemblée nationale

La proposition de loi, telle qu'adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture et qui a fait l'objet d'un vote de rejet par le Sénat, est déposée à l'Assemblée nationale pour la deuxième lecture et renvoyée en Commission des Affaires sociales pour examen.

Soixante-dix-neuf (79) amendements sont déposés, dont aucun n'est adopté. Par ailleurs, aucun nouvel amendement n'est présenté par les co-rapporteurs, suite à un choix

426 *Compte rendu intégral, Séance du mardi 23 juin 2015, Sénat,* 2014-2015, J.O. Année 2015 – N° 76 S. (C.R.), p. 6628.
427 En mai 2015, le groupe UMP devient Les Républicains (LR).
428 *Compte rendu intégral, Séance du mardi 23 juin 2015, Sénat,* précité, p. 6631.
429 *Ibid.,* p. 6631.
430 *Ibid.,* p. 6633.

politique clair : il s'agit de s'en tenir au texte agréé en première lecture[431] ; certains amendements sont retirés afin de s'adapter à cette même logique. Trois (3) amendements sont déposés afin de prévoir soit une aide active pour mourir[432], soit le suicide assisté[433], mais ils ne sont pas adoptés.

Dès lors que, comme le remarque la Présidente de Commission à l'entame des débat, la plupart des amendements ont déjà été déposés et débattus soit en Commission soit en plénière lors de la première lecture à l'Assemblée nationale, la discussion en Commission se révèle particulièrement concise[434]. Michèle Delaunay, s'exprimant pour le groupe SRC, rappelle que « le texte que nous allons examiner en deuxième lecture est le fruit d'une longue réflexion menée, il faut le souligner une fois encore, par deux rapporteurs venant de bords politiques différents. Il est aussi issu d'une très longue concertation qui a permis de réunir le plus grand nombre de Français, conformément au souhait du Président de la République. Sur ce sujet profondément humain et intime, qui fait appel à la conscience de chacun de nous, le Président de la République voulait que nous sachions faire progresser les droits sans violenter les consciences de manière excessive »[435]. Elle en conclut, pour toutes ces raisons, à « être fidèles à notre vote précédent et cohérents avec nous-mêmes en adoptant ce texte dans sa forme initiale, celle que nous avons approuvée »[436].

---

431 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale et rejetée par le Sénat, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, 30 septembre 2015, AN, n° 3091, XIV Législature, p. 7-8, intervention de Jean Leonetti : « Nous aurions pu reprendre les amendements du Sénat qui nous semblaient utiles, ce que certains de nos collègues ont fait, mais nous n'avons pas retenu cette solution pour deux raisons : il nous semblait incohérent de proposer de changer un texte adopté à une large majorité ; il nous paraissait un peu irrespectueux à l'égard du Sénat de faire le travail à sa place en quelque sorte, alors qu'un dialogue constructif entre les deux assemblées devrait permettre d'enrichir le texte. Pour des raisons de cohérence et d'équilibre entre les deux assemblées, nous vous proposons donc de reprendre le texte adopté en première lecture, même si la discussion sera assurément utile ».

432 Nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (n° 2887), Amendements n°AS1 et AS4, présentés par M. Schwartzenberg et consorts, AN, 18 septembre 2015.

433 *Ibid.*, Amendement n° AS 20, présenté par Mme Massonneau et consorts, AN, 25 septembre 2015.

434 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale et rejetée par le Sénat, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, précité, p. 7.

435 *Ibid.*, p. 8.

436 *Ibid.*, p. 9.

Jean-Pierre Door, pour le groupe LR souligne que « dans notre groupe, nous partageons pleinement la philosophie de la loi de 2005 et de la proposition de loi dont nous allons discuter : le refus de l'acharnement thérapeutique, de l'abandon et de la souffrance, allié à la préservation d'un interdit de tuer qui doit rester absolu »[437]. Et l'intervenant conclut que « nous devons concrétiser ces propositions qui nous rassemblent. Notre groupe approuvera ce texte sans en modifier l'équilibre »[438].

Véronique Massonneau, pour le groupe écologiste, se demande rhétoriquement : « Est-il nécessaire que je vous rappelle mes convictions, chers collègues ? Je pense que chacun doit être libre de disposer de son corps et donc de choisir le moment et la manière de finir sa vie. (...) Cependant, tirant les enseignements de nos débats précédents, je ne vous proposerai pas d'amendement visant à légaliser l'euthanasie. Je n'ai pas changé d'avis mais je souhaite privilégier un débat plus apaisé. Je propose donc à notre commission d'étudier sérieusement, en délaissant les postures et des caricatures qui ont parfois eu cours en première lecture, un amendement qui peut nous rassembler. Je ne défendrai que l'amendement visant à légaliser le suicide assisté, dans le plus clair respect des précautions suggérées par l'avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) »[439]. « Plutôt que de rejouer le débat qui a eu lieu lors de la première lecture, nous devons trouver un terrain d'entente. Tel est le sens de ma démarche »[440].

Dominique Orliac, pour le groupe RRDP, souligne que « cette proposition de loi s'apparente à un rendez-vous manqué et certaines propositions contenues dans ce texte ne nous semblent pas être à la hauteur de l'enjeu. En effet, ce texte reste ambigu alors que nous avons besoin de clarté et de transparence, puisqu'il émet des propositions a minima et ne règle pas la question de l'euthanasie ou du suicide médicalement assisté. (...) Nous souffrons d'avoir adopté une loi insuffisante en 2005, ce qui nous oblige à revenir sur le sujet dix ans plus tard. Ne retombons pas dans ce travers. Il est temps de consacrer définitivement ce droit et de garantir le libre choix d'être, sous des conditions strictes, aidé

437 *Ibid.*, p. 9.
438 *Ibid.*, p. 10.
439 *Ibid.*, p. 10.
440 *Ibid.*, p. 11.

médicalement à mourir dans la dignité »[441]. « Nous sommes profondément attaches à la création de ce droit car nous sommes convaincus que c'est l'humanisme – et non la morale – qui doit conduire l'action publique et donc guider l'évolution de la loi. Plus encore, ce droit représente pour nous l'incarnation d'une certaine idée du progrès social, de la modernité et de la laïcité, qui sont les véritables fondements de notre République »[442]. Encore une fois[443], nous constatons l'utilisation de l'argument de l'humanisme par les partisans de l'euthanasie.

D'autres orateurs prennent la parole à titre individuel, sans apporter dans le débat d'éléments particulièrement nouveaux. Les points régulièrement évoqués mettent l'accent sur l'équilibre trouvé, ainsi que l'idée d'un consensus ; le fait de se trouver face à une étape ; des différentes demandes d'aller plus loin dans la reconnaissance des droits en fin de vie ; le rappel des exemples des pays étrangers.

À la fin du débat, et suite à l'avis défavorable des co-rapporteurs, tous les amendements sont rejetés et le texte adopté tel qu'en première lecture est transmis à la plénière.

Lors du débat en plénière, l'accent est mis notamment sur :

- la nécessité de garder l'équilibre trouvé en première lecture à l'Assemblée nationale et donc de confirmer le texte sans amendements (qu'ils aient une portée restrictive ou libérale)[444] ;
- la critique de la déconstruction du texte[445] opérée en première lecture au Sénat[446].

D'autres arguments intéressants (mais qui ne recueilleront pas de majorité) sont soulevés par l'un ou l'autre des députés. On retiendra, entre autres les éléments suivants :

- les écologistes soutiennent que chacun devrait pouvoir avoir accès à des choix différents en fin de vie, en toute autonomie et dans le respect des différences ; afin de

441 *Ibid.*, p. 12.
442 *Ibid.*, p. 13.
443 *Cf. supra*, § 2.3.1.4.
444 *Compte rendu intégral du lundi 5 octobre 2015*, AN, XIV Législature, 2015-2016, J.O. Année 2015 – N° 103 A.N. (C.R.), p. 7730-2.
445 *Cf. supra*, § 2.3.3.
446 *Ibid.*, p. 7731, 7733.

faire progresser le texte, ils proposent un amendement de compromis visant à autoriser le suicide assisté et non pas l'euthanasie[447] ;

- Olivier Falorni (RRDP) insiste avec un amendement introduisant l'aide active à mourir, se basant sur la liberté de choisir que chaque personne devrait avoir. De surcroît il semble répondre idéalement à l'affirmation de Michel Amiel pendant le débat au Sénat[448] : « Si faim et soif devaient être ressenties, nous nous opposons à la sédation profonde proposée, qui ne permet pas au patient de partir conscient avec ses proches qui l'entourent, dans la dignité »[449]. Le même député assimile le combat pour le droit de mourir à celui pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG) mené, quatre décennies plus tôt, par Simone Veil : « le droit de disposer de sa mort est le prolongement du droit de disposer de son corps »[450] ;
- le FN considère que la sédation terminale est une euthanasie déguisée[451] ;
- le député PS Jean-Louis Touraine propose également un amendement de compromis (du moins dans ses intentions), proposant une aide active pour mourir mais sans évoquer ni le suicide assisté ni l'euthanasie[452].

En plénière, 384 amendements sont déposés. De ceux-ci, seulement 7 sont adoptés, qui introduisent des changements mineurs dans le texte des articles 8 et 9 : il s'agit surtout de corriger des phrases redondantes ou de peaufiner le texte.

Ainsi le vote ne présente pas de surprises : comme en première lecture, les députés

447 *Ibid.*, p. 7737, intervention de Véronique Massonneau.
448 *Cf. supra*, note 418.
449 *Compte rendu intégral du lundi 5 octobre 2015*, AN, précité, p. 7738.
450 *Ibid.*, p. 7739.
451 *Ibid.*, p. 7740.
452 *Ibid.*, p. 7741. Il se réfère ici à son amendement 64, dont le texte est ainsi libellé :
« Compléter cet article par les cinq alinéas suivants : « Art. L. 1110-5-2-1. – Toute personne majeure et capable, en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une douleur physique ou une souffrance psychique insupportable, peut demander, dans les conditions prévues au présent titre, à bénéficier d'une assistance médicalisée active à mourir.
La demande du patient est immédiatement étudiée par un collège de trois médecins afin d'en vérifier le caractère libre, éclairé, réfléchi et explicite et de s'assurer de la réalité de la situation médicale et de l'impasse thérapeutique dans laquelle se trouve l'intéressé.
Si le patient confirme sa volonté de bénéficier d'une assistance médicalisée active à mourir au moins quarante-huit heures après sa demande initiale, alors sa volonté doit être respectée.
Dans un délai maximal de quatre jours après la confirmation de la demande par le patient, l'assistance médicalisée active à mourir est pratiquée, selon la volonté du patient, soit par le patient lui-même en présence du médecin, soit par le médecin. L'intéressé peut à tout moment révoquer sa demande.
L'ensemble de la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical du patient ».

confirment le vote en faveur du texte à la majorité, mais on ignore dans quelle proportion, le scrutin n'étant pas public. Le texte reprend donc sa navette vers le Sénat, pour une deuxième lecture.

2.3.5 La deuxième lecture au Sénat

Le 21 octobre 2015, la Commission des Affaires sociales adopte son rapport[453], lequel rend compte d'un débat très concis (concernant surtout les amendements déposés) et des amendements adoptés. Des 36 amendements déposés, 12 sont adoptés qui concernent dans la plupart des cas les mêmes propositions de modification déjà adoptées par la même Commission lors de la première lecture[454]. On note toutefois un ajout important : l'amendement 31[455] prévoit que « l'hydratation artificielle constitue un soin qui peut être maintenu jusqu'en fin de vie ». Ceci tient compte des préoccupations émanant de différents secteurs de la Haute Chambre, exprimant leurs soucis quant aux conséquences sur le patient d'une suspension de l'hydratation en termes de souffrances et d'inconfort. Par contre, parmi les amendements non adoptés, quatre concernent l'établissement d'une aide active pour mourir : un déposé par des sénateurs socialistes[456] et les trois autres par des sénateurs UDI[457].

Le texte ainsi adopté est transmis à la plénière. Ici, vingt-neuf (29) amendements

---

453 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi adoptée avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par MM. Michel Amiel et Gérard Dériot, 21 octobre 2015, Sénat, n° 103.

454 Le contenu des principaux est le même que nous avons observé *supra* (§ 2.3.3). *Cf.* notamment : Proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (2e lecture), n° 12, Amendement n° COM-5, présenté par MM. Amiel et Dériot, Sénat, Commission des Affaires sociales, 13 octobre 2015 ; *ibid.*, Amendement COM-31, présenté par MM. Amiel et Dériot, Sénat, Commission des Affaires sociales, 20 octobre 2015 ; *ibid.*, Amendement COM-32, présenté par MM. Amiel et Dériot, Sénat, Commission des Affaires sociales, 20 octobre 2015.

455 Ibid., Amendement COM-31, présenté par MM. Amiel et Dériot, Sénat, Commission des affaires sociales, 20 octobre 2015.

456 *Ibid.*, Amendement COM-26, présenté par M. Godefroy et consorts, Sénat, Commission des Affaires sociales, 19 octobre 2015.

457 Ibid., Amendements COM-14, COM-15 et COM-16, présentés par M. Cadic et consorts, Sénat, Commission des Affaires sociales, 16 octobre 2015 ; les deux dernier introduisent les procédures découlant du premier.

sont déposés, dont cinq (5) sont adoptés : ceux-ci concernent notamment des aspects techniques ou administratifs et n'impactent pas les lignes principales du texte tel qu'adopté en Commission. Parmi les amendements non adoptés, on trouve huit (8) amendements visant à introduire une forme d'aide active à mourir : trois déposés par des sénateurs UDI[458], proposant une aide active à mourir ; deux sont déposés par différents sénateurs du groupe socialiste et tendent respectivement à introduire un traitement susceptible d'accélérer la mort[459] et une assistance médicalisée pour mourir[460] ; un autre est déposé par des sénateurs du PRG et d'autres sénateurs non apparentés[461], qui vise à établir une assistance médicalisée à mourir, un déposé par des élus du PCF[462] reconnaissant le droit à une assistance médicalisée à mourir, effectuée par le médecin ou par la personne elle-même et un dernier par des sénateurs écologistes[463] visant aussi une assistance médicalisée active à mourir pratiquée, selon la volonté du patient, soit par le patient lui-même en présence du médecin, soit par le médecin.

Le débat qui a lieu en plénière avant le vote ne présente pas d'éléments nouveaux : on reprend les arguments connus liés à l'équilibre représenté par la proposition[464], à l'étape que celle-ci représente par rapport à des possibles évolutions futures[465], à l'exigence d'atteindre le consensus le plus large possible[466], avec en outre quelques références à la République et à ses valeurs de fraternité[467].

Lors des déclarations relatives au vote, le 29 octobre 2015, le PS affirme voter en

458 Proposition de loi, Nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (2e lecture), n° 104, 103, 106, Amendements n° 1, 2, 3, présentés par M. Cadic et consorts, Sénat, Direction de la séance, 26 octobre 2015.
459 *Ibid.*, Amendement n° 8 présenté par Mme D. Gillot et consorts, Sénat, Direction de la séance, 27 octobre 2015.
460 *Ibid.*, Amendement n° 20, présenté par M. Godefroy et consorts, Sénat, Direction de la séance, 27 octobre 2015.
461 *Ibid.*, Amendement n° 11, présenté par M. Mézard et consorts, Sénat, Direction de la séance, 28 octobre 2015.
462 *Ibid.*, Amendement n° 16, présenté par Mme David et consorts, Sénat, Direction de la séance, 26 octobre 2015.
463 *Ibid.*, Amendement n° 22, présenté par Mme Bouchoux et consorts, Sénat, Direction de la séance, 26 octobre 2015.
464 *Compte rendu intégral, Séance du jeudi 29 octobre 2015, Sénat*, 2015-2016, J.O. Année 2015 – N° 118 S. (C.R.), p. 10167, 10169, 10173-4, 10179.
465 *Ibid.*, p. 10167-8, 10174, 10176, 10178-9.
466 *Ibid.*, p. 10169-70, 10172, 10177, 10179.
467 *Ibid.*, p. 10173.

faveur, de même que l'UDI, le PCF et LR[468]. EELV déclare s'abstenir[469]. Le résultat est donc sans surprise: sur 335 votants, 287 votent en faveur du texte, 10 contre, et 38 s'abstiennent[470].

2.3.6 La proposition de la Commission paritaire

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande du Premier ministre, une Commission mixte paritaire est formée. Elle est chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie[471]. La Commission est composée d'un Président (Alain Milon, Président du Sénat/LR), d'une vice-présidente (Catherine Lemorton, Présidente de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale/PS), de deux rapporteurs (Gérard Dériot, co-rapporteur pour le Sénat/LR et Alain Claeys, co-rapporteur pour l'Assemblée nationale/PS) et de quatorze autres membres titulaires et d'autant de suppléants issus équitablement des deux Chambres[472].

La Commission se réunit au Sénat le mardi 19 janvier 2016 et procède à l'examen du texte et des articles. Alain Milon ouvre le débat : « Dès lors qu'il ne s'agit ni de créer un droit à l'euthanasie, ni de permettre le suicide assisté, et que nous partageons le même objectif, nous devons pouvoir trouver un accord. L'élaboration d'un texte commun est d'autant plus nécessaire que notre pays a été très divisé par les sujets sociétaux ces dernières années et que nous devons être très clairs sur les possibilités ouvertes par ce texte. Certains y voient une étape, d'autres non. Ce débat ne pourra être tranché que lors d'échéances électorales. Nous devons trouver le meilleur équilibre possible entre les droits du malade et les exigences de prise en charge par les équipes médicales »[473].

---

468 *Ibid.*, p. 10223-4.
469 *Ibid.*, p. 10224.
470 *Ibid.*, p. 10224.
471 Rapport fait au nom de la Commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par M. Alain Claeys et M. Gérard Dériot, 19 janvier 2016, AN n° 3402 - Sénat n° 306, p. 3.
472 La composition de la commission est disponible sur le site de l'Assemblée nationale : http://www2.assemblee-nationale.fr/instances/fiche/OMC_PO709882 .
473 Rapport fait au nom de la Commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les

Catherine Lemorton souligne que « le Président de la République souhaite un consensus, presqu'un an après le dépôt de cette proposition de loi. (...) Il serait bon de trouver un accord, plusieurs de nos collègues y œuvraient encore il y a quelques minutes. (...) Je souhaite ardemment un accord qui permette un vote identique de nos assemblées en séance publique »[474].

Alain Claeys affirme qu'« il n'est pas surprenant que, sur un tel sujet, où les objectifs sont les mêmes, les chemins diffèrent. Avec Jean Leonetti, nous avons cherché une convergence, à défaut d'un impossible consensus, avec un double souci : que les nouveaux droits soient explicites et que la rédaction ne conduise pas à de nouvelles difficultés »[475].

Jean Leonetti ajoute que « peu de choses nous séparent sur les objectifs ; nous devons trouver un texte levant toute ambigüité – il en restait à l'Assemblée nationale – et ne confondant pas les objectifs avec le suicide assisté ou l'euthanasie, qui n'ont jamais été souhaités par les auteurs de la proposition de loi ni présents dans la commande du Président de la République ou du Premier ministre »[476].

Selon Michel Amiel (PS), « la notion de mort imminente est importante : cette loi est faite pour ceux qui vont mourir et non pour ceux qui veulent mourir. Ce n'est ni une loi sur l'euthanasie, ni une loi sur le suicide assisté. Elle s'ajoute aux efforts devant être faits pour les soins palliatifs, insuffisamment développés dans notre pays. Nous ne serons jamais pleinement d'accord mais nous pouvons aboutir à une convergence sur une loi sociétale qui, touchant à la vie et à la mort, dépasse les sensibilités politiques. Au-delà de sa dimension humaniste, il faut sécuriser le dispositif juridique pour éviter des difficultés comme celles qui ont défrayé la chronique »[477].

---

dispositions restant en discussion de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précité, p. 4.

474 *Ibid.*, p. 4.

475 *Ibid.*, p. 5.

476 *Ibid.*, p. 5.

477 *Ibid.*, p. 6.

Suite à l'examen et au vote des amendements, les articles sont adoptés l'un après l'autre. Le texte qui en résulte[478] est un compromis entre la position de l'Assemblée et celle du Sénat et introduit différents amendements adoptés en deuxième lecture au Sénat, notamment concernant la non automaticité du refus de l'acharnement thérapeutique, la condition additionnelle d'une « souffrance insupportable » pour l'application de la sédation lorsqu'elle dérive de la décision du patient d'arrêter un traitement, ainsi que des éléments plutôt techniques. La question de l'hydratation est résolue en la considérant comme un traitement qui peut donc (de même que tout autre traitement) être maintenu ou suspendu. Pour les autres éléments, le texte reste semblable à celui adopté en première et deuxième lecture à l'Assemblée nationale.

Le texte ainsi approuvé est soumis aux deux Chambres.

2.3.7 La troisième lecture à l'Assemblée nationale

Le 27 janvier 2016, le rapport de la Commission mixte paritaire est débattu à l'Assemblée et le texte proposé est ensuite soumis au vote.

Alain Claeys, rapporteur de la Commission mixte, souligne que le texte discuté n'est pas « le fruit d'un compromis entre deux parlementaires de sensibilités différentes » mais « au contraire le fruit du dépassement de nous-mêmes auquel Jean Leonetti et moi avons dû parvenir »[479]. Il insiste ensuite sur l'idée de la convergence : « nous avons voulu converger, Jean Leonetti et moi-même, non pour arriver à un texte qui permettrait de réunir majorité et opposition, mais pour répondre à nos concitoyens, qui nous interpellaient depuis de nombreuses années »[480].

---

478 Proposition de loi créant de nouveaux droits pour les personnes malades les en fin de vie, texte élaboré par la Commission mixte paritaire, 19 janvier 2016, AN n° 3402 - Sénat n° 307.

479 *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016,* AN, XIV Législature, 2015-2016, J.O. Année 2016 – N° 9 A.N. (C.R.), p. 653.

480 *Ibid.,* p. 654.

Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales/PS, affirme d'emblée que l'engagement du Président de la République est tenu : « Sans doute y avait-il d'autres manières de le concrétiser – c'est ce qui a fait l'enjeu de nos débats –, mais nul ne peut dire que cet engagement ne trouve pas un aboutissement »[481]. Puis elle revient sur l'idée du rassemblement et sur les valeurs républicaines : « Après deux lectures, les parlementaires réunis en commission mixte paritaire ont adopté le 19 janvier, à l'unanimité, un texte qui peut rassembler très largement. Rassembler, c'est donner de la force à cette avancée historique. Rassembler, c'est montrer que nous sommes en mouvement, à l'écoute d'une société elle-même en évolution, attentifs à chaque personne jusqu'à la fin de sa vie. Rassembler, c'est aussi, par-delà les frontières partisanes, décliner les valeurs de la République : la liberté – pouvoir choisir –, l'égalité – l'accès de tous les Français à ce droit nouveau –, la fraternité – qui nous permet à la fois humanité, bienveillance et respect à l'égard des malades »[482].

Jean Leonetti décline l'idée d'équilibre, propre aux valeurs républicaines : « Ce texte est donc bien un texte d'équilibre, équilibre entre l'autonomie – en termes républicains nous dirions la liberté – et la vulnérabilité – nous dirions la fraternité. Cet équilibre entre la fraternité et la liberté est au cœur du texte : donner une autonomie totale au malade reviendrait en effet à abandonner un peu facilement les plus vulnérables, mais tenir compte de la vulnérabilité sans accorder aucune autonomie serait aussi une atteinte à la dignité de la personne »[483].

Marc Dolez (Front de Gauche) trouve que « le texte que nous examinons cet après-midi constitue un point d'équilibre et une avancée majeure. S'il ne prétend pas embrasser la totalité des situations, il réhabilite la parole des patients, qu'il érige en décideurs, tout en réaffirmant le refus de l'euthanasie ou du suicide assisté. Ce faisant, il préserve de la responsabilité de donner la mort non seulement la société, mais aussi les soi-

481 *Ibid.*, p. 655.
482 *Ibid.*, p. 655.
483 *Ibid.*, p. 656.

gnants, et sauvegarde ainsi la relation de confiance que ceux-ci nouent avec leurs patients »[484].

Pour Michèle Delaunay (PS), ce texte « est une de ces rares propositions de loi qui dépassent les clivages partisans au service d'avancées incontestables. Le Président de la République souhaitait un large consensus ; nous y sommes parvenus avec les sénateurs la semaine dernière en commission mixte paritaire »[485].

Isabelle Le Callenec (LR) se félicite du fait que le texte « écarte le risque de suicide assisté et ferme donc la porte à l'euthanasie »[486]. Sur la même longueur d'onde, Arnaud Richard (UDI) rappelle que « tout au long de l'examen de la proposition de loi, les membres de notre groupe ont rappelé leur opposition à la légalisation de l'euthanasie ou du suicide médicalement assisté qui reviendrait à accorder à la société un droit sur l'existence de chacun outrepassant largement le respect de la dignité de la personne, pourtant souhaité par tous »[487].

Véronique Massonneau (EELV) met l'accent sur les inégalités que la nouvelle loi n'arrêtera pas : « Mes pensées vont d'abord à nos concitoyens dont les départs en Belgique ou en Suisse pour mourir selon leur propre volonté continueront, avec toutes les injustices et les inégalités que cela représente. Ceux qui ont suffisamment d'argent pour engager une telle démarche verront leur choix respecté ; les autres n'auront qu'un choix par défaut, celui de la sédation profonde proposé par le texte de nos collègues MM. Leonetti et Claeys »[488]. Elle s'en prend ensuite au revirement de position du groupe socialiste : « Mais pourquoi verrouiller ainsi le débat, alors que la majorité des députés de gauche s'est prononcée en faveur du choix de l'assistance médicalisée active à mourir ? (...) C'est bien le groupe SRC qui s'est divisé sur cette question, tout en exprimant une majorité de votes favorables. Le groupe SRC avait pourtant très largement défendu cette

484 *Ibid.,* p. 657.
485 *Ibid.,* p. 657.
486 *Ibid.,* p. 658.
487 *Ibid.,* p. 659.
488 *Ibid.,* p. 659.

liberté de choix en 2009, en votant la proposition de loi de Manuel Valls. Quel revirement ! »[489].

Olivier Falorni (RRDP) classifie le texte de « terrible rendez-vous manqué »[490]. Il considère qu'on a « trop caricaturé, dans ce débat, l'aide active à mourir, en utilisant de manière dévoyée le terme d''euthanasie' »[491]. Et il polémique avec le Premier ministre Valls pour son revirement politique en la matière.

Jean-Louis Touraine (PS) cite les mots de Véronique Fournier, Présidente du centre national des soins palliatifs : « La première loi Leonetti, celle votée en 2005, nous a enfermés dans une impasse. D'un côté, elle interdit l'euthanasie, c'est-à-dire d'avoir l'intention de faire mourir, et de l'autre, elle dit que l'on peut arrêter toute alimentation et hydratation. N'est-ce pas terriblement hypocrite ? Il ne faudrait donc pas voir dans l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation l'intention de donner la mort ! À mon sens, quand on pratique un arrêt total, on fait une euthanasie, qu'on le dise ou pas. Or la loi interdit l'euthanasie. C'est là l'impasse. Et la nouvelle loi continue de l'interdire. Elle ne fait qu'ajouter la possibilité d'une sédation terminale. Mais heureusement que l'on fait une sédation quand on décide d'un arrêt total d'alimentation et d'hydratation ! C'est la moindre des choses ! C'est vrai qu'avant, ce n'était pas obligatoire. Cela donnait des situations infernales d'agonies qui s'éternisent, des situations dénoncées depuis longtemps (...). Avec la nouvelle loi, on n'accepte toujours pas ouvertement l'idée que, lorsque l'on recourt à ces pratiques, l'intention est de faire venir la mort. L'ambiguïté reste entière »[492].

Une fois la discussion terminée, le Président met le texte au vote. L'ensemble de la proposition de loi est ainsi adopté[493]. La ministre Marisol Touraine « salue l'esprit de rassemblement qui a prévalu »[494].

489 *Ibid.*, p. 660.
490 *Ibid.*, p. 660.
491 *Ibid.*, p. 661.
492 *Ibid.*, p. 663-4.
493 *Ibid.*, p. 664.
494 *Ibid.*, p. 665.

2.3.8 La troisième lecture et l'adoption au Sénat

Le soir même de l'adoption à l'Assemblée, le 27 janvier 2016, le texte passe au Sénat pour discussion et vote.

Les arguments utilisés par les différents orateurs ressemblent énormément à ceux qui ont été utilisés à l'Assemblée, voire sont carrément identiques lorsque c'est le même orateur qui parle (c'est le cas de la ministre des Affaires Sociales, par exemple). Rien de neuf sous le ciel du Sénat, si ce n'est pour :

- des rappels constants des éléments apportés au texte par le Sénat, dans une sorte d'autocélébration du rôle joué par la Haute Chambre ;
- l'explication par un orateur (Alain Fouché, LR) de la raison pour laquelle le terme « euthanasie » n'est pas utilisé volontiers : « compte tenu de ce qu'il a pu recouvrir pendant la guerre – en clair, des assassinats »[495]. L'intervention est intéressante, au sens où c'est la première fois qu'un orateur suggère une explication sur cette réticence, perceptible tout au long des débats depuis des années, à utiliser le terme euthanasie.

À la fin des débats, l'ensemble de la proposition est mise aux voix et elle est adoptée sous les applaudissements[496].

2.3.9 L'analyse du débat parlementaire

Nous avons précédemment passé en revue les principaux thèmes abordés pendant les différentes phases du débat parlementaire, à l'Assemblée nationale et au Sénat. Si nous prenons maintenant une vue globale, nous pouvons avoir une image plus complète des idées et des arguments exprimés par les élus pendant la procédure législative dans son ensemble.

---

495 *Compte rendu intégral, Séance du mercredi 27 janvier 2016, Sénat,* 2015-2016, J.O. Année 2016 – N° 9 S. (C.R.), p. 1646.

496 *Ibid.,* p. 1646.

Une remarque liminaire concerne la qualité du débat. Le lecteur sera peut-être surpris de constater que les valeurs et principes philosophiques trouvent une place très limitée dans le débat parlementaire, que ce soit à l'Assemblée nationale ou – encore plus – au Sénat. Si on entend mentionner ici et là des valeurs comme – entre autres – la liberté individuelle (très souvent sous forme de « liberté de choisir ») ou comme la dignité personnelle, rarement ces mentions assument l'envergure d'un débat sur les grands principes philosophiques. Le débat sur les valeurs – très faible – ne constitue donc pas le socle de la véritable discussion qui a lieu parmi les élus quant aux choix législatifs à faire. Parfois, il intervient comme argument ultime au moment de l'appel au vote, dernière couche de peinture sur un cadre déjà bien esquissé : un argument rhétorique et rien de plus.

Le cœur du débat parlementaire parait en effet dominé par des questions stratégiques, notamment concernant la meilleure façon de parvenir à l'adoption de la loi (a). C'est dans cette perspective que semble se développer aussi le débat sur la vision de la société qu'on entend promouvoir dans le texte (b). Les arguments les plus substantiels sont davantage utilisés par les deux camps qui (pour des raisons opposées) ne sont pas satisfaits par la loi proposée : que ce soit parce qu'ils auraient souhaité aller plus loin (c) ou – au contraire – parce qu'ils considèrent que cette loi est déjà en tant que telle un risque pour la société (d). On soulignera encore l'importance du langage utilisé au cœur des débats (e), ainsi que les quelques références aux autres pays (f).

A. Une loi d'équilibre, fruit du rassemblement

L'argument qui revient le plus fréquemment est sans aucun doute le suivant : le texte proposé « constitue un point d'équilibre »[497], un équilibre « respectant à la fois la diversité des convictions et, surtout, la vie humaine »[498] et « le meilleur équilibre possible entre les droits du malade et les exigences de prise en charge par les équipes médicales »[499]. Les différents orateurs (à une exception près) n'approfondissent pas vraiment

497 *Compte rendu intégral du mardi 10 mars 2015,* AN, précité, p. 2562, intervention de Marisol Touraine ; *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016,* AN, précité, p. 657, intervention de Marc Dolez (FdG).

498 *Ibid.*, p. 2564, intervention d'André Chassaigne.

499 Rapport fait au nom de la Commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les

la nature ou les bienfaits de cet équilibre : plus qu'un argument, c'est une affirmation répétée d'une sorte de valeur en soi. Jean Leonetti, lors de sa dernière intervention avant le vote final à l'Assemblée nationale, précise cependant : « Ce texte est donc bien un texte d'équilibre, équilibre entre l'autonomie – en termes républicains nous dirions la liberté – et la vulnérabilité – nous dirions la fraternité. Cet équilibre entre la fraternité et la liberté est au cœur du texte : donner une autonomie totale au malade reviendrait en effet à abandonner un peu facilement les plus vulnérables, mais tenir compte de la vulnérabilité sans accorder aucune autonomie serait aussi une atteinte à la dignité de la personne »[500]. Il décline ainsi cette équilibre dans les termes des valeurs républicaines, rendant finalement explicites les termes du compromis trouvé. Et comme c'est un équilibre « fragile »[501] qu'on ne souhaite pas rompre[502], la défense de cette « solution la plus équilibrée »[503] est affirmée maintes fois[504] par plusieurs orateurs.

Si les texte est un texte d'équilibre, il s'agit alors aussi d'« un texte qui peut rassembler très largement »[505]. C'est notamment au Gouvernement d'insister à plusieurs reprises sur cette idée de « rassemblement ». Ainsi, Marisol Touraine précise au début et à la fin de la procédure parlementaire la portée de cette idée : « le Premier ministre vous a confié une mission, messieurs les co-rapporteurs. Il s'agissait de (...) proposer des évolutions de la loi dans un esprit de rassemblement. Le rassemblement, notre société en a besoin sur un tel sujet (...). Sur un sujet aussi difficile, il s'agit de trouver la sérénité (...) et de permettre d'emprunter un chemin partagé »[506]. Puis elle anticipe les propos de Jean Leonetti dans le *crescendo* de son intervention finale : « Rassembler, c'est donner de la force à cette avancée historique. Rassembler, c'est montrer que nous sommes en mouvement, à l'écoute d'une société elle-même en évolution, attentifs à chaque personne

dispositions restant en discussion de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précité, p. 4.

500 *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016,* AN, précité, p. 656.

501 Rapport fait au nom de la Commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précité, p. 2572, intervention de Bernard Accoyer.

502 *Ibid.,* p. 2567, intervention d'Isabelle Le Callennec.

503 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015,* AN, précité, p. 2831.

504 *Cf.* entre autres *Compte rendu intégral du lundi 5 octobre 2015,* AN, précité, p. 7730-2.

505 *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016,* AN, précité, p. 655.

506 *Compte rendu intégral du mardi 10 mars 2015,* AN, précité, p. 2561.

jusqu'à la fin de sa vie. Rassembler, c'est aussi, par-delà les frontières partisanes, décliner les valeurs de la République : la liberté – pouvoir choisir –, l'égalité – l'accès de tous les Français à ce droit nouveau –, la fraternité – qui nous permet à la fois humanité, bienveillance et respect à l'égard des malades »[507].

C'est aussi un « texte de consensus »[508], qui « respecte les convictions de chacun »[509], car il représente « un dépassement respectueux de tous, (...) une manière de se retrouver et non pas de se combattre sur un sujet qui mérite mieux que cela »[510]. C'est encore à Michèle Delaunay, à la fin du débat, de constater que ce texte « est une de ces rares propositions de loi qui dépassent les clivages partisans au service d'avancées incontestables. Le Président de la République souhaitait un large consensus ; nous y sommes parvenus »[511].

Ce n'est que vers la fin de la procédure que l'idée d'une « convergence » fait son chemin, affirmée par les deux co-rapporteurs à tour de rôle : « nous avons cherché une convergence, à défaut d'un impossible consensus »[512] ; « nous avons voulu converger, (...) non pour arriver à un texte qui permettrait de réunir majorité et opposition, mais pour répondre à nos concitoyens, qui nous interpellaient depuis de nombreuses années »[513].

Équilibre, rassemblement, consensus, convergence : la direction du processus est tracée clairement et sans équivoques.

B. La vision de la société et du rôle de l'État

Nous venons de le voir : la « République » et les valeurs républicaines de liberté,

---

507 *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016,* AN, précité, p. 655.

508 *Compte rendu intégral du mardi 10 mars 2015*, AN, précité, p. 2560, intervention de Jean Leonetti.

509 *Ibid.*, p. 2560.

510 *Ibid.*, p. 2565, intervention de Michèle Delaunay (PS).

511 *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016,* AN, précité, p. 657.

512 Rapport fait au nom de la Commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précité, p. 5.

513 *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016,* AN, précité, p. 654.

égalité et fraternité sont présentes dans le débat. C'est un cadre à l'intérieur duquel se déploie le législateur, qui a « une lourde responsabilité, (...) l'obligation de dépasser nos sentiments personnels, de légiférer non pas pour nous-mêmes en fonction de nos convictions, non pas pour répondre à quelques situations exceptionnelles, mais pour la société tout entière »[514]. Se dessine ici le souhait de faire appel à une volonté générale dont on veut se faire l'interprète.

Ainsi, le législateur souhaite-t-il « préserve[r] la société de la responsabilité de donner la mort »[515], « concilier (...) liberté individuelle et exigences sociétales »[516], « faire progresser les droits sans violenter les consciences de manière excessive »[517].

La prudence reste de mise, tout comme la volonté de ne pas porter atteinte au lien social et une certaine peur de choquer l'opinion publique. On aperçoit clairement une approche communautarienne se déployer, qui met l'accent sur les exigences de la communauté et de la société plutôt que sur celles des individus qui la composent.

C. La volonté de franchir une nouvelle étape

Le camp qui aurait souhaité aller plus loin avec la nouvelle loi (soit la possibilité de recevoir une aide active à mourir, sous forme d'euthanasie ou de suicide assisté) met davantage en avant l'idée de liberté : « Chacun doit être libre de disposer de son corps et donc de choisir le moment et la manière de finir sa vie »[518]. On joue même avec les mots

514 *Compte rendu intégral du mardi 10 mars 2015*, AN, précité, p. 2564, intervention d'André Chassaigne.

515 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015*, AN, précité, p. 2831, intervention de Jacqueline Fraysse (PCF) ; *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016*, AN, précité, p. 657, intervention de Marc Dolez (FdG).

516 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015*, AN, précité, p. 2831, intervention de Jacqueline Fraysse.

517 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale et rejetée par le Sénat, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, précité, p. 8, intervention de Michèle Delaunay.

518 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale et rejetée par le Sénat, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, précité, p. 10, intervention de Véronique Massonneau.

du dispositif de la nouvelle loi, qui prévoit une sédation : « On n'endort pas la liberté de choisir sa fin de vie »[519]. Et on critique le dispositif proposé car il « tente d'apporter uniformément une même réponse à des choix différents »[520]. Enfin, le combat pour le droit de mourir est assimilé à celui pour l'IVG : « le droit de disposer de sa mort est le prolongement du droit de disposer de son corps »[521].

Or, face à ces demandes qui n'aboutissent pas, surgit l'idée que celle en examen n'est qu'une étape d'un plus long chemin. Cet idée est parfois portée comme encouragement pour continuer la bataille ou alors comme justification du fait d'avoir accepté un compromis non suffisamment ambitieux : « C'est sans aucun doute une étape »[522], « nous estimons qu'une nouvelle étape est aujourd'hui nécessaire »[523]. Ou alors la même idée devient un gage pour le futur : « Si une majorité se dégage dans notre Assemblée pour aller plus loin, faisons-le, car cela correspond au sentiment d'une très large majorité de nos concitoyens. Sinon (…) cette loi ne sera qu'une étape, qui appellera à son tour une autre loi »[524].

Ainsi, qu'on l'utilise pour justifier le compromis ou pour regarder vers un horizon futur, le concept d'« étape » devient un des plus récurrents dans le débat[525].

D. Les résistances

Ceux qui s'opposent à cette loi, la considèrent comme un trop grand risque pour la société et argumentent qu'il n'y a pas besoin d'une nouvelle loi[526] : « une loi est-elle

---

519 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015,* AN, précité, p. 2835.

520 *Ibid.*, p. 2834, intervention de Véronique Massonneau.

521 *Compte rendu intégral du lundi 5 octobre 2015*, AN, XIV Législature, 2015-2016, J.O. Année 2015 – N° 103 A.N. (C.R.), p. 7739, intervention d'Olivier Falorni.

522 *Compte rendu intégral du mardi 10 mars 2015,* AN, précité, p. 2541, intervention de Manuel Valls.

523 *Ibid.*, p. 2562, intervention de Marisol Touraine.

524 *Ibid.*, p. 2573, intervention de François de Rugy.

525 En plus des interventions qu'on vient de citer, *cf*. entre autres : *Compte rendu intégral, Séance du jeudi 29 octobre 2015, Sénat*, précité, p. 10167-8, 10174, 10176, 10178-9 ; Rapport fait au nom de la Commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précité, p. 4.

526 Nous avons déjà vu ces arguments *supra*, § 2.3.3. Rapport fait au nom de la Commission des

nécessaire ? »[527], ou alors « est-il vraiment nécessaire de légiférer à nouveau sur la fin de vie ? Je n'en suis pas persuadé »[528], et enfin « la loi ne peut pas apporter de réponses à toutes les questions »[529].

Si on entre davantage dans le fond du débat, les arguments contre la loi se fondent notamment sur le fait qu'elle ouvrirait la porte à des « euthanasies déguisées » (« Qui peut résister à trois semaines de sédation profonde associée à des analgésiques et à la privation d'hydratation et de nutrition ? On pratique l'euthanasie par périphrase. (…) La terminologie va dans le sens d'une euthanasie plus ou moins déguisée »[530]) ou alors qu'on doit préserver « l'interdit de tuer qui doit rester absolu » (« nous partageons pleinement la philosophie de la loi de 2005 et de la proposition de loi dont nous allons discuter : le refus de l'acharnement thérapeutique, de l'abandon et de la souffrance, allié à la préservation d'un interdit de tuer qui doit rester absolu »[531]).

E. Les mots pour le dire

Le langage utilisé est, encore une fois, d'une grande importance. La première remarque que nous souhaitons formuler est que, contrairement à la Belgique, le terme « euthanasie » est fort peu utilisé. On lui préfère des termes ou des formules telles que « aide active à mourir », quitte à rester parfois dans l'ambiguïté concernant les modalités de cette aide qui peuvent potentiellement recouvrir l'euthanasie et le suicide assisté.

Ainsi, un élu considère qu'on a « trop caricaturé, dans ce débat, l'aide active à mourir, en utilisant de manière dévoyée le terme d'"euthanasie' »[532]. « Euthanasie » ne

Affaires sociales sur la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par MM. Michel Amiel et Gérard Dériot, précité, p. 53, 57-8, 61-2.

527 *Ibid.*, p. 53.

528 *Ibid.*, p. 57.

529 *Ibid.*, p. 61.

530 *Ibid.*, p. 57, intervention de Gilbert Barbier.

531 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale et rejetée par le Sénat, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, précité, p. 9, intervention de Jean-Pierre Door.

532 *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016,* AN, précité, p. 661.

serait donc pas un terme technique ou médical mais un terme « dévoyé », contraire à la morale. Un seul orateur rend explicites les raisons de cette hostilité : « Dans ce texte, il n'était pas du tout question de 'suicide assisté', et encore moins d''euthanasie', terme que je n'aime pas compte tenu de ce qu'il a pu recouvrir pendant la guerre – en clair, des assassinats »[533]. Voilà donc ce qui empêcherait l'utilisation du terme médicalement correct : le souvenir d'une histoire douloureuse, qui demeure comme un épouvantail et qui ne permet pas le déroulement d'un débat serein.

F. Les références aux autres pays

Le Benelux et la Suisse sont cités maintes fois dans le débat. D'un côté, c'est le cas des élus favorables à une aide active à mourir, qui considèrent que l'interdiction de cette pratique dans la législation française provoque une inégalité entre les citoyens pour des raisons économiques : il y a ceux qui ont les moyens d'aller chercher cette aide active à l'étranger et ceux qui ne les ont pas[534]. Dans le même camp, les exemples étrangers sont aussi cités pour montrer que, plusieurs années après la dépénalisation/décriminalisation, tout se passe pour le mieux et sans dérapages : « Les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, la Suisse, le Québec, pour ne citer que ces exemples, sont-ils des pays où l'être humain n'est pas respecté ? Je ne le pense pas »[535].

Dans ce contexte les interventions de Philippe Cordery, élu comme représentant des électeurs français résidant à l'étranger et notamment dans la circonscription du Benelux sont intéressantes : « Plusieurs États ont déjà mis en place un dispositif comparable à celui que nous proposons. Je suis élu dans une circonscription, le Benelux, où ce débat a été tranché il y a bien longtemps. La Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg ont mis en place une aide active à mourir depuis plus de dix ans. Ces lois n'ont jamais été remises en cause, témoignant de l'adhésion de la population. Ces expériences doivent nous inspirer et nous rassurer. En outre, vous le savez tous, l'euthanasie se pratique aujourd'hui, en

---

533 *Compte rendu intégral, Séance du mercredi 27 janvier 2016, Sénat*, précité, p. 1646.

534 *Cf.* entre autres les interventions de Véronique Massonneau, notamment en première et troisième lecture à l'Assemblée nationale.

535 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015*, AN, précité, p. 2834, intervention de Jeanine Dubié.

France comme à l'étranger. Mais encore faut-il avoir la possibilité de trouver un médecin ou un proche qui accepte de pratiquer l'acte, aujourd'hui illégal sur notre territoire ; ou bien avoir les connaissances et les moyens de partir s'installer en Belgique ou au Luxembourg pour préparer sa fin de vie, ces pays n'acceptant pas l'euthanasie pour les personnes qui n'ont pas suivi un cheminement avec le médecin ; ou encore d'avoir les moyens de partir en Suisse pour un suicide assisté, dont le coût total revient à près de 10 000 euros »[536].

Par contre, du côté des élus contraires à une légalisation de l'aide active à mourir, les pays qui autorisent euthanasie ou suicide assisté sont parfois cités comme des exemples à ne pas suivre, en faisant, par exemple, référence à des « dérives » non mieux précisées[537].

2.3.10 Réflexions sur les dynamiques politiques sous-jacentes

Avant et pendant la procédure législative, on peut apercevoir clairement un fil rouge qui se déploie et qui conduit à l'adoption de la loi. Ce fil rouge est fait de dynamiques bien réfléchies et menées à terme avec patience et constance. Rien n'est laissé au hasard et les résultats – par conséquent – sont là. Voyons dans le détail les stratégies et les facteurs principaux ayant mené à l'adoption de la loi.

A. La recherche du rassemblement et du plus large consensus possible

Faisons un pas en arrière, jusqu'aux élections de 2012. Le parti socialiste obtient la majorité absolue des sièges à l'Assemblée nationale[538] et la majorité gouvernementale jouit d'un soutien assez ample dans l'Assemblée[539]. Cela n'avait pas été le cas lors des

536 *Compte rendu intégral du mardi 10 mars 2015*, AN, précité, p. 2588.
537 *Ibid.*, p. 2582, intervention de Bernard Perrut.
538 289 sièges sur 577, soit 50,09 %.
539 PS, EELV, PRG (composant la majorité gouvernementale) et autres « divers gauche » obtiennent 331 élus sur 557, soit 57,37 % des sièges.

élections de 2007, ce qui explique la débâcle de la proposition de loi de Jean-Marc Ayrault[540]. Le Sénat, quant à lui, demeure avec une majorité de centre-droit, mais il ne faut pas oublier que dans la balance des pouvoirs constitutionnels français, l'Assemblée a une longueur d'avance par rapport au Sénat[541] : en cas de désaccord insoluble, l'Assemblée garde le dernier mot.

Malgré cette donnée de départ, dès le début, la stratégie de la majorité au pouvoir est celle du rassemblement. D'ailleurs ceci est vrai même avant le début du processus législatif, c'est-à-dire pendant la campagne électorale : comme nous l'avons vu[542], l'engagement de campagne du (futur) Président Hollande parle « d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité ». La formule est suffisamment ambiguë pour laisser à chacun le soin de l'interpréter car on n'y parle pas explicitement d'aide active à mourir ni d'euthanasie ou de suicide assisté. Après les élections, viennent la convocation d'une commission de réflexion sur la fin de vie présidée par le Prof. Sicard[543], l'avis du CCNE du 13 juin 2013[544], l'organisation de la Conférence de citoyens – come recommandé par le même avis du CCNE[545] – et le rapport du CCNE du 21 octobre 2014 sur le débat public concernant la fin de vie[546]. Toutes ces étapes conduisent finalement le Premier ministre Manuel Valls à charger Alain Claeys (PS) et Jean Leonetti (UMP) de l'élaboration d'une proposition de loi[547] : remarquons encore une fois[548], qu'en décembre 2012, le Président Hollande avait anticipé l'intention de présenter un projet de loi par le Gouvernement, alors qu'il opte par la suite pour une proposition de loi issue du Parlement[549].

---

540 *Cf. supra*, § 2.3.1.4.

541 Selon le 4e alinéa de l'article 45 de la Constitution française, « si la commission mixte ne parvient pas à l'adoption d'un texte commun ou si ce texte n'est pas adopté dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, le Gouvernement peut, après une nouvelle lecture par l'Assemblée nationale et par le Sénat, demander à l'Assemblée nationale de statuer définitivement. En ce cas, l'Assemblée nationale peut reprendre soit le texte élaboré par la commission mixte, soit le dernier texte voté par elle, modifié le cas échéant par un ou plusieurs des amendements adoptés par le Sénat ».

542 *Cf. supra*, § 2.3.1.5.1.

543 *Ibid.*

544 *Cf. supra*, § 2.3.1.6.

545 *Ibid.*

546 *Ibid.*

547 *Cf. supra*, § 2.3.

548 *Cf. supra*, § 2.3.

549 C'est ce que remarque aussi E. Hirsch, dans « Une citoyenneté totale, y compris jusqu'au dernier instant de sa vie », *op. cit.*, p. 95.

Le fait de donner mandat pour l'élaboration de la proposition de loi, non pas à un élu de la majorité gouvernementale mais à deux élus issus respectivement des rangs de la majorité et de l'opposition, traduit la manifestation claire de cette volonté de rassemblement. De surcroit, le député issu de l'opposition est aussi l'auteur de la dernière loi adoptée sur la fin de vie. Le signal politique est sans équivoque : l'évolution ne pourra être que dans la continuité ou alors dans le consensus.

On peut toutefois se demander légitimement les raisons de ce choix. Pourquoi ne pas prendre le chemin (plus rapide) de l'affrontement parlementaire, pour permettre à la majorité gouvernementale d'approuver une proposition de loi autorisant une forme d'aide active à mourir ? Or, malgré le fait que cette volonté de rassemblement soit réaffirmée à maintes reprises pendant le débat public, aucun des orateurs n'en explique les raisons sous-jacentes.

Nous pouvons repérer des raisons de caractère stratégique et de caractère symbolique. Ainsi, une des raisons du choix d'une procédure transpartisane pourrait avoir été la peur de désistements et de désaccords internes à la majorité : sur les thèmes bioéthiques, les clivages ne sont pas toujours complétement reflétés dans la division classique en France entre gauche et droite. La majorité gouvernementale jouissait à cette époque d'une bonne marge de manœuvre, mais pas d'une majorité écrasante au point de dissiper toute crainte. La députée écologiste Véronique Massonneau semble se référer à un vote interne au groupe socialiste qui aurait montré un manque de consensus[550]. Le parti socialiste, colonne de la majorité gouvernementale, aurait donc eu peur à la fois de ne pas ressembler une majorité et de créer une division à l'intérieur du parti.

Mais la raison principale réside, à nos yeux, dans le précédent du « mariage pour tous », car la loi a fait l'objet de débats importants et a connu une opposition forte. L'ouverture du mariage aux couples de personnes de même sexe est effectuée en France par la loi no 2013-404 du 17 mai 2013. Le projet de loi (d'initiative gouvernementale dans ce

[550] *Cf. supra*, § 2.3.7.

cas) a été déposé le 7 novembre 2012 (peu après le début du mandat présidentiel et législatif) et a été définitivement adopté le 23 avril 2013. Or, des manifestations dans les rues ont accompagné toutes les phases du processus parlementaire. Selon certains articles de presse, bien que six autres pays européens aient ouvert le mariage et l'adoption aux couples de même sexe avant la France, dans aucun autre pays le débat n'a été aussi virulent qu'en France[551].

Cependant, la véracité de cette dernière raison n'émerge pas du débat parlementaire si ce n'est au travers de deux références implicites : d'abord celle – à vrai dire très vague – de Bernard Accoyer (UMP) qui remercie Jean Leonetti et Alain Claeys pour leur travail commun « puisqu'il aboutit à une proposition dépassant les clivages partisans qui, sinon, sur un tel sujet, n'auraient pas manqué de diviser à nouveau notre cher pays, qui n'en a pas besoin »[552]. Ensuite, de manière un peu plus explicite, celle d'Alain Milon : « L'élaboration d'un texte commun est d'autant plus nécessaire que notre pays a été très divisé par les sujets sociétaux ces dernières années et que nous devons être très clairs sur les possibilités ouvertes par ce texte »[553].

Quoi qu'il en soit, la stratégie du rassemblement continue jusqu'à l'adoption de la loi, notamment en impliquant sans cesse le Sénat (où l'opposition au gouvernement a la majorité des sièges) et en ne cédant jamais à la tentation de mettre de côté la Haute Chambre, même lorsque celle-ci rejette la proposition de loi et adopte une attitude destructive.

Dans un tel cadre et si celle-ci est la trajectoire tracée par le Gouvernement, il apparait clair que la solution proposée ne pouvait certainement pas créer la division ou être soutenue par une majorité de justesse. Le contenu de la proposition présentée par Leonetti et Claeys reflète la stratégie choisie. Un texte différent, permettant à chacun de

---

551 *Cf.* notamment J. Duportail, « Mariage homosexuel : moins de remous à l'étranger », *Le Figaro*, 1er février 2013, *in* http://www.lefigaro.fr/international/2013/02/01/01003-20130201ARTFIG00451-mariage-homosexuel-moins-de-remous-a-l-etranger.php .

552 *Compte rendu intégral du mardi 10 mars 2015*, AN, précité, p. 2572.

553 Rapport fait au nom de la Commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précité, p. 4.

choisir le temps et les modalités de sa mort, aurait causé la division à l'intérieur de l'hémicycle et peut-être aussi à l'intérieur de la majorité gouvernementale.

B. Un facteur du succès : un langage et une terminologie ambigus

Nous l'avons vu, pendant l'examen des différentes procédures parlementaires et notamment pendant la dernière : le langage utilisé est d'une importance capitale.

Tout d'abord, le terme « euthanasie » n'a aucun charme pour les élus français : c'est un terme « dévoyé »[554] et dénué de tout sens moral, qui rappelle les crimes du passé[555] (notamment pendant le nazisme). Pour cette raison, les partisans de l'euthanasie ou du suicide assisté lui préfèrent des termes ou des formules vagues comme « aide active à mourir », qui charrient pourtant des grosses ambiguïtés : souvent les propositions de loi n'indiquent pas de manière explicite les modalités de l'aide à mourir, ce qui pourrait même causer des problèmes d'interprétation juridique en cas d'approbation.

Lors de la procédure législative menant à l'adoption de la loi de 2016, le choix est fait d'utiliser une terminologie bien plus retenue (en harmonie avec les contenus moins forts qu'elle exprime) : « une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité »[556], « dormir pour ne pas souffrir, avant de mourir »[557], « un droit à la sédation profonde et continue »[558]. Ce vocabulaire se veut tous sauf traumatisant, on y perçoit des tonalités rassurantes (l'idée de pouvoir « dormir », l'absence de souffrance, la dignité protégée). Nous sommes convaincus que ce choix a contribué à l'adoption de la loi et a évité des divisions.

C. Une évolution cohérente avec la vision française de la société (et de la mort)

554 *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016,* AN, précité, p. 661.
555 *Compte rendu intégral, Séance du mercredi 27 janvier 2016, Sénat*, précité, p. 1646.
556 Engagement de campagne de François Hollande, *cf. supra,* § 2.3.1.5.1.
557 *Compte rendu intégral du mardi 10 mars 2015,* AN, précité, p. 2560, intervention de Jean Leonetti.
558 A. Claeys et J. Leonetti, Proposition de loi du 21 janvier 2015 créant des nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précité, p. 4.

Les choix effectués par le législateur et les stratégies politiques utilisées lors de l'adoption de la loi de 2016 sont tout à fait cohérents avec la vision française de la société et du rôle de l'État.

Nous avons vu, en effet, l'importance que revêt en France la représentation de l'unité du corps social et politique, qui s'exprime sous la forme de la « volonté générale »[559]. Ce désir d'exprimer la volonté générale est présent au cours des débats pour l'adoption de la loi de 2016, notamment lorsqu'on évoque la « lourde responsabilité, (...) l'obligation de dépasser nos sentiments personnels, de légiférer non pas pour nous-mêmes en fonction de nos convictions, non pas pour répondre à quelques situations exceptionnelles, mais pour la société tout entière »[560].

Ce sentiment d'appartenance commune est typique du républicanisme français[561]. Si la démocratie républicaine repose sur la volonté générale des citoyens, cette dernière ne saurait résulter de la simple addition de volontés particulières[562]. Cette idée avait émergé de manière explicite notamment pendant les débats parlementaires de la proposition Ayrault de 2009[563] : l'énonciation d'une opposition entre, d'un côté, l'autonomie et la liberté et, de l'autre, « un projet collectif pour notre société, et non un projet qui soit la somme de choix individuels »[564]. Ou encore : « la différence entre les deux conceptions qui s'opposent aujourd'hui repose aussi sur le rapport entre un homme et la société à laquelle il appartient. Un homme n'est jamais un individu, et encore moins un individu de trop. C'est une personne, que les autres personnes, celles des communautés auxquelles il appartient, ont construite au cours de son enfance, au cours de sa vie.

559 *Cf. supra*, § 2.2.

560 *Compte rendu intégral du mardi 10 mars 2015*, AN, précité, p. 2564, intervention d'André Chassaigne.

561 P. Birnbaum, « Entre universalisme et multiculturalisme : le modèle français dans la théorie politique contemporaine », in A. Dieckhoff, *La constellation des appartenances : nationalisme, libéralisme et pluralisme*, Paris, Presse de sciences po, 2004.

562 P. Hayat, « Laïcité et sécularisation », *op. cit.*, p. 326.

563 J. M. Ayrault, Proposition de loi du 7 octobre 2009 relative au droit de finir sa vie dans la dignité, AN, précitée.

564 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de M. Jean-Marc Ayrault et plusieurs de ses collègues relative au droit de finir sa vie dans la dignité (n° 1960 rectifié) par M. Manuel Valls, précité, p. 31, intervention de Jean Leonetti (UMP).

Décider de sa propre mort, c'est rompre ce lien »[565].

De manière implicite, ces principes sont bien présents à tout moment et notamment lors du débat pour l'adoption de la loi de 2016. On aperçoit toujours clairement la volonté de ne pas porter atteinte au lien social et aussi une certaine peur de choquer l'opinion publique. Le législateur de 2016 souhaite « préserve[r] la société de la responsabilité de donner la mort »[566], « concilier (...) liberté individuelle et exigences sociétales »[567], « faire progresser les droits sans violenter les consciences de manière excessive »[568]. Cette approche se marrie bien avec le maintien de l'interdit pénal, qui déploie toute sa valeur symbolique : la dénonciation de l'immoralité de l'infraction, l'attestation de la responsabilité morale de l'agent, mais aussi une fonction de maintien de la cohésion sociale, de guérison des « blessures » faites aux sentiments collectifs ou alors l'attestation de la subsistance de ces sentiments mêmes[569].

Par ailleurs, la laïcité française tend de plus en plus vers une règle du jeu acceptable par tous, ce qui implique souvent qu'on mette l'accent sur ce qui unit et non pas sur ce qui divise[570]. Pas de rupture, pas de franchissement d'une nouvelle frontière, pas de

565 *Ibid.*, p. 17, intervention de Christian Vanneste.

566 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015*, AN, précité, p. 2831, intervention de Jacqueline Fraysse (PCF) ; *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016*, AN, précité, p. 657, intervention de Marc Dolez (FdG).

567 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015*, AN, précité, p. 2831, intervention de Jacqueline Fraysse.

568 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale et rejetée par le Sénat, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, précité, p. 8, intervention de Michèle Delaunay. Ceci nous rappelle le message contenu dans une page fondamentale de l'histoire de la laïcité française, la Lettre du 17 novembre 1883 de Jules Ferry (à l'époque Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, promoteur de l'école publique laïque, gratuite et obligatoire) aux instituteurs, où il explique que la morale que doit enseigner l'école laïque doit être une morale commune à tous et qui ne doit choquer personne : « Au moment de proposer aux élèves un précepte, une maxime quelconque, demandez-vous s'il se trouve à votre connaissance un seul honnête homme qui puisse être froissé de ce que vous allez dire. Demandez-vous si un père de famille, je dis un seul, présent à votre classe et vous écoutant, pourrait de bonne foi refuser son assentiment à ce qu'il vous entendrait dire. Si oui, abstenez-vous de le dire ». « La lettre de Jules Ferry aux instituteurs (27 novembre 1883) », *Pouvoirs* n°75 - La laïcité - novembre 1995 - p. 109-116.

569 M. van de Kerchove, « Symbolique et instrumentalité. Stratégies de dépénalisation et de décriminalisation dans une société pluraliste », in *Punir mon beau souci. Pour une raison pénale*, Sld. F. Ringelheim, *Revue de l'Université de Bruxelles*, 1984, N° 1-3, p.131.

570 J.-P. Martin, « Laïcité française, laïcité belge : regards croisés », in A. Dierkens (éd. par -), *Pluralisme religieux et laïcités dans l'Union européenne*, Problèmes d'histoire des religions, Tome 5/1994, Éditions de l'Université de Bruxelles, CIERL, 2006, p. 75.

discontinuité dans le symbolique sociétal et pas de cassure du lien social. Ceci semble être le message le plus fort qui émerge des débats parlementaires et qui exprime, nous en sommes convaincus, un trait culturel et sociologique typiquement français. Un trait qui se différencie de manière nette du pluralisme à la belge[571].

Or, suivant les brillantes observations du sociologue français Tanguy Chatel, nous constatons dans nos sociétés modernes la coexistence de différentes approches à la mort[572] : (1) « d'un côté, une représentation traditionnelle qui fut reprise par la médecine [:] elle fait primer la société sur l'individu et le maintien de la vie sur tout le reste »[573] ; (2) « de l'autre côté, une représentation post-moderne individualiste et volontariste qui fait primer le choix personnel sur l'ordre collectif, les droits sur les devoirs et la liberté individuelle sur tout le reste »[574] ; (3) « entre ces deux représentations adverses de la 'bonne mort', se tient pourtant une tierce voie, celle des soins palliatifs »[575]. Selon Chatel, « si les soins palliatifs sont critiqués sur leurs flancs, c'est parce qu'ils tentent de tracer une voie qui respecterait à la fois la société (dans la préservation de ses principes structurants, notamment l'interdit de tuer) et la personne malade (dans l'expression de sa liberté). En reconnaissant que la mort est un événement qui, dans ses incidences individuelles et collectives, échappe largement à la raison, aux projections, et dépasse la seule responsabilité médicale, ils se placent du côté traditionnel qui réfute le discours libertaire et exclut l'euthanasie. Mais en refusant l'obstination déraisonnable, en admettant de 'laisser mourir', en acceptant de pratiquer la sédation profonde et continue jusqu'au décès (Loi Claeys-Leonetti, 2016), en promouvant l'autonomie du patient, ils se placent également du côté post-moderne »[576].

La « voie française » incarne donc cette troisième représentation : à côté du « 'faire vivre' (au risque de l'acharnement) » et du « 'faire mourir' (au risque de l'euthanasie) », nous rencontrons le « 'laisser mourir' (au risque de l'hypocrisie) »[577].

---

571 *Cf. supra*, § 1.2.
572 T. Chatel, « La mort moderne : 'tabous' et représentations », *op. cit.*, p. 42.
573 *Ibid.*, p. 47.
574 *Ibid.*, p. 47.
575 *Ibid.*, p. 47.
576 *Ibid.*, p. 48.
577 *Ibid.*, p. 48.

Ainsi, entre libéraux et communautariens, entre faire vivre et faire mourir, entre primauté de l'individu et de la communauté, une troisième voie semble se profiler : un équilibre qui peut « concilier liberté individuelle et exigences sociétales »[578], « l'autonomie – en termes républicains nous dirions la liberté – et la vulnérabilité – nous dirions la fraternité »[579]. C'est en tout cas de cette manière qu'est perçue la loi de 2016 par une majorité des élus.

578 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015,* AN, précité, p. 2831.
579 *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016,* AN, précité, p. 656.

3. L'ITALIE

Sommaire : 3.1. Introduction aux règles du jeu parlementaire. 3.2 L'historique législatif. 3.3. Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2017. 3.4. Réflexions sur les dynamiques politiques sous-jacentes.

3.1 Introduction aux règles du jeu parlementaire

A la Chambre des Députés italienne, le programme parlementaire est approuvé par les Présidents des groupes politiques dont le vote pondéré représente au moins trois quarts de l'assemblée (un représentant du Gouvernement est aussi invité à la réunion de la Conférence des Présidents). Le Président réserve pourtant un quota du temps disponible aux thèmes indiqués par les groupes dissidents. Lorsque la Conférence des Présidents ne rejoint pas cette majorité, le programme est préparé par le Président. Dans les deux cas, le programme devient définitif seulement après sa communication à la plénière. Certains dossiers, tels la loi financière ou d'autres actes dus comme les lois communautaires (impliquant la transposition en droit italien du droit de l'Union européenne) sont ajoutés au programme en dehors de ces critères[1].

Au Sénat, le programme de travaux est préparé tous les deux mois par le Président, après avoir contacté le Président de la Chambre, les Présidents des Commissions permanentes et le Gouvernement, tenant en compte les priorités indiquées par le Gouvernement, les groupes et les sénateurs en général notamment pour la fonction de contrôle. Le programme est ensuite soumis à l'approbation de la Conférence des Présidents, qui se réunit en présence des Vice-Présidents du Sénat et le représentant du Gouvernement, qui peut intervenir. Les projets de loi et les actes de contrôle souscrits par au moins un tiers des sénateurs sont ajoutés de droit au programme. Si le programme est approuvé à l'unanimité, il devient définitif après la communication à a plénière. Lors de la communication, il peut être débattu.

[1] Règlement de la Chambre, disponible dans le site https://www.camera.it/ .

3.2 L’historique législatif

Comme nous l'avons déjà constaté lors des chapitres précédents concernant le processus législatif en Belgique[2] et en France[3], tout grand changement se construit au fil des années et nécessite souvent l’écoulement d’une période de temps suffisamment longue pour que le changement politique se produise. L’Italie ne fait pas exception.

Ainsi nous entamerons notre analyse de l'historique législatif à partir de la moitié des années 1980, de manière assez analogue à ce que nous avons fait pour les deux autres pays. Encore une fois, ce choix se justifie par le nombre de propositions de loi déposées depuis 1984 concernant le thème de notre intérêt en Italie. L’historique législatif que nous allons analyser s’étend notamment de 1984 à 2013. Il inclut les principales affaires judiciaires ayant influencé de manière importante le débat et (nous en sommes convaincus) l’évolution législative récente.

Ce n’est qu’après cette analyse que nous pourrons comprendre le déroulement du processus parlementaire qui aboutira finalement à l’adoption de la loi n° 219 du 22 décembre 2017 concernant des « Normes en matière de consentement informé et de dispositions anticipées de traitement »[4].

3.2.1 Les normes en vigueur avant le changement législatif

Nous avons déjà examiné en détail les dispositions actuellement en vigueur en Italie dans les différents domaines de la fin de vie[5]. Puisque le seul domaine où la législation a été amendée récemment est celui du respect de la volonté du patient en fin de vie (notamment pour ce qui est du refus de traitement et du testament de vie), nous ne passerons en revue ici que les normes existantes avant le changement législatif concernant

2 *Cf. supra,* § 1.4.
3 *Cf. supra,* § 2.3.
4 *Cf. infra,* § 3.3.2.
5 *Cf. supra,* Partie I, § 3.

ces aspects spécifiques.

Jusqu'en 2017, le droit pour une personne pleinement consciente au refus des traitements médicaux ne pouvait être considéré comme unanimement acquis en Italie malgré l'existence d'une disposition constitutionnelle qui lui est expressément consacrée[6]. En effet, même avant l'adoption de la loi en question, la doctrine dominante considérait la volonté du patient comme la seule source de légitimation de l'intervention du médecin : le malade pouvait légitimement consentir, refuser ou demander l'interruption d'un traitement (ou de tout traitement), il pouvait même se laisser mourir[7]. On en déduisait généralement que, selon l'ordre juridique italien, d'un côté, on ne pouvait pas être contraint de vivre ; de l'autre côté, le patient n'avait pas le pouvoir de demander une action positive au médecin telle une injection létale visant à le faire mourir[8]. Le droit de refuser un traitement s'appuyait aussi sur les articles 2 et 13 de la Loi fondamentale[9], qui sanctionnent respectivement l'inviolabilité de la dignité humaine et l'inviolabilité de la liberté personnelle. Les deux dispositions confirment la démarche du Constituant centrée sur la personne et ses droits. L'approche du Constituant semblait dès lors claire et univoque, mais cette solide base constitutionnelle n'avait toutefois pas été développée dans une législation ordinaire. Si la doctrine majoritaire soutenait l'orientation que nous venons d'illustrer, cette approche ne faisait pas l'unanimité et des réserves importantes – accompagnées d'une jurisprudence instable – s'étaient manifestées notamment concernant les cas d'arrêt de traitements déjà en cours, par exemple le débranchement

6 L'article 32 de la Constitution italienne est ainsi libellé : « La République protège la santé comme droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité, et garantit les soins gratuits aux indigents. Personne ne peut être obligé à un certain traitement médical sauf par disposition de la loi. La loi ne peut en aucun cas violer les limites imposées par le respect de la personne humaine » (En italien : « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana »).

7 S. Seminara, « Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia », *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1995, p. 692 ; en ce sens, *cf.* aussi C. Todini, « Riflessioni in tema di diritto di morire con dignità e di aiuto a morire », *Giust. pen.*, 2000, II, p. 201 ; F. Mantovani, « Aspetti giuridici dell'eutanasia », *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1988, p. 458 ; L. Monticelli, *op. cit.*, p. 498-505.

8 Dans le même sens, *cf.* aussi S. Seminara, « Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia », *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1995, p. 693.

9 Selon l'article 2 « la République reconnait et garantit les droits humains inviolables » et suivant l'art. 13 « la liberté personnelle est inviolable ».

d'un appareil de soutien vital. Les positions divergeaient en effet quant à l'extension de la norme constitutionnelle et quant à sa mise en relation avec les normes du Code pénal.

De plus, il n'existait aucune législation concernant le cas du patient ayant perdu sa conscience en fin de vie et donc le testament de vie. Comment vérifier si le choix exprimé par le patient par le passé serait validé dans la situation spécifique qui se crée et qu'il n'aurait jamais pu envisager telle quelle ? C'était en tout cas l'opinion majoritaire de la doctrine, qui considérait comme essentiel le caractère contemporain et contextuel de l'expression de la volonté et du choix (voire du refus) thérapeutique : faute de quoi, l'adage *in dubio pro vita* restait d'application[10]. Une partie de la doctrine était pourtant favorable à reconnaître une valeur aux déclarations écrites qui seraient rédigées par l'intéressé avant son état d'inconscience[11] pourvu que certaines conditions soient satisfaites, notamment concernant la distance temporelle entre la déclaration et son emploi, et le niveau de précision des indications données. Il s'agissait cependant d'une orientation minoritaire.

Toutes les autres normes concernant la fin de vie sont restées inchangées.

3.2.2 Les initiatives législatives antérieures à 2013

Avant les élections législatives de février 2013, de nombreuses propositions de loi sont déposées à la Chambre et au Sénat. Aucune d'entre elles n'est adoptée : dans la plupart des cas, les propositions deviennent tout simplement caduques ou sont retirées par ses auteurs sans même avoir été examinées. Dans d'autres cas plus rares, ces propositions engendrent un débat parlementaire (en commission ou même en séance plénière) sans toutefois être adoptées en bout du processus.

---

10 Entre autres, C. Todini, « Riflessioni in tema di diritto di morire con dignità e di aiuto a morire », *Giust. pen.*, 2000, II, p. 201 ; F. Mantovani, *op. cit.*, p. 459 ; *cf.* aussi L. Monticelli, *op. cit.*, p. 490, qui renvoie au même adage aussi dans le cas où on aurait des doutes sur l'authenticité du consentement du patient conscient.

11 *Cf.*, entre autres, F. Giunta, *op. cit.*, p. 106 et s. ; A. D'Aloia, « Diritto di morire? La problematica dimensione costituzionale della "fine della vita" », *Politica del diritto*, 1998, I, p. 618 et s. ; et aussi, avec davantage de réserves concernant leur possible caractère contraignant, S. Canestrari, « Le diverse tipologie di eutanasia: una legislazione possibile », *op. cit.*, p. 768.

Nous examinons brièvement ci-dessous ces diverses propositions qui concernent à bien y regarder deux volets principaux : d'un côté, l'euthanasie (souvent pour l'autoriser et quelque fois pour l'interdire), de l'autre côté, le soi-disant « testament de vie » ou « testament biologique », soit les déclarations anticipées de traitement (et donc la possibilité de refuser des traitements). Le premier volet nous interpelle davantage du fait de sa pertinence : l'examen de ces propositions sera donc détaillé. Mais le second peut aussi contribuer à nous faire comprendre l'origine de la législation finalement adoptée en 2017 : nous traiterons alors aussi de ces propositions, bien que de manière un peu plus succincte.

3.2.2.1 Les propositions et projets de loi déposés mais restés sans suite entre 1984 et 2005

Comme nous le verrons plus loin, ce n'est qu'au cours de la XVII[e] législature (2013-2018) que le thème de la fin de vie gagnera véritablement le premier plan dans la vie parlementaire italienne. Toutefois, pendant les trois décennies précédentes, le nombre de propositions de lois déposées est surprenant et mérite d'être exploré avec attention.

La toute première proposition de loi en matière d'euthanasie est déposée à la Chambre le 19 décembre 1984, par M. Fortuna[12] et d'autres élus (PSI[13]), concernant des « Normes à propos de la protection de la dignité de la vie et réglementation de l'euthanasie passive »[14]. La proposition de loi est introduite par un long préambule qui fournit des bases philosophiques et culturelles, cite des exemples d'autres pays et explique dans les détails le *ratio* des dispositions du texte[15]. Comme l'indique l'intitulé, les auteurs utilisent la terminologie « euthanasie passive » (en opposition à l'euthanasie active) sans toutefois en donner une définition juridiquement précise. On déduit

[12] Loris Fortuna a été un politicien d'abord communiste, puis socialiste et radical (Treccani, *Dizionario Biografico degli Italiani*, Vol. 49, 1997). Son engagement a été focalisé sur les droits civils et notamment le droit au divorce, la dépénalisation de l'avortement et les droits des patients en fin de vie. Les deux premières batailles ont été gagnées de son vivant (il est décédé en 1985), pas la troisième.

[13] Parti socialiste italien (Partito Socialista Italiano, PSI).

[14] Proposta di legge Fortuna ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina della eutanasia passiva, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, IX Legislatura, C. 2405, 19 dicembre 1984.

[15] *Ibid.*, Préambule, p. 1-8.

cependant du préambule[16] et du texte des articles[17] que les auteurs ciblent avant tout l'interdiction de l'acharnement thérapeutique et de l'obstination déraisonnable ainsi que l'arrêt (ou abstention[18]) des dispositifs de réanimation ou de support vital. La proposition de loi établit donc à son article 1 une présomption générale de refus de l'acharnement thérapeutique pour tous les malades en phase terminale (dont la définition est donnée à l'article suivant : « l'incurable état pathologique »[19]), sauf dans les cas où les patients mêmes y ont donné leur consentement personnel et conscient. Les médecins sont dans ces cas dispensés « de soumettre à des thérapies de support vital toute personne qui se trouve en conditions terminales »[20]. L'article 3 définit les « thérapies de support vital » comme des « techniques de pure réanimation ainsi que appareils mécaniques ou artificiels pour soutenir, réactiver ou remplacer une fonction vitale naturelle »[21]. Ces sont, tout compte fait, des définitions assez amples et peu contraignantes juridiquement. Les articles 4 à 8 établissent les conditions et procédures pour la constatation des conditions terminales (faite par au moins deux médecins compétents, un réanimateur et un anesthésiste) [22], pour l'interruption des thérapies [23] ou alors l'opposition à cette interruption[24] qui peut être faite par les personnes indiquées à l'article 6 : le cohabitant majeur de seize ans, un ministre du culte du patient, les proches majeurs de seize ans jusqu' au deuxième degré légal[25]. En cas d'opposition, c'est le tribunal de la ville où se trouve l'hôpital qui décide de l'interruption de la thérapie[26].

Quelques années et une législature plus tard, et après le décès de M. Fortuna, le 2 juillet 1987, une proposition de loi identique à celle que nous venons d'examiner est redéposé, toujours à la Chambre, et ceci à deux reprises : une fois par M. Fiandrotti et

16 *Ibid.*, notamment p. 4.
17 *Ibid.*, notamment les art. 1 et 3, p. 9.
18 *Ibid.*, art. 5, p. 10.
19 *Ibid.*, art. 2, p. 9.
20 *Ibid.*, art. 1.
21 *Ibid.*, art. 3.
22 *Ibid.*, art. 4.
23 *Ibid.*, art. 5, p. 10.
24 *Ibid.*, art. 7.
25 *Ibid.*, art. 6. Malgré l'absence de dispositions dans ce sens, il semblerait que ces sujets sont légitimés à s'opposer uniquement en cas d'inconscience du patient (car, autrement, c'est au patient même d'en décider, *cf.* art. 1).
26 *Ibid.*, art. 7.

autres (PSI)[27] et une fois par M. Artioli et autres (aussi PSI)[28]. Les raisons de cette double présentation ne sont pas explicitées et, par ailleurs, certains députés sont cosignataires des deux propositions de loi. La seconde proposition de loi est retirée le 5 juillet 1990.

Les premières propositions de loi concernent donc « nominalement » l'euthanasie mais, si on les lit au travers de la loupe des définitions actuelles, elles concernent en réalité l'interdiction de l'obstination déraisonnable et l'arrêt des traitements.

Pendant plus de huit ans, aucune proposition de loi n'est présentée au Parlement, mais l'activité de la société civile autour de ce thème n'est pas pour autant absente. En effet, l'association Politeia[29] organise en 1990 une conférence au sein de laquelle on élabore les premières propositions de testament biologique, soit de déclarations anticipées. Ensuite l'asbl Consulta di Bioetica [30] présente en 1992 la « Biocard » ou carte d'autodétermination : un formulaire à remplir par le patient (ou la personne pas encore malade) qui indique ses volontés quant aux traitements médicaux à venir (entre autres la nutrition et hydratation artificielles, la sédation profonde, la réanimation). Cet instrument, tout en n'ayant aucune valeur contraignante du point de vue juridique provoque un tel débat que cette même association décide d'élaborer une proposition de loi visant à réglementer la possibilité de rédiger des directives anticipées[31].

Quelques années plus tard, suite aux élections législatives du 21 avril 1996 (et à la formation d'un Gouvernement de centre-gauche), à l'ouverture à signature de la Convention d'Oviedo (le 4 avril 1997)[32] et aux débuts de l'affaire judiciaire liée à Eluana

---

27 Proposta di legge Fiandrotti ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina della eutanasia passiva, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, X Legislatura, C. 72, 2 luglio 1987.

28 Proposta di legge Artioli ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina della eutanasia passiva, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, X Legislatura, C. 297, 2 luglio 1987. Les deux premiers signataires avaient déjà co-signé la première proposition de loi de M. Fortuna et autres.

29 L'association Politeia a été créée en 1983 par un groupe de chercheurs de différentes formations, tous souhaitant promouvoir l'analyse des processus décisionnels dans les sociétés complexes et économiquement avancées (voir http://www.politeia-centrostudi.org/chi%20siamo.html).

30 L'association Consulta di Bioetica a été créée en 1989 par des professeurs et chercheurs de bioéthique (voir http://www.consultadibioetica.it/storia-della-consulta-di-bioetica/).

31 G. Cassano et R. Zagami (a cura di-), *Manuale della successione testamentaria*, Maggioli Editore, Rimini, 2010, p. 512.

32 *Cf. supra*, Introduction.

Englaro[33], que cette proposition est déposée, le 10 février 1999, par Mme Grignaffini et d'autres élus (DS[34] et autres[35]). Intitulée « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux »[36] la proposition se réfère, dans son préambule[37], au principe de l'autodétermination, à l'article 32 de la Constitution italienne[38] et à la Convention d'Oviedo. Son texte est composé d'à peine quatre articles qui affirment – respectivement – le droit à la pleine information du patient (article 1[39]), le droit de donner ou de refuser son consentement aux traitements médicaux (article 2[40]) et le droit d'écrire des déclarations de volonté anticipées et de nommer une personne de confiance pour le cas où la personne perdrait ses capacités (article 3[41]), ainsi que la compétence du juge en cas de désaccord entre personne de confiance et médecin, tout en donnant aussi dans ces cas une valeur prioritaire aux déclarations anticipées (article 4[42]).

Le même texte, identique, est redéposé au Sénat par M. Manconi (Verts) et d'autres élus (Verts, FI[43], DS), le 29 juin 2000[44].

Le 3 octobre 2000, M. Pisapia (RC[45]) dépose à la Chambre une proposition de loi contenant des « Dispositions en matière d'interruption volontaire de la survie »[46]. Dans le préambule l'auteur explique que cette proposition trouve son origine dans l'initiative

---

33 *Cf. infra*, § 3.2.2.2.

34 Démocrates de gauche : Democratici di Sinistra (DS), gauche socio-démocrate.

35 Notamment deux députés de la composante « Federalisti Liberaldemocratici Repubblicani ».

36 Proposta di legge Grignaffini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIII Legislatura, C. 5673, 10 febbraio 1999.

37 *Ibid.*, p. 1-3.

38 *Cf. supra*, note 6.

39 Proposta di legge Grignaffini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précitée, p. 4.

40 *Ibid.*, p. 4.

41 *Ibid.*, p. 4-5.

42 *Ibid.*, p. 5.

43 Force Italie : Forza Italia, centre-droit.

44 Disegno di legge Manconi ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIII Legislatura, S. 4694, 29 giugno 2000.

45 Parti de la refondation communiste : Partito della Rifondazione Comunista (RC).

46 Proposta di legge Pisapia, Disposizioni in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIII Legislatura, C. 7338, 3 ottobre 2000.

de l'association Exit qui se bat pour le droit de mourir dans la dignité[47]. Composé d'à peine trois articles, le texte de la proposition de loi affirme le droit de toute personne capable juridiquement de choisir « d'interrompre volontairement sa propre survie en cas de maladie à pronostic défavorable et arrivée en phase terminale »[48]. Pour ce faire, l'article 2 prévoit des conditions (une déclaration écrite, qui reste valable aussi en cas de perte de conscience du patient ; la nomination d'une personne de confiance, chargée de la mise en œuvre de la déclaration en cas de perte de conscience du patient)[49]. Finalement, l'article 3 prévoit la non-applicabilité des articles 579 et 580 du Code pénal (homicide du consentant et instigation ou aide au suicide) à la personne qui met en œuvre la déclaration prévue à l'article précédent[50].

Entre-temps, dans les phases finales de la XIII[e] Législature, le Parlement italien ratifie la Convention d'Oviedo[51].

Suite aux élections législatives du 15 mai 2001 (qui mènent à la formation d'un Gouvernement de centre-droit), Mme Grignaffini (DS) dépose à nouveau le 6 juin 2001 à la Chambre[52], avec un autre élu de son parti, la proposition de loi qu'il avait déposée en 1999[53] ; de son côté, M. Pisapia (RC) redépose, le 6 juillet 2001[54], le même texte de proposition de loi qu'il avait déposé en 2000[55], toujours à la Chambre. Par ailleurs, le 23 mai 2002, c'est à Mme Acciarini (DS) de redéposer au Sénat un texte de proposition de

47 *Ibid.*, p. 1.
48 *Ibid.*, art. 1, p. 3.
49 *Ibid.*, p. 3.
50 *Ibid.*, p. 3.
51 Legge 145 del 28 marzo 2001, Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168, sul divieto di clonazione di esseri umani. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* (GU) n. 95 del 24 aprile 2001.
52 Proposta di legge Grignaffini e Chiaromonte, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIV Legislatura, C. 433, 6 giugno 2001.
53 *Cf. supra*, Proposta di legge Grignaffini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précitée.
54 Proposta di legge Pisapia, Disposizioni in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIV Legislatura, C. 1242, 6 luglio 2001.
55 *Cf. supra*, Proposta di legge Pisapia, Disposizioni in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza, précitée.

loi[56] identique à celle déposée en 1999 par Mme Grignaffini[57].

Entre-temps, au début de 2002, une initiative politique plus vaste est promue par le Parti Radical (PR), qui dépose devant la Cour de Cassation les textes de vingt-cinq propositions de loi d'initiative populaire afin de collecter les signatures nécessaires (50.000 pour chaque texte, selon la Constitution[58]) à leur dépôt pour examen au Parlement. Un de ces vingt-cinq textes concerne l'euthanasie[59]. Toutefois la campagne dans son ensemble avance avec difficulté et le PR attribue le faible nombre de signatures collectées au manque d'informations dans les médias. En réaction, plusieurs dirigeants radicaux (avec à leur tête M. Capezzone, à l'époque secrétaire général du parti) entament une grève de la faim de vingt-huit jours, qui aboutit à une initiative de 196 parlementaires de différents partis politiques qui se déclarent disposés à signer et ainsi déposer les vingt-cinq propositions de loi au Parlement, ceci indépendamment de leur position quant au fond des propositions de loi[60]. Par conséquent, le 8 juillet 2002, dix-sept députés appartenant à six partis différents[61] déposent la proposition de loi Pisapia et autres relative aux « Dispositions en matière de légalisation de l'euthanasie »[62]. Le texte du préambule se réfère au « principe du libre choix de l'individu », au « principe de liberté » et au « droit à l'auto-détermination de l'individu par rapport à sa propre existence »[63]. Les sept articles concernent notamment : le droit à l'information du patient[64], le droit de donner ou refuser le consentement à tout traitement médical même dans le cas où cela impliquerait la mort du patient[65], le droit de choisir les « modalités de sa propre mort et de demander

---

56 Disegno di legge Acciarini, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Senato, XIV Legislatura, C. 1437, 23 maggio 2002.

57 Proposta di legge Grignaffini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précitée.

58 Ce chiffre est indiqué par l'art. 71 de la Constitution italienne.

59 Les autres 24 propositions concernent des thèmes très variés, entre autres le droit du travail, le fonctionnement du judiciaire, l'élection directe du Président de la République, la liberté de la recherche scientifique, la reconnaissance des couples homosexuels, la légalisation de la prostitution, etc.

60 Le texte du communiqué de presse est publié *in* http://old.radicali.it/newsletter/view.php?id=26038&numero=&title=NOTIZIE%20RADICALI .

61 RC, Marguerite (Margherita, catholique progressiste), FI, DS, Alliance nationale (Alleanza Nazionale - AN, nationaliste), Rose dans le poigne (Rosa nel Pugno -RNP, radical et socialiste).

62 Proposta di legge Pisapia ed altri, Disposizioni in materia di legalizzazione dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIV Legislatura, C. 2974, 8 luglio 2002.

63 *Ibid.*, p. 1.

64 *Ibid.*, art. 1, p. 4.

65 *Ibid.*, art. 2.

l'assistance d'un médecin pour mettre un terme à sa vie » envisageant ainsi à la fois le suicide assisté et l'euthanasie[66], le droit de déposer une déclaration de volonté dictant ses propres volontés concernant les traitements médicaux et de nommer une personne de confiance[67], des normes relatives à la mise en œuvre au niveau ministériel de la loi[68], le droit des opérateurs médicaux de déclarer leur objection de conscience à l'euthanasie et au suicide assisté prévues à l'article 3[69] ainsi que la non-applicabilité des articles 579 et 580 du Code pénal[70] pour les opérateurs médicaux mettant en œuvre l'article 3[71].

À peine deux mois plus tard, le 4 septembre 2002, M. Pisapia (RC) – accompagné d'autres députés de son même parti – dépose une nouvelle proposition de loi au titre et au contenu tout à fait différents de ces des textes qu'il a déposé précédemment : « Normes en matière d'euthanasie »[72]. Dans son préambule, les auteurs récapitulent les dernières propositions de loi en la matière déjà déposées par le premier signataire et expliquent que l'élément nouveau justifiant le dépôt de cette nouvelle proposition est l'adoption de la loi belge sur l'euthanasie[73] : de fait, le texte de la nouvelle proposition de loi est pratiquement la traduction directe en italien du contenu de la loi belge adoptée en 2002 dans ce pays[74]. De manière plus précise, l'article 1 représente la traduction à la lettre de l'article 2 de la loi belge[75] et donne la définition de l'euthanasie[76]. L'article 2[77] correspond dans sa totalité à l'article 3 de la loi belge[78] à deux exceptions près : d'une part, les mineurs émancipés ne sont pas inclus dans le champ d'application de la loi (qui ne s'applique donc qu'aux patients majeurs) ; d'autre part, on ajoute aux conditions pour pratiquer une euthanasie aussi le fait d'être « en stade terminal et sans aucune perspective de survie »[79] ainsi que

66 *Ibid.*, art. 3.
67 *Ibid.*, art. 4, p. 5.
68 *Ibid.*, art. 5.
69 *Ibid.*, art. 6, p. 6.
70 Homicide du consentant et instigation ou aide au suicide.
71 Proposta di legge Pisapia ed altri, Disposizioni in materia di legalizzazione dell'eutanasia, précitée, art. 7, p. 6.
72 Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIV Legislatura, C. 3132, 4 settembre 2002.
73 *Ibid.*, préambule, p. 2.
74 *Cf. supra*, Partie I, § 1.1.
75 *Cf. infra*, Annexe I.
76 *Ibid.*, p. 4.
77 Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précitée, p. 4-7.
78 *Cf. infra*, Annexe I.
79 Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précitée, art. 2(1c), p. 4.

le fait que les souffrances soient réfractaires aux médicaments[80]. L'ajout de la condition relevant de la phase terminale n'est toutefois pas cohérent avec le maintien de l'alinéa 3 du même article qui, dans la loi belge, s'applique aux malades ne se trouvant pas en phase terminale : il s'agit à notre humble avis d'une inadvertance. L'article 3 de la proposition de loi[81] reprend le texte de l'article 4 de la loi belge[82] à trois exceptions près : parmi les conditions pour l'applicabilité de la déclaration anticipée on n'inclut pas l'affection accidentelle et on indique seulement l'affection pathologique[83] ; on ajoute aussi comme condition ultérieure la présence de « souffrances physiques et psychologiques constantes et insupportables »[84] ; des conditions cohérentes avec les précédentes (l'existence d'une affection pathologique et non pas accidentelle et des souffrances réfractaires aux médicaments) sont encore ajoutées à l'alinéa 7 de l'article 3 qui établit les conditions de la non-punissabilité[85]. L'article 4, qui concerne la déclaration du médecin[86], est la traduction fidèle de l'article 5 de la loi belge[87]. L'article 5 concerne la commission de contrôle et d'évaluation, qui est appelée « nationale » dans la proposition de loi[88] au lieu de « fédérale » comme dans la loi belge[89], ce qui reflète la différence de l'architecture constitutionnelle des deux pays ; de même, et pour le même motif, les alinéas relatifs à la parité linguistique prévue pour les membres de la commission par le texte belge[90] ne sont pas repris dans le texte italien[91]. Par ailleurs, les références à une représentation pluraliste et prenant en compte le genre indiquées dans la loi belge[92] sont également abandonnées, ce qui ne semble pas se justifier. Les articles 6, 7, 8 et 9[93] qui concernent l'activité de la Commission sont identiques aux articles correspondants de la loi belge[94] à la seule exception de la mise à disposition d'un cadre administratif, prévue dans la loi belge et

80 *Ibid.*
81 *Ibid.*, p. 7-10.
82 *Cf. infra*, Annexe I.
83 Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précitée, art. 3(1a), p. 7.
84 *Ibid.*
85 *Ibid.*, p. 8-9.
86 *Ibid.*, p. 10.
87 *Cf. infra*, Annexe I.
88 Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précitée, p. 10.
89 *Cf. infra*, Annexe I.
90 *Ibid.*
91 Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précitée, p. 10.
92 *Cf. infra*, Annexe I.
93 Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précitée, p. 11-4.
94 Art. 7, 8, 9, 10 et 11 (*cf. infra*, Annexe I).

non reprise dans la proposition de loi en question. Enfin, les trois articles 10, 11 et 12 repris sous l'intitulé de « Dispositions finales »[95] reprennent mot-à-mot le contenu des articles 12, 14 et 15 de la loi belge. L'article 13 de la loi belge est par contre omis dans le texte de la proposition de loi en question : ceci prévoit un débat parlementaire dans les six mois du dépôt du premier rapport de la Commission de contrôle.

Le 19 décembre 2002, la première proposition de loi visant à l'interdiction de l'euthanasie est déposée à la Chambre : il s'agit de la proposition de loi Cè et autres (LN[96]) ayant pour titre « Dispositions concernant l'interdiction de l'euthanasie »[97]. Dans son préambule, les auteurs partent de la considération que l'interdiction de l'euthanasie résultant implicitement de l'ensemble de la législation italienne ne serait pas suffisante[98] : ils souhaitent donc rendre cette interdiction explicite. Ils ajoutent que « la pitié pour la souffrance de la victime ne constitue pas une cause de justification »[99] et que la reconnaissance d'un droit au suicide serait contraire « à l'orientation générale de notre ordre juridique qui est en faveur de la vie »[100]. Après ces considérations, l'article 1 interdit l'euthanasie, définie comme « toute action ou omission qui, de par sa nature ou dans les intentions de celui qui la pratique, cause la mort d'une personne dans le but d'éliminer les douleurs subies »[101]. L'article ajoute que « l'interdiction s'étend à l'euthanasie passive ainsi qu'à l'euthanasie active »[102] et que personne ne peut ni instiguer ni fournir une aide médicale au suicide. La même disposition indique que les articles 575 (homicide), 579 (homicide du consentant) et 580 (instigation ou aide au suicide) du Code pénal sont d'application en cas d'euthanasie ou d'aide au suicide, selon les modalités de l'acte[103]. L'article 2 interdit l'acharnement thérapeutique ; toutefois cette interdiction est conditionnée au consentement du patient ou, en cas d'incapacité de ce dernier, de la

95 Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précitée, p. 14-15.
96 Ligue du Nord : Lega Nord (LN), régionaliste.
97 Proposta di legge Cè ed altri, Disposizioni concernenti il divieto di eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIV Legislatura, C. 3495, 19 dicembre 2002.
98 *Ibid.*, p. 1.
99 *Ibid.*, p. 2.
100 *Ibid.*, p. 3.
101 *Ibid.*, p. 4.
102 *Ibid.*, p. 4.
103 *Ibid.*, p. 4.

famille ou du représentant légal[104]. Les articles suivants traitent du dossier médical[105], de l'information au patient[106], du consentement du patient aux traitements médicaux[107] et des soins palliatifs[108].

Le 18 avril 2003, M. Ripamonti (Verts) redépose au Sénat un texte de projet de loi[109] dont le contenu est identique à celui de la proposition de loi déposée en 1999 par Mme Grignaffini[110]. Ce projet de loi est toutefois retiré le 22 mai 2003, pour être redéposé à l'identique[111] le jour suivant avec la co-signature du sénateur Del Pennino (PRI[112]).

Le 18 décembre 2003, le Comité National pour la Bioéthique publie son avis relatif aux « Déclarations anticipées de traitement »[113]. Il y affirme l'absence d'objections par rapport aux déclarations, tout en établissant un nombre de critères, parmi lesquels figurent notamment le fait de ne pas contenir de dispositions visant l'euthanasie.

Le 13 février 2004, M. Battisti (Margherita[114]) et d'autres élus de différents partis de centre-gauche[115] déposent, pour la première fois au Sénat, un projet de loi[116] concernant des « Normes pour la dépénalisation de l'euthanasie »[117]. Le préambule

---

104 *Ibid.*, p. 4-5.
105 *Ibid.*, art. 3, p. 5.
106 *Ibid.*, art. 4, p. 6.
107 *Ibid.*, art. 5, p. 6-7.
108 *Ibid.*, art. 6, p. 7.
109 Disegno di legge Ripamonti, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Senato, XIV Legislatura, S. 2220, 18 aprile 2003.
110 *Cf. supra*, Proposta di legge Grignaffini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précitée.
111 Disegno di legge Ripamonti e Del Pennino, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Senato, XIV Legislatura, S. 2279, 23 maggio 2003.
112 Parti républicain italien : Partito Repubblicano Italiano (PRI).
113 Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), Parere su Dichiarazioni anticipate di trattamento (18 dicembre 2003), Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria.
114 *Cf. supra*, note 61.
115 Margherita, Verts, DS, RNP et RC.
116 Les textes des propositions de loi déposés au Sénat sont appelés « projets de loi » : c'est une distinction purement terminologique.
117 Disegno di legge Battisti ed altri, Norme per la depenalizzazione dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XIV Legislatura, S. 2758, 13 febbraio 2004.

mentionne les législations néerlandaise et belge approuvées récemment[118]. L'article 1 du projet de loi établit, en dérogation aux articles 579, 580 et 593 du Code pénal (concernant respectivement l'homicide du consentant, l'instigation ou aide au suicide et la non-assistance à personne en danger), la non-punissabilité du médecin qui « provoque ou facilite la mort d'une personne qui l'a demandée »[119], pourvu que certaines conditions soient remplies (stade terminal, état gravement invalidant et irréversible, souffrances physiques ou psychiques insupportables, etc.)[120]. L'article 2 étend la même dérogation aux cas où la mort est provoquée à une personne « qui a perdu ses facultés intellectuelles et son intégrité psychique » [121] à condition d'avoir formulé la demande par écrit lorsqu'elle était pleinement capable. L'article 3 établit les conditions et formes de la demande[122]. L'article 4 prévoit la possibilité de l'objection de conscience du médecin[123]. Le dernier article[124] dispose l'homologation de la mort par euthanasie à une mort naturelle aux fins du droit civil.

Le 17 février 2004, M. Massidda (FI) dépose à la Chambre une proposition de loi contenant des « Normes pour la tutelle de la dignité et de la volonté du mourant »[125]. Trois mois plus tard, le 4 mai 2004, M. Tomassini (du même parti) dépose au Sénat un projet de loi dont l'intitulé (« Normes en matière de déclarations anticipées de traitement »[126]) et le préambule sont différents, mais le contenu est fort similaire. En effet, si le préambule de la proposition Massidda se borne à introduire et décrire le contenu du texte, le préambule du projet Tomassini précise que le texte « n'entend pas autoriser, même pas par voie interprétative ou analogique, le recours à l'euthanasie ou à l'acharnement thérapeutique »[127] ; ensuite le préambule se réfère au Code pénal, au code de déontologie médicale, à la position du Pape, à la Déclaration internationale des droits de l'homme et

118 *Ibid.*, p. 2.
119 *Ibid.*, p. 4.
120 *Ibid.*, p. 4.
121 *Ibid.*, p. 4-5.
122 *Ibid.*, p. 5.
123 *Ibid.*, p. 5.
124 *Ibid.*, art. 5, p. 5-6.
125 Proposta di legge Massidda, Norme a tutela della dignità e delle volontà del morente, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIV Legislatura, C. 4713, 17 febbraio 2004.
126 Disegno di legge Tomassini, Norme in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XIV Legislatura, S. 2943, 4 mai 2004.
127 *Ibid.*, p. 2.

à la Constitution italienne, pour préciser que le texte « vise à faire en sorte que chaque individu (...) puisse préalablement décider (...) des traitements médicaux auxquels il souhaite ou pas être soumis, du traitement de son propre corps ou de sa dépouille, ainsi qu'exprimer ses convictions religieuses »[128]. Il s'agit donc d'un préambule moins descriptif et davantage marqué idéologiquement. Quant à leur contenu, les deux textes sont donc fort similaires. L'article 1 établit les définitions[129], là où l'article 2 conditionne tout traitement médical au consentement informé du patient et établit au même temps la possibilité pour le patient de ne pas recevoir d'information s'il le préfère ainsi[130]. Les articles suivants définissent la personne qui doit prendre les décisions à la place du patient devenu inconscient[131], règlent les situations d'urgence[132], le consentement des mineurs[133] et des incapables[134], affirment la compétence du juge en cas de différend[135], établissent la possibilité et les modalités de la rédaction d'un « mandat en prévision de l'incapacité », d'un testament de vie et de la nomination d'une personne de confiance[136], et établissent la création d'un registre national des mandats et des déclarations[137].

Huit jours après le dépôt du second texte, le 12 mai 2004, le texte du projet de loi Tomassini est transmis à la commission compétente au sein de laquelle un rapporteur est nommé. C'est la première fois qu'un texte atteint ce stade. Le rapporteur propose de joindre ce texte aux projets de loi Acciarini[138] et Ripamonti et Del Pennino[139]. Un texte unifié est adopté et un délai pour déposer des amendements est ouvert jusqu'au 13 avril 2005. Suit alors la discussion des amendements et leur adoption. Le 13 juillet 2005, la commission clôture l'examen, sans toutefois rédiger un rapport écrit : elle donne mandat au rapporteur de présenter un rapport oral à la plénière et y recommander l'adoption du

128 *Ibid.*, p. 2.
129 Dans les deux textes p. 4.
130 Dans les deux textes p. 4-5.
131 Dans les deux textes art. 3, p. 5.
132 Dans les deux textes art. 5, proposition Massidda p. 5-6, projet Tomassini p. 6.
133 Dans les deux textes art. 6, p. 6.
134 Dans les deux textes art. 7, proposition Massidda p. 6-7, projet Tomassini p. 7.
135 Dans les deux textes art. 8, p. 8.
136 Proposition Massidda, art. 9 à 17, p. 7-10 ; projet Tomassini, art. 9 à 14, p. 7-10.
137 Proposition Massidda, art. 18, p. 10-11 ; projet Tomassini, art. 15, p. 10-11.
138 *Cf. supra*, Disegno di legge Acciarini, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précité.
139 *Cf. supra*, Disegno di legge Ripamonti ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précité.

projet de loi[140]. Toutefois, pour des raisons que nous imaginons être politiques[141], le dossier n'est jamais inscrit à l'agenda de la plénière avant la fin de la législature. Suite à quoi il devient caduc.

Entre-temps, à partir de janvier 2004, une première affaire médiatisée secoue l'opinion publique. Une femme de 62 ans (appelée « Maria » par la presse afin de protéger sa vie privée) est hospitalisée car elle souffre d'un diabète négligé : son pied droit a la gangrène et il doit être amputé, faute de quoi la patiente mourrait en quelques jours. Mais Maria refuse l'amputation. Une double expertise psychologique et psychiatrique confirme sa capacité mentale et sa conscience de la situation aussi bien que des risques encourus. Le comité éthique de l'hôpital confirme qu'il faut respecter sa volonté. Les médecins s'adressent alors au procureur de Milan (ils ne se sentent évidemment pas sûrs du bon comportement à adopter[142]) qui confirme que la volonté de la patiente doit être respectée et que les médecins se rendraient responsables de « violence privée » s'ils allaient contre son refus. Le ministre de la santé et le président de l'ordre des médecins émettent le même avis. Des appels publics à se laisser soigner se succèdent mais Maria ne change pas d'avis. D'autres suggèrent un traitement médical obligatoire (« trattamento sanitario obbligatorio (TSO) »[143]) mais les expertises médicales confirmant sa santé mentale les en empêchent. Maria rentre chez elle et meurt quelques jours plus tard, laissant derrière elle un grand débat dans l'opinion publique.

3.2.2.2 Les propositions et projets de loi déposés mais restés sans suite entre 2006 et 2008

L'année (électorale) 2006 nous offre un nombre d'initiatives législatives exceptionnel. Ceci s'explique, à nos yeux, par deux facteurs : (a) les élections des 9 et 10 avril 2006, qui ramènent le centre-gauche au pouvoir ; (b) l'impact d'une affaire

140 Senato della Repubblica, XIV Legislatura - XII Commissione permanente - *Resoconto sommario* n. 283 del 13 luglio 2005.

141 On ne trouve aucune trace de ces raisons, ni dans le dossier parlementaire ni dans les articles consultés.

142 Observation de S. Moratti dans sa contribution à J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams, *Euthanasia and law in Europe*, Oxford and Portland, Hart publishing, 2008, p. 400, que nous partageons totalement.

143 *Cf. supra*, § 3.2.3.

médiatique qui deviendra bientôt aussi une affaire judiciaire : l'affaire Welby.

En septembre 2006, Piergiorgio Welby – un malade de dystrophie musculaire à un état très avancé – relance le débat en écrivant une lettre au Président de la République italienne demandant le droit de mourir[144]. Welby est un militant du PR[145] et co-Président de l'association Luca Coscioni (adhérant au même parti) et il sait bien que le chef de l'État ne peut pas intervenir directement : il souhaite en réalité médiatiser son cas afin d'alimenter le débat et il atteint son but. Le Président de la République exprime en effet sa sympathie et son souhait que le Parlement se saisisse de ce thème.

Attaché à un respirateur depuis 1997 et totalement paralysé dans son lit depuis quelque mois, Welby demande l'arrêt des dispositifs qui le tiennent en vie : il s'agit donc d'une affaire de refus de traitement, bien que l'opinion publique s'y réfère souvent comme à un cas d' « euthanasie ». Les deux médecins qui l'ont en charge refusent de débrancher le respirateur, l'un des deux notamment à cause des doutes concernant les devoirs imposés au médecin par l'ordre juridique italien. C'est ainsi que l'affaire arrive sur le bureau du tribunal de Rome auquel les avocats du patient demandent une injonction d'arrêter le traitement : requête déclarée irrecevable le 16 décembre 2006 par un renvoi au pouvoir législatif qui – seul – doit combler les vides juridiques dans le domaine du refus de traitement[146]. Sa condition de santé s'étant empirée, Welby décide de ne pas faire appel et de passer à l'acte : le 20 décembre 2006, il meurt suite au débranchement du respirateur effectué par des médecins volontaires contactés par le PR et l'association Luca Coscioni, parmi lesquels l'anesthésiste Mario Riccio. Ce dernier participera le jour suivant à une conférence de presse avec les députés du PR ayant soutenu Welby dès le début de l'affaire et déclarera avoir simplement exécuté la volonté du patient de refuser un traitement et non pas d'avoir pratiqué une euthanasie puisqu'aucune drogue létale n'avait été injectée.

Le tribunal de Rome ouvre alors une enquête sur le comportement de l'anesthésiste

144 Ce geste rappelle celui accompli par Vincent Humbert en France, *cf. supra,* § 2.3. Piergiorgio Welby avait déjà écrit un livre portant le titre « Laissez-moi mourir ».

145 En avril 2006, il s'était aussi porté candidat aux élections nationales pour le même parti.

146 Trib. Roma, 16 dicembre 2006, in *Giur. mer.*, 2007, p. 996.

pour le crime d'homicide de la personne consentante. Avant le jugement du Tribunal, le 1er février 2007, l'Ordre des médecins considère que le comportement de Mario Riccio a été correct et ne mérite aucune sanction disciplinaire[147]. Le 23 juillet 2007, c'est au tribunal de déclarer le non-lieu car « les faits n'impliquent aucun crime »[148]. Dans l'exposé des motifs, le tribunal affirme le droit de Welby de refuser le traitement (même lorsqu'en dépend sa survie) et le devoir correspondant du médecin de respecter et de s'en tenir à sa demande.

Si l'affaire de Maria nous confirme la possibilité de refuser un traitement médical conformément à l'article 32 de la Constitution, l'affaire Welby nous mène un pas plus loin : puisque le comportement du personnel médical n'a été aucunement sanctionné, ceci confirme le bien-fondé de la doctrine majoritaire à l'époque en matière de refus de traitement même pour le débranchement des appareils dont dépend la survie du patient (« withdrawal », pour la doctrine anglophone).

Or, pendant ce temps, l'opinion publique s'intéresse à la thématique de la fin de vie et les élus reflètent cet intérêt dans le travail parlementaire. Piero Welby est par ailleurs un militant du PR et dirigeant de l'Associazione Luca Coscioni (à son tour association adhérente au PR). On imagine donc bien le double fil reliant les deux versants de la campagne politique.

Le 11 janvier 2006, M. Biscardini (NI[149]) et d'autres élus de différents partis[150] déposent au Sénat, un projet de loi contenant des « Normes à propos de la protection de la dignité de la vie et réglementation de l'euthanasie »[151]. Son préambule[152] cite d'abord entre guillemets les deux premières pages de la proposition de loi de M. Fortuna et

147 « Welby, archiviazione per Riccio. "Non è stata eutanasia" », *La Repubblica*, 1 février 2007, in http://www.repubblica.it/2006/12/sezioni/cronaca/welby3/archiviato-medico/archiviato-medico.html?ref=search .

148 Le 23 juillet 2007 ont lieu l'audience et le prononcé de la décision. Le jugement est déposé le 22 octobre 2007 (sent. n° 2049/07).

149 Groupe technique des Non-Inscrits (« Gruppo Misto »).

150 RNP, AN, DS, FI, Verts.

151 Disegno di legge Biscardini ed altri, « Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia », *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XIV Legislatura, S. 3726, 11 gennaio 2006.

152 *Ibid.*, p. 2-5.

autres[153] (notamment les parties relatives aux expériences dans d'autres pays), il ajoute ensuite le rappel aux principes inspirant ses auteurs (l'autodétermination, la dignité de la personne, le droit de mourir) et il résume enfin le contenu de articles. Ces derniers renvoient en bonne partie à des propositions précédentes, et notamment : l'article 1 (dispositions générales)[154], qui indique les principales conditions afin de demander l'aide d'un médecin pour mettre fin à sa vie par le biais de son assistance[155], reprend presque mot-à-mot l'alinéa c) de l'article 2 de la proposition de loi de M. Pisapia et autres[156] (qui, nous l'avons vu, s'inspire à son tour la loi belge). L'article 2 (procédure pour l'euthanasie active)[157] est repris presque entièrement du même article toujours de la proposition Pisapia, sauf la mention de la condition d'être en stade terminal, l'effacement de l'alinéa relatif à une procédure spécifique pour les non-terminaux, et l'ajout d'une mention spécifique de non-punissabilité en dérogation aux articles 579, 580 et 593 du Code pénal (concernant respectivement l'homicide du consentant, l'instigation ou aide au suicide et la non-assistance à personne en danger). L'article 3 est nouveau (testament biologique)[158] et prévoit également la non-punissabilité du médecin qui provoque ou facilite la mort d'une personne n'étant plus capable mais ayant rédigé auparavant (donc lorsqu'elle était capable) et par écrit sa demande. L'article 4 (réglementation de l'interruption des thérapies de soutien vital)[159] est presque identique à l'addition des articles 2 à 6 de la proposition de loi Fortuna[160], à deux exceptions près : c'est le patient qui peut demander dans son testament biologique l'interruption des thérapies de soutien vital (et non pas le médecin comme dans la proposition de loi de 1984), et « un ministre du culte du patient » n'est plus inclus parmi les personnes pouvant s'opposer à l'interruption des thérapies. Les

153 *Cf. supra*, Proposta di legge Fortuna ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina della eutanasia passiva, précitée.

154 Disegno di legge Biscardini ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précité, p. 6.

155 Ces conditions sont notamment le fait d'être en stade terminal d'une maladie gravement invalidante, irréversible et incurable.

156 *Cf. supra*, Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précitée.

157 Disegno di legge Biscardini ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précité, p. 6-8.

158 *Ibid.*, p. 8-9.

159 *Ibid.*, p. 9-10.

160 *Cf. supra*, Proposta di legge Fortuna ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina della eutanasia passiva, précitée.

articles 5 (objection de conscience)[161] et 6 (effets juridiques)[162] sont identiques aux mêmes articles du projet de loi Battisti[163]. Les articles 7 à 11 (document d'enregistrement, commission de contrôle, dispositions finales)[164] sont encore une fois presque identiques aux articles équivalents de la proposition de loi Pisapia[165]. On peut donc constater un travail de composition en partant de plusieurs des propositions de loi précédentes.

Il est, par ailleurs, redépose en identique mais à la Chambre quelque jour plus tard, le 17 janvier 2006, par M. Buemi et d'autres députés (RNP)[166].

Le 28 avril 2006, premier jour de la XV^e^ législature de la République italienne, M. Malabarba (RC) dépose au Sénat un projet de loi intitulé « Dispositions en matière d'interruption volontaire de la survie »[167] étant totalement identique aux deux textes déposée à la Chambre par M. Pisapia (du même parti politique) respectivement en 2000[168] et en 2001[169].

Le même jour, M. Tomassini (FI) dépose au Sénat un projet de loi ayant pour titre « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement médical »[170]. Ce projet est presque identique à celui déposé par le même auteur en 2004[171], à trois exceptions près : 1) le titre est différent ; 2) le texte contient un nouvel

---

161 Disegno di legge Biscardini ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précité, p. 10.

162 *Ibid.*, p. 10.

163 *Cf. supra*, Disegno di legge Battisti ed altri, Norme per la depenalizzazione dell'eutanasia, précité.

164 Disegno di legge Biscardini ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précité, p. 10-13.

165 Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précité.

166 Proposta di legge Buemi ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIV Legislatura, C. 6269, 17 gennaio 2006.

167 Disegno di legge Malabarba, Disposizioni in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza, *Atti Parlamentari*, Senato, XV Legislatura, S. 66, 28 aprile 2006.

168 *Cf. supra*, Proposta di legge Pisapia, Disposizioni in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIII Legislatura, C. 7338, 3 ottobre 2000.

169 *Cf. supra*, Proposta di legge Pisapia, Disposizioni in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIII Legislatura, C. 1242, 6 luglio 2001.

170 Disegno di legge Tomassini, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 3, 28 aprile 2006.

171 *Cf. supra*, Disegno di legge Tomassini, Norme in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento, précité.

article 5 (additionnel) qui précise que « l'hydratation et la nutrition parentérales ne sont pas assimilées à l'acharnement thérapeutique »[172] ; 3) ce qui était appelé précédemment « testament de vie » est maintenant appelé « déclaration anticipée » sans pour autant en changer le contenu[173]. Ce projet de loi sera formellement joint à dix autres projets de loi[174] pour un examen conjoint en Commission Santé (*cf. infra* pour les détails[175]). Pour le confort du lecteur, nous nous référerons à ce projet de loi par la suite en l'appelant « projet Tomassini de 2006 ».

Le 17 mai 2006, M. Benvenuto (L'Ulivo[176]) dépose au Sénat un projet de loi intitulé « Dispositions en matière de déclaration anticipée de volonté concernant les traitements médicaux »[177]. Son préambule se réfère au « principe d'autonomie et [au] droit à l'autodétermination, fondamentaux dans nos sociétés démocratiques, caractérisées par un pluralisme de valeurs, de morales et de cultures », à la Constitution, à la Convention d'Oviedo, au code de déontologie, au Pape et à la jurisprudence[178], ainsi qu'au « vieux paternalisme-autoritarisme » médical[179]. L'article 1 établit le droit à l'information[180], l'article 2 le libre consentement ou refus des traitements médicaux[181], l'article 3 la possibilité de rédiger des déclarations anticipées juridiquement contraignantes pour le personnel médical et concernant tous les traitements (y inclus la nutrition et l'hydratation, ainsi que les analgésiques potentiellement accélérant la mort) et aussi éventuellement la nomination d'une personne de confiance[182] ; les articles 4 et 5 donnent la compétence au juge pour nommer une personne de confiance si le patient ne

---

172 Disegno di legge Tomassini, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, précité, p. 6.

173 *Ibid.*, art. 13, p. 9.

174 Le 5 juillet 2006, ce projet sera joint aux projets Benvenuto, Massidda, Carloni et Marino et autres (*cf. infra* pour les références) ; le 9 septembre 2006, il sera joint aux projets Ripamonti, Binetti et Baio Dossi, Del Pennino e Biondi ; finalement, le 12 décembre 2007 il sera joint aux projets Silvestri, Emprin Gilardini et autres, Formisano.

175 Le schéma du dossier législatif se trouve dans le site du Sénat italien : http://www.senato.it/leg/15/BGT/Schede/Ddliter/comm/24014_comm.htm .

176 L'Olivier : L'Ulivo, centre-gauche. C'est le groupe parlementaire précurseur du Parti Démocrate puisqu'il unissait dans le même groupe politique les élus en provenance des partis DS et Margherita.

177 Disegno di legge Benvenuto, Disposizioni in materia di dichiarazione anticipata di volontà sui trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 357, 17 mai 2006.

178 *Ibid.*, p. 2.

179 *Ibid.*, p. 3.

180 *Ibid.*, p. 5.

181 *Ibid.*, p. 5-6.

182 *Ibid.*, p. 6-7.

l'a pas fait (et se trouve dans un état d'incapacité) et pour résoudre les éventuels différends entre la personne de confiance et le médecin[183]. Ce projet sera joint au projet Tomassini de 2006 pour examen conjoint en Commission Santé.

Le jour suivant, Mme Chiaromonte et d'autres députés (L'Ulivo) déposent à la Chambre une proposition de loi relative aux « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux »[184], ayant un texte identique à celui déposé par la première signataire avec Mme Grignaffini en 2001[185] (à son tour identique à la proposition de loi Grignaffini de 1999[186] et au projet de loi Manconi de 2000[187]).

Un jour plus tard, le 19 mai 2006, M. Massidda dépose au Sénat un projet de loi concernant des « Normes pour la tutelle de la dignité et de la volonté du mourant »[188] qui a un texte identique à celui de la proposition de loi déposée par le même auteur en 2004[189]. Ce projet sera joint au projet Tomassini de 2006 pour examen conjoint en Commission Santé.

Le 22 mai 2006, Mme Zanotti (L'Ulivo) et d'autres députés de différents groupes politiques de centre-gauche (L'Ulivo, CI[190], RC, IDV[191], RNP, Verts) déposent à la Chambre une proposition de loi relative aux « Dispositions pour la dépénalisation de

183 *Ibid.*, p. 7.

184 Proposta di legge Chiaromonte ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XV Legislatura, C. 762, 17 maggio 2006.

185 *Cf. supra*, Proposta di legge Grignaffini e Chiaromonte, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précitée.

186 Proposta di legge Grignaffini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précitée.

187 Disegno di legge Manconi ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précité.

188 Disegno di legge Massidda, Norme a tutela della dignità e delle volontà del morente, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 433, 19 maggio 2006.

189 *Cf. supra*, Proposta di legge Massidda, Norme a tutela della dignità e delle volontà del morente, précitée.

190 Communistes Italiens : Comunisti Italiani (CI), groupe parlementaire composé par les élus du Parti des Communistes Italiens (PdCI).

191 Italie des Valeurs : Italia dei Valori (IDV), parti principalement anti-corruption ayant adhéré à la mouvance libérale au niveau européen.

l'euthanasie »[192] qui est totalement identique à celle déposée par M. Battisti et d'autres sénateurs en 2004[193].

Le même jour, M. Di Virgilio (FI) et d'autres députés (FI, UDC[194], AN) déposent une proposition de loi ayant pour titre « Dispositions en matière de consentement informé aux traitements médicaux et de déclarations anticipées de traitement »[195]. Son préambule cite (en plus de la Constitution italienne, de la Convention d'Oviedo et du code de déontologie) aussi la Charte des droits fondamentaux de l'UE[196]. L'article 1 établit les définitions[197], l'article 2 liste les principes sur lesquelles la proposition de loi se base (notamment l'autonomie, la libre détermination et l'indisponibilité du droit à la vie) et précise qu'« en aucun cas les dispositions prévues dans la présente loi ne peuvent être interprétées dans le sens de remettre à la volonté du patient ou du médecin, ou en général d'admettre, promouvoir ou consentir : a) l'euthanasie active ou passive ; b) l'arrêt d'interventions de soutien vital de caractère non-extraordinaire, tels la nutrition ou l'hydratation artificielles ; c) l'acharnement thérapeutique ; d) des pratiques médicales contraires au droit ou à la déontologie médicale »[198]. L'article 3 établit le droit au consentement informé[199]. L'article 4 établit l'ordre des sujets pouvant prêter le consentement à la place du patient si celui-ci est inconscient[200], en indiquant à la première place la personne de confiance éventuellement nommée par le biais de la déclaration anticipée de traitement prévue à l'article 6[201]. L'article 5 établit la possibilité de rédiger un « mandat en prévision de l'incapacité » qui est une forme de contrat de droit civil[202]. L'article 7 précise comment est constatée l'incapacité du patient[203] et l'article 9 établit un

192 Proposta di legge Zanotti ed altri, Disposizioni per la depenalizzazione dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XV Legislatura, C. 843, 22 maggio 2006.
193 *Cf. supra*, Disegno di legge Battisti ed altri, Norme per la depenalizzazione dell'eutanasia, précité.
194 Union des Démocrates Chrétiens et Démocrates de Centre : Unione dei Democratici Cristiani e Democratici di Centro (UDC), centriste catholique.
195 Proposta di legge Di Virgilio ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato ai trattamenti sanitari e di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XV Legislatura, C. 779, 22 maggio 2006.
196 *Ibid.*, p. 2.
197 *Ibid.*, p. 4.
198 *Ibid.*, p. 4-5.
199 *Ibid.*, p. 5-6.
200 *Ibid.*, p. 6-7.
201 *Ibid.*, p. 8-9.
202 *Ibid.*, p. 7-8.
203 *Ibid.*, p. 9.

registre national des mandats en prévision de l'incapacité et des déclarations anticipées[204].

Le 31 mai 2006, Mme Carloni et d'autres sénateurs (L'Ulivo) déposent au Sénat un projet de loi intitulé « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux »[205] et ayant un texte identique à la proposition de loi Grignaffini de 1999[206]. Le 20 juin 2006, le même texte est aussi déposé – toujours au Sénat – par M. Ripamonti (Verts)[207]. Ces deux projets seront joints au projet Tomassini de 2006 pour examen conjoint en Commission Santé.

Le 22 juin 2006, Mme Mascia et d'autres députés (RC) déposent à la Chambre une proposition de loi portant le titre « Dispositions en matière d'interruption volontaire de la survie »[208], étant en tout et pour tout identique aux textes déposés en 2000, 2001 et 2006 respectivement par M. Pisapia[209] et M. Malabarba[210].

À peine un jour plus tard, les mêmes députés (accompagnés d'un autre confrère du même parti) déposent une autre proposition de loi portant le titre « Normes en matière d'euthanasie »[211], étant identique à celle déposée par M. Pisapia en 2002[212] à l'exception de quelque paragraphe du préambule, dont celui qui cite justement l'autre proposition de loi à peine déposée. Le préambule n'explique toutefois pas la raison de ce double emploi.

---

204 *Ibid.*, p. 10.

205 Disegno di legge Carloni, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 542, 31 maggio 2006.

206 *Cf. supra*, Proposta di legge Grignaffini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précitée.

207 Disegno di legge Ripamonti, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 665, 20 giugno 2006.

208 Proposta di legge Mascia ed altri, Norme in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XV Legislatura, C. 1182, 22 giugno 2006.

209 *Cf. supra*, Proposta di legge Pisapia, Disposizioni in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza, précité, 3 ottobre 2000; Proposta di legge Pisapia, Disposizioni in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza, précité, 6 luglio 2001.

210 *Cf. supra*, Disegno di legge Malabarba, Disposizioni in materia di interruzione volontaria della sopravvivenza, précité.

211 Proposta di legge Mascia ed altri, Norme in materia di eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XV Legislatura, C. 1190, 23 giugno 2006.

212 *Cf. supra*, Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précitée.

Le 27 juin 2006, M. Marino (L'Ulivo) et d'autres sénateurs (L'Ulivo, IDV, RC) déposent au Sénat un projet de loi concernant des « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux afin d'éviter l'acharnement thérapeutique »[213]. Son préambule cite plusieurs cas de jurisprudence des États-Unis[214]. L'article 1 traite des définitions[215], l'article 2 du consentement informé[216], l'article 3 établit l'ordre des personnes ayant droit de donner le consentement au nom du patient si celui-ci devient incapable[217]. L'article 5 traite des situations d'urgence[218], l'article 6 des mineurs[219] et le 7 des incapables majeurs d'âge[220]. L'article 8 établit la compétence du juge en cas de différend[221], l'article 10 donne la possibilité de rédiger une déclaration anticipée et d'y nommer par le même biais une personne de confiance[222]. L'article 14 crée un registre national des déclarations anticipées[223]. Ce projet sera joint au projet Tomassini de 2006 pour examen conjoint en Commission Santé.

Le 5 juillet 2006, M. Polledri (LNP[224]) dépose au Sénat un projet de loi ayant pour titre « Dispositions concernant l'interdiction de l'euthanasie »[225], qui est la copie exacte de la la proposition de loi Cè et autres (du même parti politique) déposée à la Chambre en 2002[226].

Le 7 juillet 2006, Mme Binetti et une autre sénatrice (L'Ulivo) déposent un projet

213 Disegno di legge Marino ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 687, 27 giugno 2006.
214 *Ibid.*, p. 2-5.
215 *Ibid.*, p. 6.
216 *Ibid.*, p. 6-7.
217 *Ibid.*, p. 7-8.
218 *Ibid.*, p. 8.
219 *Ibid.*, p. 8-9.
220 *Ibid.*, p. 9.
221 *Ibid.*, p. 9.
222 *Ibid.*, p. 10.
223 *Ibid.*, p. 12-3.
224 Ligue du Nord - Padanie : Lega Nord Padania (LNP), régionaliste, nom légèrement différent du même groupe politique LN de la précédente législature.
225 Disegno di legge Polledri, Disposizioni concernenti il divieto di eutanasia, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 752, 5 luglio 2006.
226 *Cf. supra*, Proposta di legge Cè ed altri, Disposizioni concernenti il divieto di eutanasia, précitée.

de loi intitulé « Dispositions en matière de déclaration anticipée de traitement »[227]. Son préambule cite la Charte des Droits Fondamentaux, la Convention d'Oviedo, le code de déontologie, les opinions du Comité National de Bioéthique (CNB)[228]. L'article 1 établit les définitions[229], l'article 2 donne la possibilité de rédiger une déclaration anticipée de traitement et d'y nommer par le même biais une personne de confiance[230], l'article 3 fixe le contenu et les limites de la déclaration susmentionnée (l'hydratation et la nutrition ne peuvent pas en faire l'objet)[231]. L'article 4 règle le consentement informé[232], l'article 5 les pouvoirs et devoirs de la personne de confiance[233], l'article 6 les mineurs[234], l'article 7 l'objection de conscience (si le médecin n'est pas d'accord avec les choix indiqués par le patient)[235]. Ce projet sera joint au projet Tomassini de 2006 pour examen conjoint en Commission Santé.

Le 18 juillet 2006, MM. Del Pennino (PRI) et Biondi (FI) déposent au Sénat un projet de loi relatif aux « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux »[236] qui est identique à celui co-signé par le même sénateur Del Pennino en 2003[237] (et donc à son tour identique à la proposition de loi déposée en 1999 par Mme Grignaffini[238]). Ce projet de loi sera joint au projet Tomassini de 2006 pour examen conjoint en Commission Santé.

En effet, lors des deux réunions de la Commission Santé des 5 juillet et 26 septembre 2006, les projets que nous avons mentionnés *supra* sont joints au projet

---

227 Disegno di legge Binetti e Baio Dossi, Disposizioni in materia di dichiarazione anticipata di trattamento, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 773, 7 luglio 2006.

228 *Ibid.*, p. 2-4.

229 *Ibid.*, p. 7-8.

230 *Ibid.*, p. 8.

231 *Ibid.*, p. 8-9.

232 *Ibid.*, p. 9-10.

233 *Ibid.*, p. 10.

234 *Ibid.*, p. 11.

235 *Ibid.*, p. 11.

236 Disegno di legge Del Pennino e Biondi, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Senato, XV Legislatura, S. 818, 18 luglio 2006.

237 *Cf. supra*, Disegno di legge Ripamonti e Del Pennino, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précité.

238 *Cf. supra*, Proposta di legge Grignaffini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précitée.

Tomassini de 2006 pour examen. Une rapporteure est nommée (Mme Bassoli – L'Ulivo) qui propose la tenue d'auditions d'experts sur ce thème. Les auditions se déroulent à huis clos devant le bureau « élargi » de la Commission Santé[239]. Elles se terminent en juin 2007, où le débat conjoint en Commission continue (*cf. infra* pour les vicissitudes successives).

Le 25 juillet 2006, Mme Poretti et d'autres députés (RNP) déposent à la Chambre une proposition de loi contenant des « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux »[240]. Son préambule[241] explique que le texte a été élaboré en collaboration avec l'Association pour les droits des utilisateurs et des consommateurs (« Associazione diritti degli utenti e consumatori ») et avec l'association Luca Coscioni pour la liberté de la recherche scientifique ; il cite ensuite la Constitution italienne ainsi que l'affaire Englaro[242]. L'article 1 précise le devoir d'information de la part du médecin[243], l'article 2 traite du consentement informé[244]. L'article 3 donne à toute personne majeure de quatorze ans la possibilité de rédiger une déclaration anticipée de volonté indiquant les traitements auxquels elle souhaite ou ne souhaite pas se soumettre (y inclus la nutrition et hydratation artificielles, ainsi que les analgésiques potentiellement accélérant la mort)[245]. L'article 4 donne la possibilité de nommer une personne de confiance[246], l'article 5 règle les situations d'urgence[247] et l'article 6 les différends[248]. L'article 7 crée un registre national des déclarations anticipées[249], l'article 8 une commission nationale de contrôle sur la mise en œuvre de la loi[250] et l'article 9 prescrit la diffusion de l'information concernant les

239 D'habitude, selon le jargon parlementaire, ceci signifie élargi à au moins un représentant par groupe politique.
240 Proposta di legge Poretti ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XV Legislatura, C. 1463, 25 luglio 2006.
241 *Ibid.*, p. 1-3.
242 *Cf. infra*, dans un instant.
243 Proposta di legge Poretti ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précitée, p. 4.
244 *Ibid.*, p. 4-5.
245 *Ibid.*, p. 5-7.
246 *Ibid.*, p. 7.
247 *Ibid.*, p. 7.
248 *Ibid.*, p. 8.
249 *Ibid.*, p. 8.
250 *Ibid.*, p. 9.

dispositions de la loi[251].

Le 26 septembre 2006, M. Calvi (L'Ulivo) dépose au Sénat un projet de loi relatif aux « Normes pour la dépénalisation de l'euthanasie »[252] dont le texte est identique à celui déposé par M. Battisti et d'autres élus en 2004[253] et, par conséquent, aussi à celui déposé par Mme Zanotti et d'autres élus à peine quelques mois auparavant[254].

Le même jour, mais à la Chambre, deux propositions de loi sont déposées. La première est déposée par M. Beltrandi et d'autres députés (RNP) et concerne des « Normes à propos de la protection de la dignité de la vie et réglementation de l'euthanasie »[255]. Elle a un texte identique (à l'exception de l'ajout de quelques paragraphes dans le préambule concernant les législations hollandaise et belge) à celui du projet de loi Biscardini[256] et donc de la proposition de loi Buemi[257] déposés en début d'année et portant le même titre.

La seconde est déposée par M. Grillini et d'autres députés de différents partis de centre-gauche[258], ayant pour titre « Réglementation de l'euthanasie et du testament de vie »[259]. Son préambule mentionne les législations hollandaise et belge[260] ; il prend note du pluralisme de valeurs, sensibilités et opinions dans notre société[261] ; affirme l'importance et la volonté et liberté individuelle, ainsi que l'impossibilité d'imposer des choix à personne[262]. Ne souhaitant donc pas décider pour tous, les auteurs affirment leur

---

251 *Ibid.*, p. 9.

252 Disegno di legge Calvi, Norme per la depenalizzazione dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 1017, 26 settembre 2006.

253 *Cf. supra*, Disegno di legge Battisti ed altri, Norme per la depenalizzazione dell'eutanasia, précité.

254 *Cf. supra*, Proposta di legge Zanotti ed altri, Disposizioni per la depenalizzazione dell'eutanasia, précité.

255 Proposta di legge Beltrandi ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XV Legislatura, C. 1701, 26 settembre 2006.

256 *Cf. supra*, Disegno di legge Biscardini ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précité.

257 *Cf. supra*, Proposta di legge Buemi ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précitée.

258 L'Ulivo, CI et RNP.

259 Proposta di legge Grillini ed altri, Disciplina dell'eutanasia e del testamento biologico, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XV Legislatura, C. 1702, 26 settembre 2006.

260 *Ibid.*, p. 1.

261 *Ibid.*, p. 1.

262 *Ibid.*, p. 2.

souhait d'accorder la liberté et la responsabilité de choix à tout un chacun. L'article 1[263] établit le devoir du médecin d'informer le patient, sauf si ce dernier le refuse. L'article 2[264] donne le droit à toute personne majeure de seize ans d'exprimer son consentement (ou refus) informé et de rédiger une déclaration qui serait valable aussi en cas de perte de conscience successive. L'article 3[265] prévoit la possibilité de rédiger un testament biologique et en détaille le contenu. L'article 4[266] concerne la nomination d'une personne de confiance, qui peut être inclue dans le testament biologique. L'article 5[267], qui porte le titre « dispositions générales en matière d'euthanasie » et qui reprend le texte de l'article 1 du projet de loi Biscardini de 2006[268] (et donc aussi de la proposition de loi Buemi[269]), indique les principales conditions à remplir afin de demander l'aide d'un médecin pour mettre fin à sa vie par le biais de l'assistance d'un médecin. L'article 6[270], qui reprend également le texte du projet de loi Biscardini et notamment son article 2, établit les conditions et procédures détaillées pour une « euthanasie active ». L'article 7[271] concerne l'« euthanasie passive » : c'est ainsi qu'est définie l'interruption des thérapies de soutien vital qui avait déjà été introduite (en identique) dans le projet de loi Biscardini et la proposition de loi Buemi, que ce texte reprend en amendant juste l'intitulé de l'article. Les articles 8 et 9[272], qui concernent notamment l'objection de conscience et les effets juridiques, sont tirés mot-à-mot du projet de loi Battisti et autres de 2004[273] (respectivement de ses articles 4 et 5). Les articles 10 à 12[274], relatifs au document d'enregistrement et la commission de contrôle, sont fort similaires aux dispositions contenues à ce sujet dans la proposition de loi Pisapia du 4 septembre 2002[275] (s'inspirant

263 *Ibid.*, p. 3.
264 *Ibid.*, p. 3-4.
265 *Ibid.*, p. 4-6.
266 *Ibid.*, p. 6-7.
267 *Ibid.*, p. 7.
268 *Cf. supra*, Disegno di legge Biscardini ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précité.
269 *Cf. supra*, Proposta di legge Buemi ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précitée.
270 Proposta di legge Grillini ed altri, Disciplina dell'eutanasia e del testamento biologico, précitée, p. 7-9.
271 *Ibid.*, p. 10-11.
272 *Ibid.*, p. 11.
273 *Cf. supra*, Disegno di legge Battisti ed altri, Norme per la depenalizzazione dell'eutanasia, précité.
274 Proposta di legge Grillini ed altri, Disciplina dell'eutanasia e del testamento biologico, précitée, p. 11-13.
275 *Cf. supra*, Proposta di legge Pisapia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précitée.

de la loi belge) sauf pour le nom de la commission (qui est définie de contrôle et non pas aussi d'évaluation). Finalement, les articles 13 et 14[276] concernent le rapport de la commission de contrôle au Parlement et les dispositions finales. De même que pour le projet de loi Biscardini de 2006[277], on constate ici aussi un grand travail de composition en partant des propositions de loi précédentes.

À peine deux jours plus tard, le 28 septembre 2006, M. Crema et d'autres députés (RNP) déposent une proposition de loi intitulée « Normes à propos de la protection de la dignité de la vie et réglementation de l'euthanasie passive »[278] et re-proposant le même texte de la proposition de loi Fortuna[279] à l'exception de l'article 2 de cette dernière (qui définissait le stade terminal mais de manière assez vague) : cette définition est ici absente.

Ainsi, en l'espace de trois jours, quatre propositions ou projets de loi sont déposés au Parlement italien. Et ceci se passe à peine quelque jour après la publication de la lettre de Piero Welby au Président de la République italienne.

Le 7 novembre 2006, M. Pellegrino et d'autres députés (Verts) déposent à la Chambre une proposition de loi contenant des « Dispositions en matière de consentement informé et de testament biologique afin d'éviter l'acharnement thérapeutique »[280]. Après un préambule qui précise que « dans la société d'aujourd'hui le rôle fondamental attribué à l'individualisme et à la tutelle de la liberté d'autodétermination est indéniable »[281], l'article 1 établit le droit à l'information et au consentement informé (qui est obligatoire, y inclus dans les cas où le refus du consentement impliquerait la mort du patient)[282].

---

276 Proposta di legge Grillini ed altri, Disciplina dell'eutanasia e del testamento biologico, précitée, p. 13-14.

277 *Cf. supra*, Disegno di legge Biscardini ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précité.

278 Proposta di legge Crema ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia passiva, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XV Legislatura, C. 1739, 28 settembre 2006.

279 *Cf. supra*, Proposta di legge Fortuna ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina della eutanasia passiva, précitée.

280 Proposta di legge Pellegrino ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di testamento biologico al fine di evitare l'accanimento terapeutico, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XV Legislatura, C. 1884, 7 novembre 2006.

281 *Ibid.*, p. 2.

282 *Ibid.*, p. 7-8.

L’article 2 indique comment procéder en cas d’incapacité du patient et indique l’ordre des personnes par conséquent autorisées à décider à sa place[283]. L’article 3 affirme le principe selon lequel le consentement de la personne incapable n’est pas indispensable si sa vie est en péril[284]. L’article 4 traite de la situation particulière des mineurs de quatorze ans, des mineurs entre quatorze et dix-sept ans et de la compétence du juge en cas de différend[285]. L’article 5 définit le « testament biologique » et ses modalités de rédaction (y inclus la possibilité de refuser la nutrition et hydratation artificielles)[286]. L’article 6 concerne la nomination de la personne de confiance[287].

À la fin de 2006, lorsque l'affaire Welby est encore en cours et que le tribunal n'a pas encore dit le mot de la fin, un autre patient vit un *cursus* tout à fait semblable mais au final plus difficile : il s'agit de Giovanni Nuvoli, un malade de sclérose latérale amyotrophique presque totalement paralysé. Les deux affaires se croisent. Il écrit, lui aussi, une lettre ouverte au Président de la République et demande aux médecins ainsi qu'au Tribunal de Sassari (sa ville de résidence) qu'on arrête la ventilation artificielle qui le maintien en vie. Sa demande ayant été rejetée (par les mêmes arguments que dans l'affaire Welby), Nuvoli demande et obtient de quitter l'hôpital et de pouvoir rentrer chez lui. Le 7 juillet 2007, le médecin anesthésiste Tommaso Ciacca – également membre de l'association Luca Coscioni, comme Mario Riccio – décide d'exécuter la volonté du patient et notifie au Tribunal de Sassari qu'il arrêtera le ventilateur du patient : trois jours plus tard, le Procureur informe le médecin que l'arrêt du traitement pourrait impliquer une incrimination pour homicide de la personne consentante et envoie des patrouilles de la gendarmerie (« carabinieri ») au domicile du patient afin de contrôler que personne n'arrête la ventilation. Le 16 juillet 2007, le patient décide alors d'entamer une grève de la faim et de la soif qui l'amènera à la mort huit jours plus tard, sans que le ventilateur soit arrêté. Ironie du sort, le jugement final d'acquittement de Mario Riccio arrivera quelques heures à peine après la mort de Giovanni Nuvoli, qui n'aura donc même pas pu demander

283 *Ibid.*, p. 8.
284 *Ibid.*, p. 8.
285 *Ibid.*, p. 8-9.
286 *Ibid.*, p. 9-11.
287 *Ibid.*, p. 11-2.

au Tribunal de s'inspirer du « précédent » Welby[288].

Le 26 janvier 2007, M. Ripamonti (Verts) dépose au Sénat un projet de loi ayant pour titre « Normes à propos de la protection de la dignité de la vie et réglementation de l'euthanasie »[289], qui reprend mot-à-mot (sauf juste quelque paragraphe du préambule qui est effacé) le texte du projet de loi Biscardini de 2006[290] (et par conséquent, des propositions de loi Buemi[291] et Beltrandi[292]).

Le 21 février 2007, M. Calvi dépose au Sénat un projet de loi intitulé « Dispositions en matière de non-punissabilité du médecin dans l'application des déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux »[293]. Mises à part son titre et son préambule, qui fait référence à la mort de Piero Welby (qui a eu lieu en décembre 2006), à son affaire judiciaire et au problème de « consentir à une mort dans la dignité »[294] et aux instruments internationaux tels la Charte des Droits Fondamentaux, la Convention européenne des Droits de l'Homme et la Convention d'Oviedo[295], le texte du projet de loi est presque totalement identique à celui déposé par M. Battisti et d'autres sénateurs en 2004[296].

Nous l'avions mentionné *supra* : en juin 2007, suite aux auditions tenues à huis clos, la Commission Santé du Sénat recommence l'examen conjoint du projet de loi Tomassini de 2006 et de tous les projets joints. Ainsi, sont ultérieurement joints les projets

---

288 « 'Giovanni si è lasciato morire di inedia'. Il dolore della moglie di Nuvoli », La Repubblica, 24 juillet 2007, *in* http://www.repubblica.it/2007/07/sezioni/cronaca/welby-medico/nuvoli-morto-di-inedia/nuvoli-morto-di-inedia.html .

289 Disegno di legge Ripamonti, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 1282, 26 gennaio 2007.

290 *Cf. supra*, Disegno di legge Biscardini ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précité.

291 *Cf. supra*, Proposta di legge Buemi ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précitée.

292 *Cf. supra*, Proposta di legge Beltrandi ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précitée.

293 Disegno di legge Calvi, Disposizioni in materia di non punibilità del medico nell' applicazione delle dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 1341, 21 febbraio 2007.

294 *Ibid.*, p. 2.

295 *Ibid.*, p. 3.

296 *Cf. supra*, Disegno di legge Battisti ed altri, Norme per la depenalizzazione dell'eutanasia, précité.

de loi qui suivent : Silvestri, Emprin Gilardini et Formisano (*cf. infra*).

Le 5 juin 2007, M. Silvestri (Verts) dépose au Sénat une proposition de loi[297] ayant le même titre et contenu que celle déposée par M. Pellegrino et d'autres élus à la Chambre le 7 novembre 2006[298]. Ce projet est joint au projet Tomassini de 2006 pour examen conjoint en Commission Santé.

Le 13 juin 2007, Mme Emprin Gilardini (RC) et d'autres sénateurs (RC, L'Ulivo, IDV, Verts-Communistes, SD[299]) déposent un projet de loi ayant pour titre « Dispositions en matière de consentement informé et de directives de traitement médical »[300]. L'article 1 définit ce qu'est un « traitement médical »[301], l'article 2 affirme le droit à l'information[302], les articles 3 et 4 donnent la possibilité de formuler une directive de traitement médical (qui demeure valable aussi lorsque la personne perd sa capacité)[303] et une directive « anticipée » de traitement médical pour les traitements futurs[304]. L'article 5 établit des critères formels[305], l'article 6 prescrit quoi faire en cas « d'état de nécessité » si les directives ne sont pas formulées[306], l'article 7 donne la possibilité de nommer une personne de confiance et établit l'ordre des personnes pouvant décider à la place du patient inconscient en cas de manque de nomination[307]. L'article 8 établit la compétence du juge en cas de différend[308], l'article 9 crée un registre national des directives[309] et l'article 10 prescrit la rédaction d'un rapport annuel sur l'application de la loi de la part

297 Disegno di Legge Silvestri, Disposizioni in materia di consenso informato e di testamento biologico al fine di evitare l'accanimento terapeutico, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S1615, 5 giugno 2007.

298 *Cf. supra*, Proposta di legge Pellegrino ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di testamento biologico al fine di evitare l'accanimento terapeutico, précitée.

299 Gauche démocratique : Sinistra Democratica (SD), il s'agit de la gauche des socialistes.

300 Disegno di legge Emprin Gilardini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di direttive di trattamento sanitario, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XV Legislatura, S. 1634, 13 giugno 2007.

301 *Ibid.*, p. 5.

302 *Ibid.*, p. 5-6.

303 *Ibid.*, p. 6.

304 *Ibid.*, p. 6.

305 *Ibid.*, p. 6-7.

306 *Ibid.*, p. 7.

307 *Ibid.*, p. 8.

308 *Ibid.*, p. 9.

309 *Ibid.*, p. 9.

du Ministre compétent au Parlement[310]. Ce projet est joint au projet Tomassini de 2006 pour examen conjoint en Commission Santé.

Le 19 juillet 2007, M. Gibelli (LNP) dépose à la Chambre une proposition de loi portant le titre « Interdiction de l'euthanasie, du suicide assisté et de la pratique de l'acharnement thérapeutique, ainsi que dispositions en matière d'information et consentement du patient et de diffusion des soins palliatifs »[311]. Malgré un titre beaucoup plus long, il s'agit exactement du même texte de la proposition de loi Cè de 2002[312] (et donc aussi du projet de loi Polledri de 2006[313]).

Le 24 juillet 2007, M. Formisano (IDV) dépose au Sénat un projet de loi concernant des « Dispositions en matière de consentement informé, directives anticipées de traitement et acharnement thérapeutique »[314]. Après l'article 1 qui est consacré aux définitions[315], l'article 2 établit le droit à l'information[316] et l'article 3 le droit à donner son consentement informé[317], dans les deux cas pour les patients majeurs d'âge. L'article 4 liste les situations où le médecin peut aller à l'encontre des décisions du patient[318] (fondamentalement sur base de considérations médicales). L'article 5 accorde la possibilité à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées de traitement, qui « affirment » la volonté du patient[319] et l'article 6 détaille ce que les directives peuvent contenir (en plus de la volonté concernant les traitements, aussi la nomination d'une personne de confiance, l'assistance religieuse qu'il souhaite recevoir et ses volontés quant au don d'organes)[320]. L'article 7 crée un nouvel article du Code pénal qui sanctionne

310 *Ibid.*, p. 9-10.
311 Proposta di legge Gibelli, Divieto dell'eutanasia, del suicidio assistito e della pratica dell'accanimento terapeutico, nonché disposizioni in materia di informazione e consenso del paziente e di diffusione delle cure palliative, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XV Legislatura, C. 2919, 19 luglio 2007.
312 *Cf. supra*, Proposta di legge Cè ed altri, Disposizioni concernenti il divieto di eutanasia, précitée.
313 *Cf. supra*, Disegno di legge Polledri, Disposizioni concernenti il divieto di eutanasia, précité.
314 Disegno di legge Formisano, Disposizioni in materia di consenso informato, direttive anticipate di trattamento e accanimento terapeutico, *Atti Parlamentari*, Senato, XV Legislatura, S. 1735, 24 luglio 2007.
315 *Ibid.*, p. 6.
316 *Ibid.*, p. 6-7.
317 *Ibid.*, p. 8.
318 *Ibid.*, p. 9.
319 *Ibid.*, p. 9-10.
320 *Ibid.*, p. 10.

d'une peine de prison (entre un et cinq ans) et d'une amende le personnel médical pratiquant l'acharnement thérapeutique et qui les sanctionne de manière encore plus sévère si ce comportement est en contradiction avec la volonté exprimée par le patient ou par la personne de confiance[321]. Ce projet est joint au projet Tomassini de 2006 pour examen conjoint en Commission Santé.

Ceci mène au nombre de onze les projets de loi joints en un seul débat en Commission Santé. Toutefois, lors des trois réunions de Commission tenues en 2007, dont la dernière le 12 décembre, aucune majorité politique ou accord ne sont trouvés pour élaborer un texte de base ou pour soumettre un rapport à la plénière. Faute de quoi, l'examen s'arrête et ne produit pas de suites parlementaires.

Les 13 et 14 avril 2008, se tiennent des élections législatives, qui ramènent le centre-droit au Gouvernement.

Le 29 avril 2008, M. Beltrandi et d'autres députés (PR[322]) déposent à la Chambre une proposition de loi relative aux « Normes à propos de la protection de la dignité de la vie et réglementation de l'euthanasie »[323]. Le texte est identique à celui de la proposition de loi déjà déposé par le même Beltrandi en 2006[324] (et donc à celui du projet de loi Biscardini[325] et de la proposition de loi Buemi[326] déposés en début 2006 et portant le même titre).

Le 30 avril 2008, M. Polledri et d'autres députés (LNP) déposent une proposition de loi intitulée « Dispositions concernant l'interdiction de l'euthanasie »[327], dont le texte

321 *Ibid.*, p. 11.

322 Il est utile de préciser que pour la XVI législature les députés du PR sont élus dans des listes communes du PD et participent avec eux au même groupe parlementaire.

323 Proposta di legge Beltrandi ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 181, 29 aprile 2008.

324 *Cf. supra*, Proposta di legge Beltrandi ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précitée, 26 settembre 2006.

325 *Cf. supra,* Disegno di legge Biscardini ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précité.

326 *Cf. supra*, Proposta di legge Buemi ed altri, Norme sulla tutela della dignità della vita e disciplina dell'eutanasia, précitée.

327 Proposta di legge Polledri ed altri, Disposizioni concernenti il divieto di eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 630, 30 aprile 2008.

est identique à celui du projet de loi déposé par le même Polledri en 2006[328] et donc aussi à celui de la proposition de loi Cè de 2002[329].

Le 4 juin 2008, M. Gibelli dépose à la Chambre une proposition de loi relative à l'« Interdiction de l'euthanasie, du suicide assisté et de la pratique de l'acharnement thérapeutique, ainsi que dispositions en matière d'information et consentement du patient et de diffusion des soins palliatifs »[330], qui est totalement identique à celle déposée par le même député en 2007[331] (et donc aussi presque identique à la proposition de loi Cè de 2002[332] et au projet de loi Polledri de 2006[333]).

Le 26 novembre 2008, Mme Poretti et d'autres sénateurs (PR) déposent un projet de loi concernant des « Normes en matière de consentement informé, de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux et réglementation de l'euthanasie »[334]. Si le préambule ainsi que le titre II de ce texte (qui concerne la « réglementation de l'euthanasie ») sont totalement identiques aux parties correspondantes des deux propositions de loi Beltrandi de 2006 et 2008 (et donc aussi du projet de loi Ripamonti de 2007, du projet de loi Biscardini de 2006 et de la proposition de loi Buemi de 2006), le titre I (qui concerne le consentement informé et les déclarations anticipées) est tiré partiellement de la proposition de loi Grillini de 2006, notamment pour ce qui est des articles 1 (devoir informatif du médecin), 2 (consentement informé) et 4 (nomination de la personne de confiance). Par contre, on y trouve de nouveaux articles tels que les articles

328 *Cf. supra*, Disegno di legge Polledri, Disposizioni concernenti il divieto di eutanasia, précité.

329 *Cf. supra*, Proposta di legge Cè ed altri, Disposizioni concernenti il divieto di eutanasia, précitée. Rappelons que aussi le texte Gibelli de 2007 est identique à ces trois, sauf pour le titre (vois *supra*, Proposta di legge Gibelli, Divieto dell'eutanasia, del suicidio assistito e della pratica dell'accanimento terapeutico, nonché disposizioni in materia di informazione e consenso del paziente e di diffusione delle cure palliative, précitée).

330 Proposta di legge Gibelli, Divieto dell'eutanasia, del suicidio assistito e della pratica dell'accanimento terapeutico, nonché disposizioni in materia di informazione e consenso del paziente e di diffusione delle cure palliative, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 1244, 4 giugno 2008.

331 *Cf. supra*, Proposta di legge Gibelli, Divieto dell'eutanasia, del suicidio assistito e della pratica dell'accanimento terapeutico, nonché disposizioni in materia di informazione e consenso del paziente e di diffusione delle cure palliative, précité, 19 luglio 2007.

332 *Cf. supra*, Proposta di legge Cè ed altri, Disposizioni concernenti il divieto di eutanasia, précitée.

333 *Cf. supra*, Disegno di legge Polledri, Disposizioni concernenti il divieto di eutanasia, précité.

334 Disegno di legge d'iniziativa dei senatori Poretti ed altri, Norme in materia di consenso informato, di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari e disciplina dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVI Legislatura, S. 1238, 26 novembre 2008.

3 (qui donne la possibilité à toute personne majeure de quatorze ans de rédiger une déclaration anticipée de volonté avec valeur contraignant pour le médecin en cas « d'incapacité naturelle ou perte de la faculté de communiquer » et qui sanctionne pénalement et civilement le non-respect de cette déclaration), 5 (qui traite des situations d'urgence pour déroger à la nécessité du consentement), 6 (qui concerne les possibilités de recours au juge pour la résolution des controverses), 7 (qui établit un registre national des déclarations anticipées) et 8 (qui concerne la sensibilisation et information du public sur le contenu de la loi).

Une autre affaire judiciaire, s'étendant sur plus d'une décennie mais trouvant son pique entre 2006 et 2009, est capitale dans le débat public concernant la fin de vie en Italie : c'est l'affaire Eluana Englaro, une femme en coma végétatif permanent depuis 1992 suite à un accident de la route. La patiente respire de manière autonome et n'a besoin que des sondes pour l'hydratation et la nutrition et des soins de confort habituels dans ces cas. Toutefois, elle n'a aucune relation avec le monde externe et est totalement inconsciente. Le long cursus judiciaire commence en 1999, lorsque le père de la jeune femme – Beppino Englaro – décide de demander au Tribunal de Lecco l'arrêt de la nutrition et de l'hydratation. Ce dernier déclare sa demande inadmissible sur base de l'article 2 de la Constitution italienne (« La République reconnaît et garantit les droits humains inviolables ») se référant ainsi au droit à la vie. La cour d'appel de Milan, saisie ensuite par le requérant, confirme le rejet de la demande par un arrêt du 30 décembre 1999 mais elle le fait suivant deux argumentations intéressantes : premièrement, et pour la première fois en Italie, un juge se confronte au problème des traitements concernant des patients en état végétatif permanent et affirme que le tuteur est légitimé à exprimer le consentement ou le refus de traitement dans l'intérêt du patient[335]; deuxièmement, la demande n'est pas accueillie car « le débat dans le domaine médical et juridique concernant la qualification du traitement [dans les cas de la nutrition et de l'hydratation] est encore ouvert ».

[335] Le tuteur est le « témoin » de la volonté du patient et est donc aussi légitimé à introduire une requête devant un juge dans l'intérêt du patient même.

Une nouvelle requête est introduite le 26 février 2002[336] qui est rejetée en première instance (sur base de la primauté de la vie humaine), en appel (considérant comme non opportune l'application du principe de l'auto-détermination dans le chef d'une personne en état végétatif permanent) et aussi bien en Cassation. Ce dernier rejet ouvre toutefois la voie à une nouvelle série de requêtes possibles : en effet, la Cour affirme la nécessité de nommer aussi un curateur spécial, en plus du tuteur, afin d'éviter un conflit d'intérêt possible dans le chef du père de la jeune femme[337]. Une fois nommé le curateur, Beppino Englaro dépose donc une nouvelle requête le 30 septembre 2005 : elle est également rejetée en première instance (car le tuteur ne serait pas légitimé à faire certains choix) et en appel (le tuteur serait légitimé mais le procès n'a pas donné suffisamment d'éléments pour démontrer les opinions et la volonté de la patiente). C'est alors en Cassation que le requérant obtient son premier gain de cause partiel : par son arrêt du 16 octobre 2007, la Cour affirme que la nutrition et l'hydratation artificielles sont des traitements médicaux et qu'ils peuvent donc être arrêtés sous certaines conditions : 1. si l'état végétatif est irréversible et qu'il n'y a aucun fondement médical pour espérer une récupération de l'état de conscience du patient ; 2. si la requête exprime la « voix du patient » sur base de ses précédentes déclarations, de sa personnalité, de son style de vie et de ses convictions[338]. La Cour de cassation censure ainsi la Cour d'appel pour ne pas avoir enquêté davantage afin de dégager ce deuxième élément et renvoie le dossier à la Cour d'appel.

Cette dernière, appliquant les principes énoncés par la Cour de cassation, dit le mot de la fin dans cette affaire : par un décret du 25 juin 2008, la Cour d'appel autorise

---

336 Le père de la jeune femme estime que les conclusions de la commission spéciale nommée par le ministre de la santé en 2000 (*cf. supra*, § 3.2.3) ont balayé l'argument principal qui avait causé le rejet de sa demande en Cour d'appel: la nutrition et l'hydratation peuvent maintenant être considérées des traitements médicaux.

337 Le curateur spécial est nommé pour représenter l'incapable dans un seul acte ou dans une série limitée d'actes précis (« curatore *ad acta* ») ou encore dans un procès spécifique (« curatore *ad processum* »). Différemment par rapport au tuteur, qui représente de manière stable l'incapable, la tâche du curateur intervient pour un cas précis lorsqu'il y a un conflit d'intérêt entre la position de l'incapable et celle du tuteur.

338 Suite à cet arrêt, la Chambre et le Sénat italiens saisissent la Cour constitutionnelle en soulevant un conflit d'attributions contre la Cour de cassation, car ils estimaient que l'arrêt du mois d'octobre 2007 constitue « un acte substantiellement législatif, innovant l'ordre juridique en vigueur » comme indiqué par le rapport de la Commission des affaires constitutionnelles annoncé en plénière le 22 juillet 2008. Cet acte est rejeté par la Cour constitutionnelle.

l'arrêt du traitement de soutien vital réalisé par la nutrition et l'hydratation et donne des dispositions accessoires sur le protocole à suivre dans l'arrêt des traitements (par exemple sédatifs et antiépileptiques). Le 13 novembre 2008, la Cour de cassation rejette le recours du procureur de Milan, ce qui épuise les voies de recours possibles. Eluana Englaro meurt le 9 février 2009, 3 jours après l'arrêt des traitements.

Le 27 février 2009, le tribunal d'Udine (ville où se trouve l'hôpital dans lequel Eluana Englaro est décédée) met sous enquête le père de la jeune femme, le chef du service de la clinique et les infirmiers qui ont exécuté le protocole (13 personnes au total) pour homicide volontaire aggravé. Le procureur précise qu'il s'agit d'un acte de poursuite obligatoire, l'ouverture du dossier étant obligatoire pour le droit pénal italien suite aux plaintes reçues. Le 11 janvier 2010, le juge classe le dossier pour non-lieu, donnant suite par ailleurs à la demande formulée par le procureur à la fin de l'enquête.

Cette longue affaire a le mérite d'établir un certain nombre de principes-clé :

1. avant tout, l'application du principe constitutionnel de non-discrimination aux patients en état végétatif permanent relativement à l'auto-détermination, puisqu'ils ont eux aussi le droit à voir respecter leur volonté ;

2. ensuite, la possibilité de reconstruire la volonté du patient inconscient et qui n'aurait pas laissé de déclarations anticipées de traitement, par le biais de preuves précises et concordantes renvoyant aux opinions du patient même ;

3. enfin, la qualification de la nutrition et de l'hydratation comme traitements médicaux.

3.2.2.3 Les projets et propositions de loi confluant dans le « projet de loi Calabrò »

Entre-temps, à partir du 29 avril 2008, un nombre très élevé (quatorze) de projets de loi sont présentés au Sénat qui concernent tous le testament de vie, même s'ils portent des titres (et des contenus) différents et sont présentés par différents partis politiques. Les

vicissitudes judiciaires de l'affaire Englaro[339] mettent visiblement la pression sur le législateur.

Tous ces projets de loi seront unifiés et traités conjointement, donnant vie à des travaux parlementaires intéressants – même si sans aboutissement législatif. Nous les traiterons donc également ensemble (au de-là des dates de dépôt d'autres projets et propositions de loi sur la fin de vie mais ne visant pas le testament de vie) et nous les résumerons de manière succincte.

Le 29 avril 2008, M. Marino (PD[340]) et d'autres sénateurs (PD, IDV) déposent un projet de loi ayant pour titre « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux afin d'éviter l'acharnement thérapeutique, aussi bien qu'en matière de soins palliatifs et de thérapies antidouleur »[341]. En cas d'inconscience du patient, ce texte établit comme ordre des sujets pouvant décider quant aux traitements médicaux : la volonté du patient exprimée dans les déclarations anticipées (qui sont contraignantes), la personne de confiance, le représentant légal et ensuite certains membres de la famille.

Le même jour, M. Tomassini et d'autres sénateurs (PDL[342]) déposent un projet de loi concernant des « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement médical »[343]. Le contenu substantiel du projet de loi est très semblable au précédent, à l'exception de l'article établissant expressément que la nutrition et hydratation artificielles ne peuvent pas être assimilées à de l'acharnement thérapeutique.

---

339 *Cf. supra*, § 3.2.2.2.

340 Parti démocrate : Partito Democratico (PD), Parti résultant de la fusion entre DS et Margherita, centre-gauche.

341 Disegno di legge Marino ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico, nonché in materia di cure palliative e di terapia del dolore, *Atti Parlamentari,* Senato, XVI Legislatura, S. 10, 29 aprile 2008.

342 Peuple de la liberté : Popolo della Libertà (PDL), centre-droit. Parti né de la fusion de FI et AN.

343 Disegno di legge Tomassini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, *Atti Parlamentari,* Senato, XVI Legislatura, S. 51, 29 aprile 2008.

Le même jour, Mme Poretti et M. Perduca (PD/PR) déposent un projet de loi portant le titre « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux »[344] et Mmes Carloni et Chiaromonte (PD) déposent un autre projet de loi ayant le même titre[345]. Les deux textes sont assez similaires (même si le premier est plus détaillé et plus étendu) et établissent le caractère contraignant du consentement du patient et des déclarations anticipées pour tout traitement (nutrition et hydratation sont explicitement incluses dans le premier, implicitement dans le second), aussi lorsque la décision du patient pourrait conduire à son décès. La personne de confiance succède au patient dans la prise de décision lorsque le patient devient incapable.

Le 30 avril 2008, Mme Baio et d'autres sénateurs (PD) déposent un projet de loi intitulé « Dispositions en matière de consentement informé »[346]. Comme l'anticipe le titre, ce texte règle uniquement le consentement informé et non pas les déclarations anticipées de traitement.

Le 12 mai 2008, M. Massidda (PDL) dépose un projet de loi relatif aux « Normes pour la protection de la dignité et des volontés du mourant »[347]. Le texte affirme le droit d'exprimer son consentement informé et d'établir un testament de vie permettant au patient d'exprimer ses souhaits sur tout traitement médical (souhaits qui sont contraignants sauf exceptions précisées) et de nommer une personne de confiance. En cas d'absence de testament de vie et de nomination d'une personne de confiance, le texte établit comme sujets pouvant décider quant aux traitements médicaux certains membres de la famille.

---

344 Disegno di legge Poretti e Perduca, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Senato, XVI Legislatura, S. 136, 29 aprile 2008.

345 Disegno di legge Carloni e Chiaromonte, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Senato, XVI Legislatura, S. 281, 29 aprile 2008.

346 Disegno di legge Baio ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato, *Atti Parlamentari*, Senato, XVI Legislatura, S. 285, 30 aprile 2008.

347 Disegno di legge Massidda, Norme a tutela della dignità e delle volontà del morente, *Atti Parlamentari*, Senato, XVI Legislatura, S. 483, 12 maggio 2008.

Le18 juin 2008, M. Musi (PD) et d'autres sénateurs (PD, IDV) déposent un projet de loi portant le titre « Directives anticipées de fin de vie »[348]. Le texte établit le droit du patient à donner son consentement informé et à rédiger des directives anticipées concernant tout traitement médical (y inclus la nutrition et l'hydratation artificielles) même lorsque de cette décision dériverait un danger pour sa vie. Dans le testament de vie le patient peut aussi nommer une personne de confiance.

Le 31 juillet 2008, M. Veronesi (PD) dépose un projet de loi ayant pour titre « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations anticipées de volonté »[349]. Le texte donne au patient la possibilité de donner son consentement informé et de rédiger des déclarations anticipées relativement à tout traitement (y inclus nutrition et hydratation artificielles) que le médecin a le devoir de respecter (sauf en cas de progrès scientifique inconnus à l'époque de la rédaction). Il peut aussi nommer une personne de confiance.

Le 4 aout 2008, Mme Baio et d'autres sénateurs (PD et SVP[350]) déposent un projet de loi relatif à des « Dispositions en matière de déclaration anticipée de traitement »[351]. Le texte affirme d'emblée la valeur indisponible de la vie humaine[352]. Par la rédaction d'une déclaration anticipée, le patient exprime sa volonté (qui est « tenue en considération » par le médecin [353]) quant aux traitements qui peuvent provoquer l'acharnement thérapeutique et peut nommer une personne de confiance, qui s'engage « à vérifier attentivement que le patient ne soit soumis à aucune forme d'euthanasie explicite ou subreptice »[354]. La déclaration anticipée ne s'applique pas à l'hydratation et à la nutrition artificielles et ne s'applique pas en cas de danger pour la vie du patient.

---

348 Disegno di legge Musi ed altri, Direttive anticipate di fine vita, *Atti Parlamentari,* Senato, XVI Legislatura, S. 800, 18 giugno 2008.

349 Disegno di legge Veronesi, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di volontà, *Atti Parlamentari,* Senato, XVI Legislatura, S. 972, 31 luglio 2008.

350 Parti populaire sud-tyrolais : Südtiroler Volkspartei, régionaliste.

351 Disegno di legge Baio ed altri, Disposizioni in materia di dichiarazione anticipata di trattamento, *Atti Parlamentari,* Senato, XVI Legislatura, S. 994, 4 agosto 2008.

352 *Ibid.*, art. 1, p. 9.

353 *Ibid.*, art. 8, p. 14.

354 *Ibid.*, art. 6, p. 13.

Le 17 septembre 2008, la Commission Santé du Sénat est saisie de ces projets de loi[355]. Le 1er octobre 2008, la Commission nomme rapporteur M. Raffaele Calabrò (PDL). Plusieurs séances se tiennent en Commission, pendant lesquelles soit des questions procédurales (et notamment l'ajout de tel ou tel autre projet de loi au dossier, comme la plupart sont déposés après le début des travaux) soit la simple description par le rapporteur des différents projets de loi traités est faite.

Le 7 octobre 2008, M. Rizzi (LNP) dépose un projet de loi concernant des « Dispositions pour la protection de la vie dans la phase terminale »[356]. Selon ce texte, toute personne a le droit de donner ou de nier son consentement à tout traitement médical. Le projet de loi contient une interdiction explicite de l'acharnement thérapeutique, de l'euthanasie (« entendue comme tout action ou omission qui, de par sa nature ou dans les intentions de celui qui la pratique, provoque la mort d'un sujet ») et de l'instigation ou aide au suicide, qui demeure d'application même avec le consentement ou à la demande du malade.

Le 6 novembre 2008, Mme Bianconi (PDL) et d'autres sénateurs (UDC, LNP, PDL) déposent un projet de loi intitulé « Normes pour l'alliance thérapeutique, concernant le consentement informé et les soins palliatifs »[357]. Le texte affirme d'emblée que « la République protège la vie humaine jusqu'à la mort » et reconnait « la protection de la santé comme droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité »[358], précise ensuite que « toute forme d'euthanasie, même par le biais d'omissions, et toute forme d'assistance ou d'aide au suicide sont interdites aux termes des articles 575, 579, 580 du

355 Le même jour, les deux branches du Parlement décident de saisir la Cour Constitutionnelle pour « conflit d'attribution des pouvoirs de l'État » contre l'arrêt de la Cour d'Appel de Milan dans l'affaire Englaro. Le recours sera rejeté peu de temps après (le 8 octobre 2008) par la Cour Constitutionnelle sur base de non épuisement des voies de recours, mais cet évènement rend l'idée du climat politique du moment au sein du Parlement Italien.

356 Disegno di legge Rizzi, Disposizioni a tutela della vita nella fase terminale, *Atti Parlamentari*, Senato, XVI Legislatura, S. 1095, 7 ottobre 2008.

357 Disegno di legge Bianconi ed altri, Norme per l'alleanza terapeutica, sul consenso informato e sulle cure palliative, *Atti Parlamentari*, Senato, XVI Legislatura, S. 1188, 6 novembre 2008.

358 *Ibid.*, art. 1, p. 8.

code pénal »[359], puis établit l'interdiction de l'acharnement thérapeutique ainsi que l'interdiction de provoquer la mort du patient hors d'état de conscience, « même par le biais d'omissions ou par l'arrêt de la nutrition, de l'hydratation et de la ventilation »[360].

Le 20 janvier 2009, MM. D'Alia et Fosson (UDC) déposent un projet de loi portant le titre « Indications anticipées de soin »[361]. Le texte affirme d'emblée que « la République protège la vie humaine jusqu'à la mort naturelle », que « la vie humaine et l'intégrité physique sont indisponibles » et garantit « la protection de la santé comme droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité »[362]. Ensuite il précise que « toute forme de suicide assisté ou d'euthanasie, ou toute action ou omission visant à causer la mort d'une personne pour des raisons de pitié, sont interdites aux termes des articles 575, 579, 580 du code pénal »[363]. Le projet prévoit la possibilité de rédiger des « indications anticipées de soin »[364], tout en excluant explicitement la nutrition et l'hydratation de l'éventail des traitements médicaux (et donc de la possibilité d'y renoncer).

Le 27 janvier 2009, le rapporteur présente son projet de texte unifié[365]. L'article 1 (« Protection de la vie et de la santé ») est consacré aux principes et valeurs : on y affirme que « la République protège la vie humaine jusqu'à la mort »[366], reconnait « la protection de la santé comme droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité »[367] et reconnait la sauvegarde de la personne humaine « comme prioritaire par rapport à l'intérêt de la société et de la science »[368]. L'article 2 (« Interdiction d'euthanasie et de suicide assisté ») précise que « toute forme d'euthanasie, même par le biais d'omissions, et toute forme d'assistance ou d'aide au suicide sont interdites aux termes des articles 575, 579,

359 *Ibid.*, art. 2.
360 *Ibid.*, art. 12, p. 12.
361 Disegno di legge D'Alia e Fosson, Indicazioni anticipate di cura, *Atti Parlamentari*, Senato, XVI Legislatura, S. 1323, 20 gennaio 2009.
362 *Ibid.*, art. 1, p. 8.
363 *Ibid.*, art. 2.
364 *Ibid.*, art. 6, p. 10.
365 Senato della Repubblica, XVI Legislatura - XII Commissione permanente - *Resoconto sommario* n° 51 del 27 gennaio 2009, 12a Commissione permanente, Allegato I.
366 *Ibid.*, art. 1, alinéa 1.
367 *Ibid.*, art. 1, alinéa 2.
368 *Ibid.*, art. 1, alinéa 3.

580 du code pénal »[369] et que l'activité médicale est « exclusivement finalisée à la protection de la vie et de la santé » et « ne peut en aucun cas être orientée à causer ou consentir à la mort du patient, par le biais de la non-activation ou désactivation de traitements médicaux ordinaires »[370]. L'article 3 (comme le dit son titre) est consacré à l'« interdiction de l'acharnement thérapeutique »[371], l'article 4 au « consentement informé »[372] et l'article 5 aux « contenus et limites des déclarations anticipées de traitement »[373]. Dans ce dernier, on précise que « la personne ne peut pas insérer d'indications finalisées à l'euthanasie active ou par omission »[374] et que la nutrition et l'hydratation « ne peuvent pas former l'objet d'une déclaration anticipée de traitement »[375]. L'article 6 (« Formes et durée de la déclaration anticipée de traitement ») établit que les déclarations anticipées « ne sont ni obligatoires ni contraignantes »[376] et doivent être rédigées devant un notaire. L'article 7 donne la possibilité de nommer une « personne de confiance » et l'engage aussi « à vérifier attentivement que le patient ne soit soumis à aucune forme d'euthanasie explicite ou subreptice »[377]. L'article 8 concerne le « Rôle du médecin »[378], l'article 9 le rôle du juge en cas de contraste entre les sujets appelés à décider[379] et l'article 10 concerne les dispositions finales[380]. Nous pouvons donc constater que le texte proposé par le rapporteur englobe les points principaux (notamment en termes de valeurs et principes de référence) des projets déposés par les partis PDL, UDC et LNP[381] (centre-droit) et n'inclut pas dans sa synthèse les lignes principales des projets déposés par les élus d'autres partis (centre-gauche).

Le 5 février 2009, M. Caselli et d'autres sénateurs (PDL) déposent un projet de

369 *Ibid.*, art. 2, alinéa 1.
370 *Ibid.*, art. 2, alinéa 2.
371 *Ibid.*
372 *Ibid.*
373 *Ibid.*
374 *Ibid.*, art. 5, alinéa 5.
375 *Ibid.*, art. 5, alinéa 6.
376 *Ibid.*, art. 6, alinéa 1.
377 *Ibid.*, art. 7, alinéa 6.
378 *Ibid.*
379 *Ibid.*
380 *Ibid.*
381 Le Gouvernement de l'époque (« Berlusconi IV ») est soutenu seulement par deux de ces trois partis : PDL et LNP, alors que l'UDC est formellement partie de l'opposition tout en se situant dans le centre/centre-droit de l'hémicycle.

loi ayant pour titre « Dispositions pour la protection de la vie »[382]. Le (très court) texte affirme que « la République protège la vie humaine jusqu'à la mort » et reconnait « la protection de la santé comme droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité »[383]. Il précise ensuite que « toute forme d'euthanasie, même par le biais d'omissions, et toute forme d'assistance ou d'aide au suicide sont interdites aux termes des articles 575, 579, 580 du code pénal »[384] et établit l'interdiction de l'acharnement thérapeutique dans la phase terminale de la vie.

Le 6 février 2009, MM. D'Alia et Fosson (UDC) déposent un projet de loi intitulé « Dispositions en matière d'acharnement thérapeutique »[385]. Le (court) texte affirme d'emblée que « toute forme de suicide assisté ou d'euthanasie, ou toute action ou omission visant à causer la mort d'une personne pour des raisons de pitié, sont interdites aux termes des articles 575, 579, 580 du code pénal ». Il prévoit ensuite l'interdiction de l'acharnement thérapeutique, tout en précisant que la nutrition et l'hydratation ne sont pas à considérer comme des traitements médicaux.

L'examen en Commission continue jusqu'au 12 mars 2009, par le biais de plusieurs séances où les textes déposés successivement sont ajoutés au dossier et où le débat sur le fond est constitué principalement de confrontations sur les grands principes (et notamment : oui ou non à l'introduction d'une interdiction d'euthanasie dans le texte, oui ou non à la possibilité de refuser la nutrition et l'hydratation artificielles, quelles modalités d'application de l'article 32 de la Constitution, l'impact de l'affaire judiciaire Englaro sur la législation en élaboration).

Le 19 février 2009, le texte proposé par le rapporteur est assumé comme « texte de base ». Plusieurs centaines d'amendements, de questions préjudicielles et d'ordres du jour sont présentés dont toutefois la large majorité est rejetée. Seulement quelques

382 Disegno di legge Caselli ed altri, Disposizioni a tutela della vita, *Atti Parlamentari*, Senato, XVI Legislatura, S. 1363, 5 febbraio 2009.
383 *Ibid.*, art. 1, p. 3.
384 *Ibid.*, art. 2.
385 Disegno di legge D'Alia e Fosson, Disposizioni in materia di accanimento terapeutico, *Atti Parlamentari*, Senato, XVI Legislatura, S. 1368, 6 febbraio 2009.

amendements sont adoptés, qui reformulent purement du point de vue formel et stylistique les principes déjà énoncés dans le projet unifié, parfois en les renforçant : c'est le cas du nouvel alinéa qui précise que le consentement n'est pas nécessaire en cas de danger pour la vie d'une personne incapable, ou de la mention explicite du fait que la déclaration anticipée ne peut pas contenir des indications intégrant les articles 575, 579 et 580 du Code pénal, ou encore du nouvel article consacré aux « sujets en état végétatif » permanent.

Le 12 mars 2009, le texte ainsi amendé est adopté à la majorité (il porte maintenant le titre : « Dispositions en matière d'alliance thérapeutique, de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement »[386]) et transmis à la plénière. Puisque aucun rapport n'a été écrit, le rapporteur est mandaté par la Commission de faire un rapport oral à la plénière.

Le 26 mars 2009, le texte adopté en Commission est adopté en plénière par 150 voix en faveur, 123 contre et 3 abstentions (sur 264 votants) avec seulement 13 amendements adoptés qui n'ont pas d'impact substantiel (sur les – environ – deux-milles déposés). La position de vote reflète (à quelques exceptions près : un petit nombre d'élus PDL s'exprimant contre et un petit nombre d'élus PD s'exprimant pour) la position des partis politiques : PDL, LNP et UDC en faveur, PD et IDV contre. Le 31 mars 2009, le texte est ainsi transmis à la Chambre[387].

À la Chambre, le texte est d'abord joint d'un point de vue procédural à plusieurs propositions de loi déposées en parallèle à l'examen au Sénat, et notamment[388] :

---

386 Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento, Relazione della Commissione, Comunicato alla Presidenza il 13 marzo 2009, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVI Legislatura, Testo proposto dalla XII Commissione permanente, p. 13-22.

387 Proposta di legge approvata in un testo unificato dal Senato della Repubblica il 26 marzo 2009, Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 2350.

388 Nous nous bornerons à indiquer le titre et les auteurs, considérant qu'il s'agit d'un ajout purement procédural et qui n'aura aucun impact sur le contenu du texte examiné à la Chambre, puisque le texte du Sénat sera assumé comme texte de base. Par ailleurs, comme nous le verrons dans un instant, il s'agit souvent de copies identiques des textes déjà déposés au Sénat.

– une proposition de loi déposée le 29 avril 2008 par Mme Binetti et d'autres députés (PD), ayant pour titre « Dispositions en matière de consentement informé »[389] ; le texte de cette proposition de loi est identique à celui du projet de loi déposé le 30 avril 2008 par Mme Baio et d'autres sénateurs[390].

– une proposition de loi déposée le 6 mai 2008 par Mme Rossa et autres (PD) portant le titre « Dispositions en matière de consentement informé et de directives de traitement médical »[391].

– une proposition de loi déposée le 10 juin 2008 par Mme Farina Coscioni (PD/PR) et d'autres députés (PD, PDL) relative aux « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux »[392] ; le texte de cette proposition de loi est identique à celui du projet de loi déposé le 29 avril 2008 par Mme Poretti et M. Perduca[393].

– une proposition de loi déposée le 4 aout 2008 par Mme Binetti et d'autres députés (PD, UDC), portant le titre « Dispositions sur les soins à prêter à la fin de la vie comme forme d'alliance thérapeutique »[394].

– une proposition de loi déposée le 4 aout 2008 par Mme Pollastrini et d'autres députés (PD), intitulée « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux afin d'éviter

---

389 Proposta di legge Binetti ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 625, 29 aprile 2008.

390 *Cf. supra*, Disegno di legge Baio ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato, précité.

391 Proposta di legge Rossa ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di direttive di trattamento sanitario, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 784, 6 maggio 2008.

392 Proposta di legge Farina Coscioni ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 1280, 10 giugno 2008.

393 *Cf. supra*, Disegno di legge Poretti e Perduca, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précité.

394 Proposta di legge Binetti ed altri, Disposizioni sulle cure da prestare alla fine della vita come forma di alleanza terapeutica, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 1597, 4 agosto 2008.

l'acharnement thérapeutique, aussi bien qu'en matière de soins palliatifs et de thérapies antidouleur »[395] ; le texte de cette proposition de loi est identique à celui du projet de loi déposé le 29 avril 2008 par M. Marino et d'autres sénateurs[396].

– une proposition de loi déposée le 29 octobre 2008 par M. Della Vedova (PDL) et d'autres députés (PDL, LDR[397]), concernant des « Dispositions en matière de consentement informé et de directives de traitement médical »[398] ; le texte de cette proposition de loi a le même titre et un contenu fort semblable (à un article près) à celui du projet de loi déposé le 29 avril 2008 par M. Tomassini et d'autres sénateurs (PDL)[399].

– une proposition de loi déposée le 6 novembre 2008 par M. Formisano et d'autres députés (IDV), ayant pour titre « Dispositions en matière de consentement informé et de directives anticipées dans les traitements médicaux, ainsi que d'acharnement thérapeutique »[400].

– une proposition de loi déposée le 22 décembre 2008 par M. Buttiglione (UDC) et d'autres députés (UDC, PDL, IDV, PD), portant le titre « Dispositions en matière de consentement informé et d'indications anticipées de soin, d'accès aux soins palliatifs et d'assistance et soin des patients atteints de maladies rares »[401].

---

395 Proposta di legge Pollastrini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico, nonché in materia di cure palliative e di terapia del dolore, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 1606, 4 agosto 2008.

396 *Cf. supra*, Disegno di legge Marino ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico, nonché in materia di cure palliative e di terapia del dolore, précité.

397 Libéraux démocrates républicains : Liberal democratici repubblicani (LDR), formation parlementaire n'atteignant pas le quorum pour créer un groupe politique.

398 Proposta di legge Della Vedova ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 1840, 29 ottobre 2008.

399 *Cf. supra*, Disegno di legge Tomassini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, précité.

400 Proposta di legge Formisano ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di direttive anticipate nei trattamenti sanitari, nonché di accanimento terapeutico, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 1876, 6 novembre 2008.

401 Proposta di legge Buttiglione ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di indicazioni anticipate di cura, di accesso alle cure palliative e di assistenza e cura dei pazienti affetti da malattie rare, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 2038, 22 dicembre 2008.

– une proposition de loi déposée le 29 janvier 2009 par M. Di Virgilio et d'autres députés (PDL), relative aux « Dispositions en matière d'alliance thérapeutique, de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement »[402], soit le même titre adopté pour le texte transmis par le Sénat.

– une proposition de loi déposée le 17 février 2009 par M. Cota (LNP) et d'autres députés (LNP e PDL), intitulée « Dispositions pour la protection de la vie dans la phase terminale »[403] ; le texte de cette proposition de loi est presque identique à celui du projet de loi déposé le 7 octobre 2008 par M. Rizzi[404].

– une proposition de loi déposée le 17 février 2009 par Mme Saltamartini (PDL) et d'autres députés (PDL, LNP, MPA[405]), portant le titre « Dispositions en matière de consentement informé aux traitements médicaux »[406].

– une proposition de loi déposée le 8 juillet 2009 par M. Palagiano et d'autres députés (IDV), concernant des « Dispositions en matière de consentement informé, de directives anticipées dans les traitements médicaux et d'acharnement thérapeutique »[407].

Le 2 avril 2009, le texte de la proposition de loi est attribué à la Commission des Affaires sociales, qui commence son examen le 8 juillet 2009 en nommant rapporteur M. Di Virgilio (PDL). Le 28 octobre 2009, la Commission adopte le texte transmis par le Sénat comme texte de base pour le travail de la Chambre (malgré la position contraire de

---

402 Proposta di legge Di Virgilio ed altri, Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 2124, 29 gennaio 2009.

403 Proposta di legge Cota ed altri, Disposizioni a tutela della vita nella fase terminale formato, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 1764-*BIS*, 17 febbraio 2009.

404 *Cf. supra*, Disegno di legge Rizzi, Disposizioni a tutela della vita nella fase terminale, précité.

405 Mouvement pour les autonomies : Movimento per le autonomie (MPA), régionaliste.

406 Proposta di legge Saltamartini ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato ai trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 1968-*BIS*, 17 febbraio 2009.

407 Proposta di legge Palagiano ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato, di direttive anticipate nei trattamenti sanitari e di accanimento terapeutico, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XIV Legislatura, C. 2595, 8 luglio 2009.

la minorité).

Après quarante-six réunions de commission, le 1er mars 2011, l'examen à ce niveau se conclut par l'adoption d'un texte amendé dans différents points. Toutefois, ces différents amendements ne changent aucunement ni la structure ni la substance du texte transmis par le Sénat, au contraire ils le renforcent dans ses principes fondamentaux (protection de la vie, protection des personnes en état végétatif, interdiction explicite d'euthanasie, etc.)[408]. Le rapporteur est mandaté de faire un rapport oral à la plénière tandis que la minorité choisit de présenter un rapport de minorité par écrit : c'est M. Palagiano (IDV) qui est nommé rapporteur de minorité le 1er mars 2011. Dans son rapport[409], il cible d'abord la confrontation politique que la majorité aurait causé de par son approche non inclusive, notamment parce que la majorité aurait « cousu sur mesure » la proposition de loi sur l'affaire Englaro – au lieu d'élaborer un texte sur la fin de vie en général. Ensuite, il pointe du doigt l'absence d'un véritable débat laïque, qui aurait été remplacé par une confrontation entre, d'un côté, les supporteurs de la vie comme valeur en soi et, de l'autre côté, les supporteurs de l'autodétermination. Il souligne l'importance du lien entre démocratie, laïcité et liberté, ainsi que l'importance de ne rien imposer à personne tout en garantissant les droits ; il affirme enfin l'inconstitutionnalité de différents articles, qui seraient incompatibles avec l'article 32 de la Constitution italienne.

Le 7 mars 2011, le débat en plénière commence. Il se termine sept séances plus tard, au cours desquelles plusieurs questions préjudicielles et suspensives sont examinées, les articles sont débattus, des amendements déposés et ensuite soumis au vote (de ceux-ci, un nombre limité est adopté qui ne change aucunement la substance du texte ou même le renforce). Le débat en plénière se termine le 12 juillet 2011 par l'approbation (par scrutin secret) par 278 voix en faveur, 205 contre et 7 abstentions.

---

408 Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento, Relazione della Commissione, riferita oralmente il 1 marzo 2011, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, Testo della Commissione, p. 15-23.

409 Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento, Relazione della minoranza, 4 marzo 2011, Antonio Palagiano, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, p. 7-14.

Suite à l'approbation avec amendements à la Chambre, le texte retourne au Sénat pour la deuxième lecture dans cette branche du Parlement. Cette deuxième lecture ne sera jamais complétée et l'arrivée de la pause pré-électorale (en vue des élections de février 2013) rendra le texte caduc.

3.2.2.4 Les propositions et projets de loi déposés mais restés sans suite entre 2009 et 2013

Deux autres textes seulement sont déposés entre 2009 et les élections de 2013, en parallèle au projet de loi Calabrò que nous venons d'examiner (ce qui confirme la convergence de la plupart des initiatives vers cette même procédure).

Le 2 décembre 2009, Mme Farina Coscioni et d'autres députés (PR) déposent à la Chambre une proposition de loi relative à la « Réglementation des cas de non-punissabilité des pratiques euthanasiques »[410]. Son texte (mis à part le titre) est identique à celui du projet de loi Battisti de 2004[411] (et donc aussi de la proposition de loi Zanotti de 2006[412]).

Le 18 décembre 2012, les mêmes députés (Mme Farina Coscioni et d'autres députés du PR) déposent une proposition de loi ayant pour titre « Réglementation de la pratique de l'euthanasie à la demande du patient dans les cas de maladie grave et incurable »[413]. Son texte est identique (à l'exception d'une partie du préambule qui est nouvelle) à celui de la proposition de loi Mascia de 2006[414], qui était à son tour presque identique à la proposition de loi Pisapia de 2002[415] (s'inspirant de la loi belge).

---

410 Proposta di legge Farina Coscioni ed altri, Disciplina dei casi di non punibilità delle pratiche di eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 3008, 2 dicembre 2009.

411 *Cf. supra*, Disegno di legge Battisti ed altri, Norme per la depenalizzazione dell'eutanasia, précité.

412 *Cf. supra*, Proposta di legge Zanotti ed altri, Disposizioni per la depenalizzazione dell'eutanasia, précitée.

413 Proposta di legge Farina Coscioni ed altri, Disciplina della pratica dell'eutanasia su richiesta del paziente nei casi di malattia grave e incurabile, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVI Legislatura, C. 5662, 18 dicembre 2012.

414 Proposta di legge Mascia ed altri, Norme in materia di eutanasia, précitée.

415 Proposta di legge Pisapia ed altri, Disposizioni in materia di legalizzazione dell'eutanasia, précitée.

3.2.3 Considérations conclusives concernant l'historique

En guise de conclusion de cette section, nous souhaitons faire état de quelques brèves considérations de caractère sociologique. On s'occupera des enjeux et des clivages seulement plus loin, lorsque le matériau en provenance des débats parlementaires sera plus épais.

A. Le débat de société languit (presque toujours)

Tout le long des décennies examinées, le nombre d'initiative parlementaires (et populaires) est étonnamment haut ; cependant ce n'est que rarement que ces initiatives provoquent un débat de société : ceci ne se produit qu'en connexion avec des affaires médiatisées ou des cas humains particulièrement troublants pour l'opinion publique. Ou, plus précisément, ceci ne se produit que lorsque les « victimes » de ces cas (c'est-à-dire les malades ou alors les parents des malades qui agissent en leur nom et intérêt) prennent le devant et deviennent alors protagonistes de batailles juridicisées et médiatisées (*cf.* notamment les affaire Welby et Englaro). Sans la volonté de ces personnes de porter leur cas sur la scène publique le débat de société aurait été presque inexistant.

B. Le Parlement n'est pas prêt, tous camps confondus

Force est de constater que les évolutions dans les majorités parlementaires ou dans l'orientation politique des Gouvernements ne changent en rien les équilibres (et les aboutissements) dans la matière de notre étude ; il semblerait que, au-delà des résultats électoraux, le Parlement n'est tout simplement pas mûr pour l'introduction d'une nouvelle législation concernant la fin de vie.

Par ailleurs, lors de la seule occasion où l'on se retrouve relativement proche de l'adoption d'une législation en la matière (projet de loi Calabrò), ceci se passe en présence d'un Gouvernement de centre-droit et par le biais d'un projet de loi qui est plutôt de nature à interdire qu'à autoriser, plutôt à conserver (et interpréter de manière conservatrice les

normes constitutionnelles existantes) qu'à innover (et reconnaitre des libertés).

C. Le langage, cet inconnu

De même que nous l'avons constaté pour les autres pays étudiés[416] (et notamment avant l'adoption d'une loi en la matière, donc en condition analogue), la confusion qui règne en ce qui concerne la terminologie et les définitions à utiliser dans ce domaine est évidente. La définition même de ce que c'est l'euthanasie, sa distinction de l'arrêt des soins/traitements (ou même, notamment plus loin dans le temps, de l'acharnement thérapeutique), l'utilisation de concepts si imprécis comme « euthanasie active » et « euthanasie passive » (cette dernière appelée aussi « par omission »), l'utilisation de formules qui montrent une certaine créativité mais qui ne resteront pas dans la terminologie juridique par la suite (comme par exemple l'« interruption volontaire de la survie », qui – par ailleurs – rappelle l'interruption volontaire de grossesse) ou encore le manque de définitions juridiquement précises dans certains propositions et projets de loi déposés : tous ces éléments n'aident pas à parvenir à l'utilisation d'un langage scientifique, clair, compréhensible, commun, ce qui aiderait peut-être à la recherche d'un accord ambitieux.

D. Les références aux autres pays

À partir du moment de l'adoption de la loi sur l'euthanasie en Belgique, les références à cette nouvelle législation apparaissent dans les propositions de loi déposées au Parlement italien. C'est le cas de la proposition de loi Pisapia du 4 septembre 2002 (à peine trois mois après l'adoption de la loi belge), de la proposition de loi Battisti de 2004 ou Biscardini, Beltrandi, Grillini ou Mascia de 2006, ou encore Coscioni de 2012.

C'est M. Pisapia (RC) qui fait non seulement la première référence à la loi belge mais qualitativement la plus incisive : le texte de sa proposition de loi est carrément calqué sur celui de la loi belge. Par la suite, les références deviennent moins fortes et (à

[416] *Cf. supra*, § 1.4.4 C.

l'exception de la proposition de loi Coscioni, émanant du PR) on dirait que le législateur italien commence à élaborer un chemin différent, plus proche de la culture italienne.

3.3 Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2017

Les 24 et 25 février 2013, les élections législatives mènent à la nomination du nouveau Parlement, dans lequel on constate un important changement des équilibres politiques. À la Chambre, sur les 630 sièges disponibles, la coalition de centre gauche (« Italie bien commun ») en obtient 344 (soit 54,6 %), celle de centre-droit 124 (soit 19,7 %) et le « Mouvement 5 étoiles »[417] 108 (soit 17,1 %). Au Sénat, en vertu d'un système électoral différent, sur les 315 sièges disponibles la coalition de centre gauche en obtient 123 (soit 39 %), celle de centre-droit 117 (soit 37,1 %) et le « Mouvement 5 étoiles » 54 (soit 17,1 %). Comme aucune coalition ne gagne la majorité des sièges à la fois dans les deux branches du Parlement, après deux mois de consultations le Président de la République donne mandat à Enrico Letta (PD) de former un gouvernement de « grande coalition » avec le PDL : le gouvernement est donc le résultat d'une alliance des deux principaux partis des deux coalitions (centre-gauche et centre-droit) à laquelle s'opposent toutefois les alliés respectifs. Le Mouvement 5 Etoiles, parti antisystème, reste en dehors des négociations pour la formation du Gouvernement.

Ce gouvernement restera en charge presque dix mois. En effet, en octobre 2013 a lieu un vote de confiance au Gouvernement qui a comme effet de produire une scission à l'intérieur du centre-droit : nait ainsi le NCD[418], qui reste au Gouvernement, alors que ce qui reste du PDL vote contre. Ensuite, le 22 février 2014, suite à la démission du Premier Ministre, un nouveau Gouvernement – soutenu par la nouvelle majorité PD/NCD – voit le jour.

En ce début de nouvelle législature, plusieurs propositions et projets de loi sont déposés à la Chambre et au Sénat. Une partie de ces textes concernent l'euthanasie. Une

[417] Mouvement 5 étoiles : Movimento 5 Stelle (M5S), mouvement politique antisystème et populiste, qui se définit « ni de gauche ni de droite ».

[418] Nuovo Centro Democratico : « Nouveau centre démocrate », centriste catholique.

autre partie, le testament biologique.

3.3.1 Les propositions et projets de loi déposés mais restées sans suite concernant l'euthanasie

Le 13 septembre 2013, six mois après le début de la législature et après avoir récolté les signatures nécessaires[419], le comité promoteur « Euthanasie légale »[420] dépose à la Chambre une proposition de loi d'initiative populaire[421] intitulée « Refus de traitements médicaux et licéité de l'euthanasie »[422]. Le texte prévoit à son article 1 la possibilité pour toute personne, majeure et capable, de refuser tout traitement médical (y inclus hydratation et nutrition)[423]. L'article 2 donne le droit à la réparation du préjudice subi par le patient au cas où un médecin ne respecterait pas l'article précédent[424]. L'article 3 prévoit que les articles 575, 579, 580 et 593 du Code pénal (concernant respectivement l'homicide, l'homicide du consentant, l'instigation ou aide au suicide et la non-assistance à personne en danger) ne soient pas applicables aux médecins et personnel médical ayant pratiqué une euthanasie sous certaines conditions (parmi lesquelles la présence d'une maladie incurable qui produit de graves souffrances et pourrait conduire à la mort dans les dix-huit mois suivants)[425]. L'article 4 permet de rédiger une déclaration demandant l'euthanasie pour le cas où la personne serait en état d'inconscience[426]. Le 23 octobre 2013, la proposition de loi est référée aux Commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales. Le dossier est ensuite joint avec les trois propositions de loi qui suivent.

Le 24 mars 2014, Mme Di Salvo et d'autres députés (SEL[427]) déposent une

419 La campagne récolte 63.000 signatures, alors que le seuil minimum pour présenter une proposition de loi d'initiative populaire est de 50.000 signatures.

420 Le comité promoteur est animé principalement par les activistes du PR et de ses associations, qui n'a pas eu d'élus dans celle législature.

421 Le droit d'initiative législative populaire est établi dans l'art. 71 de la Constitution italienne. *Cf.* aussi *supra*, note 58.

422 Proposta di legge di iniziativa popolare, Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 1582, 13 settembre 2013.

423 *Ibid.*, p. 2.

424 *Ibid.*, p. 2.

425 *Ibid.*, p. 2-3.

426 *Ibid.*, p. 3-4.

427 Gauche Ecologie Liberté : Sinistra Ecologia Libertà (SEL), gauche rouge-verte.

proposition de loi portant le titre « Normes en matière d'euthanasie »[428] qui reprend le même texte (à l'exception d'une partie du préambule) de la proposition de loi Coscioni et autres du 18 décembre 2012[429].

Le 19 mars 2015, Mme Nicchi et d'autres députés (SEL) redéposent le même texte de proposition de loi déjà déposée un an auparavant par une partie des même signataires[430], avec le seul ajout de quelques signatures en plus[431].

Le 30 septembre 2015, Mme Bechis (NI[432]) dépose une proposition de loi concernant des « Dispositions en matière d'euthanasie et refus des traitements médicaux »[433]. Le texte, composé d'un seul article, établit que « les articles 575, 579, 580 et 593 du code pénal ne s'appliquent pas au personnel médical ayant pratiqué des traitements euthanasiques »[434] et que toute personne a le droit de refuser tout traitement.

Une fois ces quatre propositions jointes en une seule procédure, l'examen en Commission réunies commence en mars 2016 mais s'arrête ensuite. Nous en déduisons qu'il s'agit d'un manque de volonté politique, en faveur plutôt de la proposition de loi sur le testament biologique[435].

Entre-temps, au Sénat, le 8 octobre 2013, M. Manconi (PD) et d'autres sénateurs (PD, SVP) dépose un projet de loi ayant pour titre « Normes pour la légalisation de l'euthanasie »[436]. Le texte reprend presque en identique les articles 3 et 4 de la proposition

---

428 Proposta di legge Di Salvo e altri, Norme in materia di eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 2218, 24 marzo 2014.

429 *Cf. supra*, Proposta di legge Farina Coscioni ed altri, Disciplina della pratica dell'eutanasia su richiesta del paziente nei casi di malattia grave e incurabile, précitée.

430 *Cf. supra*, Proposta di legge Di Salvo e altri, Norme in materia di eutanasia, précitée.

431 Proposta di legge Nicchi, Norme in materia di eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 2973, 19 marzo 2015.

432 Élue dans les rangs du Mouvement 5 Etoiles, elle en sort en janvier 2015 et reste dans le groupe technique des Non-Inscrits (« Gruppo Misto »).

433 Proposta di legge Bechis, Disposizioni in materia di eutanasia e rifiuto dei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3336, 30 settembre 2015.

434 *Ibid.*, art. 1, alinéa 5, p. 3.

435 *Cf. infra*, § 3.3.2.

436 Disegno di legge Manconi ed altri, Norme per la legalizzazione dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Senato, XVII Legislatura, S. 1088, 8 ottobre 2013.

de loi d'initiative populaire déposée le 13 septembre 2013[437], soit les seuls articles concernant l'euthanasie (et non pas ceux qui concernent l'arrêt de traitement).

Le 19 mars 2014, M. Palermo (SVP) – qui avait aussi co-signé le projet de loi qu'on vent d'examiner – dépose un projet de loi portant le titre « Refus de traitements médicaux et licéité de l'euthanasie »[438]. Le texte reprend presque en identique (et cette fois entièrement) la proposition de loi d'initiative populaire déposée le 13 septembre 2013[439].

Le 15 janvier 2016, MM. Mucci et Prodani (NI[440]) déposent à la Chambre une proposition de loi intitulée « Règlement de l'euthanasie et normes en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux »[441]. Son texte reprend en bonne partie le projet de loi Poretti du 26 novembre 2008[442], il reprend notamment en identique le Titre I (« Normes en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux », soit les articles de 1 à 8)[443], alors que pour le Titre II (« Règlementation de l'euthanasie », soit les articles de 9 à 20)[444] : l'article 9 sur les « dispositions générales » est plus détaillé, les articles 10 (euthanasie active) et 11 (objection de conscience) sont identiques à l'ancienne proposition, les articles 12 à 14 créent des nouvelles dispositions concernant respectivement l'euthanasie « passive » (qui est définie comme l'abstention ou interruption de traitement), la rédaction d'un testament biologique et l'interruption des thérapies de support vital. Les articles de 15 à 20 sont identiques aux articles de 12 à 17

437 Proposta di legge di iniziativa popolare, Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 1582, 13 settembre 2013.

438 Disegno di legge Palermo, Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Senato, XVII Legislatura, S. 1396, 19 marzo 2014.

439 Proposta di legge di iniziativa popolare, Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 1582, 13 settembre 2013.

440 Les deux députés sont élus dans les rangs du Mouvement 5 étoiles mais le quittent avant le dépôt de cette proposition en faveur du groupe technique des Non-Inscrits.

441 Proposta di legge Mucci e Prodani, Disciplina dell'eutanasia e norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3535, 15 gennaio 2016.

442 Disegno di legge d'iniziativa dei senatori Poretti ed altri, Norme in materia di consenso informato, di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari e disciplina dell'eutanasia, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVI Legislatura, S. 1238, 26 novembre 2008.

443 *Ibid.*, p. 3-8.

444 *Ibid.*, p. 9-16.

de l'ancienne proposition.

Le 20 septembre 2017, M. Mantero et Mme Giordano (M5S[445]) déposent une proposition de loi concernant des « Dispositions en matière d'euthanasie »[446]. L'article 1 définit le « traitement euthanasique » comme « l'administration, par le personnel médical, de médicaments ayant le but de provoquer, avec le consentement du patient, sa mort immédiate et sans douleur »[447]. L'article 2 établit les conditions qui donnent droit à demander le traitement euthanasique[448] et l'article 3 les conditions formelles de la demande[449]. L'article 4 concerne les obligations procédurales du personnel médical[450] et l'article 5 la documentation et la déclaration de mort (naturelle)[451]. L'article 6 (« Exclusion de la punissabilité ») prévoit la non-applicabilité des articles 575, 579, 580 et 593 du Code pénal aux médecins et au personnel médical qui pratique un traitement euthanasique suivant les conditions et procédures établit dans la loi[452] ; le même article prévoit aussi l'obligation des structures médicales de garantir ce droit du patient même en cas d'objection de conscience des médecins[453].

3.3.2 Le processus parlementaire concernant le testament de vie à la Chambre

Nous venons de voir le « volet euthanasie » des propositions et projets de loi déposés après les élections de 2013, au courant donc de la XVII[e] Législature. Un volet encore plus étoffé concerne le testament biologique. Au total, seize propositions de loi sont déposées à la Chambre entre le 4 juin 2013 et le 8 juillet 2016.

1) Le 4 juin 2013, M. Mantero et d'autres députés (M5S) déposent une proposition

445 *Cf. supra*, note 417.
446 Proposta di legge Proposta di legge Mantero e Silvia Giordano, Disposizioni in materia di eutanasia, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 4651, 20 settembre 2017.
447 *Ibid.*, p. 4.
448 *Ibid.*, p. 4.
449 *Ibid.*, p. 4.
450 *Ibid.*, p. 5.
451 *Ibid.*, p. 5.
452 *Ibid.*, p. 5-6.
453 *Ibid.*, p. 5-6.

de loi ayant pour titre « Normes en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux afin d'éviter l'acharnement thérapeutique »[454]. Après l'article 1 qui précise que « la finalité de la présente loi est d'éviter l'acharnement thérapeutique dans les traitements »[455] et l'article 2 qui liste les définitions (y inclus celle de « traitement », qui n'exclut pas l'hydratation et nutrition artificielles)[456], l'article 3 concerne le consentement informé (obligatoire et juridiquement contraignant pour le médecin)[457]. L'article 4 établit les modalités d'expression des « déclarations de volonté anticipée de traitement »[458] et l'article 5 discipline la nomination d'une personne de confiance[459]. L'article 6 concerne le principe du meilleur intérêt du patient[460], l'article 7 les situations d'urgence (où l'on peut déroger au consentement informé)[461] et l'article 8 traite des mineurs et des incapables[462]. Les articles 9 et 10 concernent, respectivement, les cas de contraste (et donc d'intervention du juge)[463] et le contrôle de l'action de la personne de confiance[464]. Les articles 11, 12 et 13 concernent respectivement les termes d'entrée en vigueur des déclarations[465], les programmes de sensibilisation au public[466] et les modalités de révocation des déclarations[467].

2) Le 3 juillet 2013, Mme Locatelli et d'autres députés (PSI) déposent une proposition de loi portant le titre « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux »[468]. Comme indiqué

454 Proposta di legge Mantero ed altri, Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 1142, 4 giugno 2013.
455 *Ibid.*, p. 3.
456 *Ibid.*, p. 3.
457 *Ibid.*, p. 4.
458 *Ibid.*, p. 5.
459 *Ibid.*, p. 5-6.
460 *Ibid.*, p. 6.
461 *Ibid.*, p. 6.
462 *Ibid.*, p. 6-7.
463 *Ibid.*, p. 7.
464 *Ibid.*, p. 7.
465 *Ibid.*, p. 8.
466 *Ibid.*, p. 8-9.
467 *Ibid.*, p. 9.
468 Proposta di legge Locatelli ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 1298, 3 luglio 2013.

par ses auteurs dans le préambule, son texte reprend celui de la proposition de loi déposée le 10 juin 2008 par Mme Farina Coscioni et d'autres députés[469].

3) Le 26 juillet 2013, Mme Murer et d'autres députés (PD) déposent une proposition de loi concernant des « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement médical »[470]. Le texte se compose d'un seul article qui cite les articles pertinents de la Constitution italienne et la Convention d'Oviedo, affirme le droit de refuser, renoncer ou interrompre tout traitement médical, interdit à la fois l'acharnement thérapeutique, l'euthanasie et l'aide au suicide, donne la possibilité à toute personne majeure de rédiger une déclaration anticipée de traitement, dans laquelle elle peut aussi nommer une personne de confiance[471].

4) Le 26 mars 2014, Mme Roccella (UDC) et d'autres députés (CD, UDC, NCD[472], LN[473], PDL) déposent une proposition de loi intitulée « Dispositions en matière d'alliance thérapeutique, de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement »[474]. Son texte reprend mot-à-mot celui qui avait été approuvé à la Chambre dans le cadre du projet de loi Calabrò[475], qui ne fut toutefois jamais adopté de manière définitive – faute de l'approbation du Sénat.

5) Le 2 avril 2014, Mme Nicchi et d'autres députés (SEL) déposent une proposition de loi portant le titre « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées pour les traitements médicaux »[476]. Le texte de son

469 *Cf. supra*, Proposta di legge Farina Coscioni ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précitée.

470 Proposta di legge Murer ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 1432, 26 luglio 2013.

471 *Ibid.*, p. 4-5.

472 Centre démocratique : Centro Democratico (CD), Union démocrates de Centre : Unione Democratici di Centro (UDC) et Nouveau centre démocrate : Nuovo centro democratico (NCD) : il s'agit de trois formations politiques centristes et catholiques.

473 LN : « Ligue du Nord ». Il s'agit d'une évolution seulement nominale de LNP.

474 Proposta di legge Rocella ed altri, Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 2229, 26 marzo 2014.

475 *Cf. supra*, § 3.3.2.3.

476 Proposta di legge Nicchi ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di volontà per i trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura,

préambule nous interpelle de par sa clarté des principes sur lesquels la proposition de loi se base : concernant le lien entre « démocratie, laïcité et liberté », le texte affirme que « la démocratie est telle si on a du respect pour la liberté et si, face à une opposition entre deux thèses ou à un conflit de valeurs, comme dans le cas du thème de la fin de vie, on ne fait pas recours à la 'criminalisation' d'une des deux mais, au contraire, on les aide à vivre ensemble dans le respect réciproque. Démocratie, et donc laïcité, c'est la reconnaissance des diverses sensibilités (…). Les lois sur le divorce et sur l'avortement (…) sont des lois d'un État laïque, qui n'imposent rien à personne, mais qui se sont bornées à reconnaitre des libertés, des droits et des opportunités seulement à ceux qui souhaitent s'en prévaloir. C'est bien ce concept de laïcité que notre proposition de loi prend comme 'étoile du Nord' »[477]. Ensuite, l'article 1 concerne le consentement informé[478] et l'article 2 les déclarations anticipées de volonté, qui sont contraignantes pour le médecin, permettent de refuser tout traitement – y inclus la nutrition et hydratation artificielles – et de nommer une personne de confiance[479]. Les articles 3 et 4 concernent l'intervention du juge en cas de manque de nomination de la personne de confiance ou de différents[480]. L'article 5 établit la création de bases de données pour les déclarations anticipées au niveau municipal[481].

6) Le 30 mars 2015, Mme Binetti et d'autres députés (UDC) déposent une proposition de loi concernant des « Dispositions relatives à l'alliance thérapeutique, en matière de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement »[482]. Si son texte est fort semblable à celui déposé (par ailleurs par certains des mêmes signataires) le 26 mars 2014 (proposition n° 4 ci-haut), son préambule est bien plus long : il fait dix-huit pages et contient à la fois des argumentations philosophiques et bioéthiques sur la fin de vie (on y lit, entre autre, que « le véritable défi encouru aujourd'hui par notre société a pour objet spécifique le rapport entre la logique des droits individuels et la valeur de

C. 2264, 2 aprile 2014.

477 *Ibid.*, p. 1-3.

478 *Ibid.*, p. 4-5.

479 *Ibid.*, p. 5-7.

480 *Ibid.*, p. 7.

481 *Ibid.*, p. 8.

482 Proposta di legge Binetti ed altri, Disposizioni relative all'alleanza terapeutica, in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 2296, 30 marzo 2015.

l'universalité du droit. Droits universels signifient droits de tous, personne exclus"[483]) et des argumentations très détaillées sur ce que peuvent ou ne peuvent pas régler les déclarations anticipées.

7) Le 29 octobre 2015, Mme Carloni et d'autres députés (PD) déposent une proposition de loi ayant pour titre « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées pour les traitements médicaux »[484]. Ce texte est identique à celui déposé au Sénat par le même premier signataire le 31 mai 2006[485].

8) Le 27 janvier 2016, Mme Miotto et d'autres députés (PD) déposent une proposition de loi portant le titre « Dispositions en matière d'alliance thérapeutique et de déclarations anticipées de traitement »[486]. La proposition de loi (qui s'inspire, selon ce qui est déclaré dans le préambule, de la législation allemande) prévoit la promotion de la « relation de soin » entre médecin et patient[487] ; établit le droit au consentement informé et à la déclaration anticipée de traitement, ainsi qu'à la nomination d'une personne de confiance[488] ; affirme l'interdiction de provoquer la fin de la vie, même à la demande du patient[489].

9) Le 4 février 2016, M. Nizzi (PDL) et d'autres députés (PDL et FdI[490]) déposent une proposition de loi concernant des « Dispositions en matière d'alliance thérapeutique, de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement »[491]. Comme indiqué dans le préambule, la proposition de loi en question reprend le texte qui avait été approuvé

---

483 *Ibid.*, p. 2.

484 Proposta di legge Carloni ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di volontà per i trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3391, 29 ottobre 2015.

485 *Cf. supra*, Disegno di legge Carloni, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, précité.

486 Proposta di legge Miotti ed altri, Disposizioni in materia di alleanza terapeutica e di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3561, 27 gennaio 2016.

487 *Ibid.*, art. 1, p. 5-6.

488 *Ibid.*, p. 5-6.

489 *Ibid.*, p. 5-6.

490 Frères d'Italie : Fratelli d'Italia (FdI), nationaliste.

491 Proposta di legge Nizzi ed altri, Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3584, 4 febbraio 2016.

à la Chambre dans le cadre du projet de loi Calabrò (comme les propositions n° 4 et 6 ci-haut).

10) Le 4 février 2016, M. Fucci et d'autres députés (NI[492]) déposent une proposition de loi intitulée « Dispositions en matière d'alliance thérapeutique, de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement »[493]. Encore une fois nous sommes face à un texte qui reprend celui qui avait été approuvé à la Chambre dans le cadre du projet de loi Calabrò.

11) Le 9 février 2016, M. Calabrò et Mme Binetti (NCD-UDC) déposent une proposition de loi portant le titre « Dispositions en matière d'alliance thérapeutique, de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement »[494]. Encore une fois nous sommes face à un texte qui reprend celui qui avait été approuvé à la Chambre dans le cadre du projet de loi Calabrò. Par ailleurs, M. Calabrò et Mme Binetti sont cosignataires de la proposition n° 4 ci-haut et Mme Binetti est première signataire de la proposition n° 6 ci-haut (ce qui mène à trois le nombre de propositions de loi – sur seize au total – signées par cette élue dans le cadre de cette procédure parlementaire).

12) Le 11 février 2016, Mme Brignone et d'autres députés (Possibile[495]) déposent une proposition de loi ayant pour titre « Modifications au code civil en matière de consentement informé, de déclaration anticipée de volonté concernant les traitements médicaux et de testament biologique, ainsi que institution de la base de données informatique nationale des testaments biologiques »[496]. Dans son préambule on affirme

---

492 Les trois signataires sont d'abord élus dans les rangs du PDL et le quittent ensuite avant le dépôt de cette proposition en faveur du groupe technique des Non-Inscrits.

493 Proposta di legge Fucci ed altri, Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3586, 4 febbraio 2016.

494 Proposta di legge Calabrò e Binetti, Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3596, 9 febbraio 2016.

495 Possible : Possibile, gauche.

496 Proposta di legge Brignone ed altri, Modifiche al codice civile in materia di consenso informato, di dichiarazione anticipata di volontà sui trattamenti sanitari e di testamento biologico, nonché istituzione della banca di dati telematica nazionale dei testamenti biologici, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3599, 11 febbraio 2016.

que « l'État se doit de représenter et défendre tous ses citoyens dans le plein respect du principe de laïcité (…). La proposition de loi ne souhaite aucunement entrer dans le fond des choix que chaque individu souhaite faire dans le domaine médical, elle a toutefois l'objectif de permettre que soit donnée à chaque individu la possibilité d'accès facile aux procédures nécessaires pour exprimer ses propres volontés »[497]. Le texte de la proposition de loi établit, par le biais d'amendements au Code civil[498], le droit au consentement informé et au refus de tout traitement pour les majeurs de seize ans ; le droit de rédiger un testament biologique pour toute personne majeure ; le droit de nommer une personne de confiance, dont le nom peut être inclus dans le testament biologique. Le non-respect des volontés indiquées dans le testament biologique implique le droit aux dommages matériels et moraux subis.

13) Le 24 février 2016, Mme Iori et d'autres députés (PD) déposent une proposition de loi concernant des « Dispositions en matière de refus de traitements médicaux et directives anticipées de traitement »[499]. L'article 1 établit le droit pour toute personne majeure de refuser tout traitement, y inclus l'hydratation et la nutrition artificielles[500]. L'article 2 réaffirme le droit aux soins palliatifs[501] tel qu'établit déjà dans la loi de 2010[502]. L'article 3 donne la possibilité d'exprimer une « directive anticipée de traitement » juridiquement contraignante, qui peut aussi bien contenir la nomination d'une personne de confiance mais ne peut pas contenir des demandes imputables à l'article 579 du Code pénal (homicide de la personne consentante)[503]. L'article 4, concernant la validité et l'application des directives anticipées, établit que ces dernières sont applicables lorsque « le sujet intéressé a une pathologie grave et incurable en phase terminale, est en état végétatif persistent ou en coma irréversible aussi d'origine

497 *Ibid.*, p. 2.
498 L'art. 5 du Code civil établit l'indisponibilité de l'intégrité corporelle. La proposition de loi introduit des nouveaux art. 5*bis* à *octies*. *ibid.*, p. 3-8.
499 Proposta di legge Iori ed altri, Disposizioni in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e direttive anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3630, 24 febbraio 2016.
500 *Ibid.*, p. 3.
501 *Ibid.*, p. 3.
502 *Cf.* supra, Partie I, § 3.2.
503 Proposta di legge Iori ed altri, Disposizioni in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e direttive anticipate di trattamento, précitée, p. 3-4.

traumatique »[504].

14) Le 5 avril 2016, Mme Marzano (PD) dépose une proposition de loi intitulée « Dispositions en matière de consentement informé, de refus des traitements médicaux et de déclarations anticipées de traitement »[505]. L'article 1 concerne le consentement informé[506], l'article 2 les déclarations anticipées de traitement[507] et l'article 3 les dispositions pour la mise en œuvre de la loi[508].

15) Le 7 avril 2016, M. Marazziti et d'autres députés (DES-CD[509]) déposent une proposition de loi concernant des « Dispositions en matière de déclarations anticipées de traitement, de consentement informé et de planification partagée des traitements »[510]. L'article 1 reconnait la possibilité de rédiger des déclarations anticipées de traitement, interdit l'acharnement thérapeutique ainsi que toute forme d'euthanasie active ou passive ou d'assistance ou aide au suicide[511]. L'article 2 concerne l'information au patient[512] et l'article 3 détaille le contenu des déclarations anticipées[513]. L'article 4 concerne la proportion des thérapies par rapport à la situation du patient[514] et l'article 5 concerne la « planification partagée des soins » entre le médecin et le patient[515]. L'article 6 établit la possibilité de nommer une personne de confiance[516], alors que l'article 7 concerne l'arrêt des traitements[517]. Les articles 8 et 9 concernent l'accompagnement et le soutien du

504 *Ibid.*, p. 5-6.
505 Proposta di legge Marzano, Disposizioni in materia di consenso informato, di rifiuto dei trattamenti sanitari e di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3723, 5 aprile 2016.
506 *Ibid.*, p. 3-4.
507 *Ibid.*, p. 4.
508 *Ibid.*, p. 4-5.
509 Démocratie solidaire - Centre démocratique : Democrazia solidale - Centro democratico, centriste.
510 Proposta di legge Marazziti ed altri, Disposizioni in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento di consenso informato e di pianificazione condivisa dei trattamenti, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3730, 7 aprile 2016.
511 *Ibid.*, p. 6-7.
512 *Ibid.*, p. 7.
513 *Ibid.*, p. 7-8.
514 *Ibid.*, p. 8.
515 *Ibid.*, p. 8-10.
516 *Ibid.*, p. 10.
517 *Ibid.*, p. 10-11.

patient[518].

16) Le 8 juillet 2016, Mme Giordano et d'autres députés (M5S) déposent une proposition de loi ayant pour titre « Dispositions en matière de consentement informé, de dispositions anticipées de traitement et de testament biologique »[519]. Le but de la proposition de loi (comme indiqué à l'article 1) est de « fournir les moyens pour consentir à toute personne majeure d'exercer son droit d'accepter, interrompre ou renoncer à tout traitement médical, comme garanti par l'article 32 de la Constitution, et aussi de donner des dispositions sur son propre corps *post mortem* »[520]. Pour ce faire, les treize articles suivants établissent les définitions, le droit au consentement informé, le droit de rédiger des dispositions anticipées de traitement (qui sont contraignantes pour le médecin) et de nommer une personne de confiance. Aussi, à l'alinéa 8 de l'article 3, on établit qu'en cas de « pronostic grave irréversible » le patient a le droit de profiter des soins palliatifs ou de faire accompagner l'arrêt des traitements médicaux par une « sédation palliative profonde »[521].

3.3.2.1 Le travail parlementaire en commission

Le 4 février 2016, l'examen des propositions de loi déjà déposées à cette date (donc les dix premières propositions listées *supra*) commence. Par la suite, les autres propositions sont jointes au dossier pas après pas. Mme Donata Lenzi (PD) est nommée rapporteure et plusieurs auditions se tiennent à partir du 31 mars 2016. Lors du bref débat qui a lieu en commission suite aux auditions, certains points sont abordés de manière récurrente et notamment[522] :

---

518 *Ibid.*, p. 11-12.

519 Proposta di legge Silvia Giordano ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato, di disposizioni anticipate di trattamento e di testamento biologico, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3970, 8 luglio 2016.

520 *Ibid.*, p. 3.

521 Mme Giordano précise, lors du débat en plénière, que cette seconde proposition de loi de son groupe politique représente une évolution de la première (*cf. supra*, proposition n° 1), suite aux débats et à l'approfondissement menés.

522 *Cf.* Camera dei Deputati, XVII Legislatura - XII Commissione permanente - *Resoconto sommario* del 12 maggio 2016; *Idem*, *Resoconto sommario* del 12 luglio 2016; *Idem*, *Resoconto sommario* del 13 luglio 2016; *Idem*, *Resoconto sommario* del 2 agosto 2016.

– l'importance des modalités de règlementation des pratiques de nutrition et hydratation artificielles ;

– le caractère obligatoire (ou non) des directives anticipées du patient ;

– le fait de garder toute forme d'euthanasie en dehors de la loi ;

– l'équilibre à trouver entre le respect de la volonté du patient et le rôle du médecin ;

– l'importance du respect du principe de l'auto-détermination du patient.

Le 13 juillet 2016, un « comité restreint » est nommé, qui inclut un représentant par groupe politique[523]. Le 7 décembre 2016, le comité restreint propose à la Commission un texte de base[524], qui est supposé être le point de départ de l'élaboration du texte de commission. Le texte, portant le titre « Normes en matière de consentement informé et de dispositions anticipées de traitement », est ainsi rédigé :

– l'article 1 (« Consentement informé ») établit « qu'aucun traitement médical ne peut être initié ou poursuivi sans le consentement libre et informé de la personne intéressée »[525] ; prévoit la possibilité de révoquer le consentement donné, y inclus lorsque ceci implique l'interruption de la nutrition ou de l'hydratation artificielles[526] ; affirme que le médecin est tenu de respecter la volonté du patient et par conséquent l'exonère de toute responsabilité civile ou pénale[527]. Il précise aussi que le patient ne peut pas exiger des traitements médicaux contraires à la loi, à la déontologie et aux bonnes pratiques[528].

– l'article 2 (« Mineurs et incapables ») clarifie qui doit exprimer le consentement pour le mineur ou l'incapable (parent, tuteur, curateur selon les situations) tout en précisant qu'il faut tenir compte de la volonté du mineur ou de l'incapable[529].

---

523 Le comité restreint se réunit à huis-clos, aucun procès-verbal ni compte-rendu n'est disponible.

524 Testo unificato elaborato dal comitato ristretto adottato come testo base, Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, A.C. 1142-1298-1432-2229-2264-2996-3391-3561-3584-3586-3596-3599-3630-3723-3730-3970A, Allegato, 7 dicembre 2016.

525 *Ibid.*, p. 1.

526 *Ibid.*, alinéa 5, p. 2.

527 *Ibid.*, alinéa 7, p. 2.

528 *Ibid.*, p. 2.

529 *Ibid.*, p. 3.

– l'article 3 (« Dispositions anticipées de traitement ») établit le droit pour toute personne majeure et capable d'exprimer « ses propres convictions et préférences en matière de traitements médicaux, ainsi que le consentement ou le refus par rapport aux choix diagnostiques ou thérapeutiques et aux traitements médicaux, y inclus les pratiques de nutrition et hydratation artificielles »[530], et d'indiquer une personne de confiance « qui la représente dans les relations avec le médecin et les structures médicales »[531]. En cas d'absence de nomination de la personne de confiance ou de caducité de la nomination (renonciation, décès, incapacité), le juge peut la nommer après avoir entendu les proches[532]. L'alinéa 5 du même article prévoit que le médecin soit tenu à respecter les dispositions, « qui peuvent être ignorées, en tout ou en partie (...), en accord avec la personne de confiance, lorsqu'il existe des thérapies non prévisibles au moment de la souscription, qui soient capables d'assurer des possibilités d'amélioration des conditions de vie »[533].

– l'article 4 (« Planification partagée des soins ») prévoit la possibilité, en cas de « pathologie chronique et invalidante ou caractérisée par une évolution qu'on ne peut pas arrêter et à pronostic défavorable »[534], de réaliser une « planification des soins partagée entre le patient et le médecin »[535], que le médecin est tenu de suivre lorsque le patient se trouve dans l'impossibilité d'exprimer son consentement ou devient incapable. Le patient peut également y exprimer la nomination d'une personne de confiance[536].

Le même jour, après la présentation du texte par la rapporteure et un court débat, la commission adopte cette proposition de loi comme texte de base de Commission.

Le délai pour le dépôt d'amendements est fixé au 12 janvier 2017, date à laquelle 3.200 amendements sont reçus : bien que certains soient déclarés inadmissibles, ce

530 *Ibid.*, p. 4.
531 *Ibid.*, p. 4.
532 *Ibid.*, alinéa 4, p. 4. L'alinéa en question contient la liste des proches à entendre.
533 *Ibid.*, p. 4.
534 *Ibid.*, p. 5.
535 *Ibid.*, p. 5.
536 *Ibid.*, alinéa 3, p. 6.

nombre important alimente le débat, qui a lieu lors de seize réunions de Commission entre le 17 janvier et le 2 mars 2017. Il s'agit toutefois d'un débat peu centré sur les principes et plutôt pragmatique (donc concernant les formulations à retenir) qui est ainsi engendré. Ses points centraux demeurent ceux que nous avons vu plus haut, bien qu'élaborés davantage et avec quelques éléments nouveaux :

– l'importance des modalités de règlementation des pratiques de la nutrition et hydratation artificielles : certains (notamment les partis de droite ou catholiques de centre) les considèrent des soins[537], d'autres (notamment les partis de gauche et le M5S) des traitements médicaux[538], qu'on peut donc refuser ou interrompre.

– le fait de garder toute forme d'euthanasie en dehors de la loi et d'éviter le risque que la possibilité de refuser la nutrition et l'hydratation impliquent des euthanasies (parfois définies « passives ») voir des suicides assistés[539] : certaines interventions vont jusqu'à affirmer que le texte en question a un caractère clairement euthanasique[540], d'autres au contraire réitèrent la différence entre le respect de la volonté du patient (et le non-acharnement thérapeutique) et l'euthanasie[541] .

– le caractère obligatoire (ou pas) des directives anticipées du patient (avec un débat terminologique entre les appellations « déclarations » et « dispositions »)[542] et l'équilibre à trouver entre le respect de la volonté du patient et le rôle du médecin[543] ; la

537 *Cf.* notamment l'intervention de Mme Binetti (UDC) ou de M. Gigli (DES-CD) lors des réunions des 17 janvier et 7 février 2017, ou celle de M. Fucci (NI) lors de la réunion du 19 janvier 2017.
538 *Cf.* notamment l'intervention de M. Mantero (M5S) lors de la réunion du 19 janvier 2017 ou celle de Mme Nicchi (SEL) lors de la réunion du 7 février 2017.
539 *Cf.* notamment l'intervention de Mme Binetti (UDC) ou de M. Gigli (DES-CD) lors de la réunion du 17 janvier 2017, l'intervention de M. Calabrò (NCD) lors de la réunion du 18 janvier 2017 ou celle de MM. Fucci (NI) et Palmieri (PDL) lors de la réunion du 19 janvier 2017, celle de M. Gigli lors de la réunion du 7 février 2017.
540 *Cf.* notamment l'intervention de Mme Roccella (UDC) lors de la réunion du 17 janvier 2017, de M. Buttiglione (UDC) lors de la réunion du 19 janvier 2017 ou de M. Pagano (LN) lors des réunions des 24 et 31 janvier 2017.
541 *Cf.* notamment l'intervention de Mme Amato (PD) lors de la réunion du 18 janvier 2017 ou celle de M. Fucci (NI) lors de la réunion du 19 janvier 2017.
542 *Cf.* notamment l'intervention de M. Palmieri et Mme Binetti lors de la réunion du 2 mars 2017.
543 *Cf.* notamment les interventions de Mme Binetti (UDC), M. Pagano (LN) et M. Menorello (CI) lors de la réunion du 26 janvier 2017.

question de l'objection de conscience est aussi introduite dans le débat[544].

– l'importance du respect du principe de l'auto-détermination[545] mais aussi, à l'opposé, de l'inviolabilité de la vie humaine[546] : Mme Lenzi (PD), rapporteure, les pose sur un même niveau et refuse leur opposition[547].

Dans ce dernier contexte, il est intéressant de remarquer que certains élus se déclarent contraires au principe de l'autodétermination par le biais d'une opposition entre individu et société. Certaines considérations intéressantes sont, par ailleurs, exprimées concernant le rôle de l'État dans ce domaine : M. Pagano (LN) considère inacceptable qu'il ne soit pas possible de décider sur la vie d'autrui et qu'on laisse les citoyens libres de décider sur certains aspects[548] ; M. Buttiglione (UDC) considère l'euthanasie comme le transfert à un autre individu du pouvoir de donner la mort « avec l'aval de l'État »[549] ; Mme Lenzi (PD), rapporteure, se réfère à la société pluraliste dans laquelle nous vivons et rappelle que chacun a ses opinions[550] ; M. Gigli (DES-CD) affirme que la vie n'est pas une valeur individuelle mais « un bien de la collectivité »[551], alors que M. Pagano (LN) la définit comme « bien collectif »[552] ; Mme Roccella (UDC) regrette qu'on ne règle pas mieux le comportement à tenir par le Service National de Santé envers les patients qui souhaitent arrêter les traitements, car on devrait appliquer le principe du *favor vitae*[553].

---

544 *Cf.* notamment l'intervention de M. Palmieri lors des réunions des 19 et 26 janvier 2017.

545 *Cf.* notamment les interventions de M. Mantero lors des réunions des 19 et 26 janvier 2017 ou l'intervention de Mme Giordano (M5S) lors de la réunion du 26 janvier 2017.

546 *Cf.* notamment l'intervention de Mme Roccella, ou de M. Gigli (DES-CD) lors de la réunion du 17 janvier 2017, celle de MM. Fucci (NI) ou Palmieri lors de la réunion du 19 janvier 2017, celle de M. Sisto (PDL) lors de la réunion du 25 janvier 2017 ou celle de M. Gigli lors de la réunion du 26 janvier 2017.

547 Camera dei Deputati, XVII Legislatura - XII Commissione permanente - *Resoconto sommario* del 31 gennaio 2017, p. 117.

548 Camera dei Deputati, XVII Legislatura - XII Commissione permanente - *Resoconto sommario* del 19 gennaio 2017, p. 87.

549 *Ibid.*, p. 92.

550 *Ibid.*, p. 94.

551 Camera dei Deputati, XVII Legislatura - XII Commissione permanente - *Resoconto sommario* del 24 gennaio 2017, p. 205.

552 Camera dei Deputati, XVII Legislatura - XII Commissione permanente - *Resoconto sommario* del 26 gennaio 2017, p. 105.

553 Camera dei Deputati, XVII Legislatura - XII Commissione permanente - *Resoconto sommario* del 1° febbraio 2017, p. 131.

Quant aux amendements, on procède à une réduction du nombre total des amendements à 288 par la voie d'une sélection demandée aux groupes politiques qui les ont déposés. Plusieurs amendements sont adoptés, dont le texte n'influence pas le cœur de la proposition de loi : il s'agit de précisions (certes utiles, comme les formes d'enregistrement du consentement notamment pour les personnes handicapées) ou d'ajustements (comme l'ajout des proches non membres de la famille au sens juridique stricte – cohabitant ou personne de confiance – pour certaines consultations non obligatoires), mais la structure et la substance de la proposition de loi restent inchangées[554].

Lors de la déclaration de vote de chaque représentant des groupes politiques, le M5S, par la voix de Mme Giordano, se déclare favorable au texte ainsi amendé et satisfait du climat tout compte fait tranquille du débat. Le PDL, par la voix de M. Palmieri, soulève des critiques et annonce un vote contre et le dépôt d'amendements en plénière. Le MDP[555], par la voix de Mme Murer, invite à faire vite. La LN, par la voix de M. Pagano, déclare un vote contraire et liste parmi les raisons l'inclusion de l'hydratation et de la nutrition parmi les traitements qu'on peut arrêter ou refuser. L'UDC, par la voix de Mme Binetti, annonce un vote favorable comme signe d'appréciation pour le travail effectué par la rapporteure. Le PD, par la voix de Mme Amato, annonce son vote favorable tout en précisant que le texte en examen n'a rien à voir avec le suicide assisté.

Le 2 mars 2017, la proposition de loi est donc adoptée et transmise à la plénière.

3.3.2.2 L'adoption en plénière

Le 13 mars 2017, le débat dans la plénière de la Chambre commence. Il sera suivi de six séances, qui se termineront par le vote du texte amendé. Voyons d'abord les argumentations issues du débat.

---

554 Testo unificato della Commissione, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, A.C. 1142-1298-1432-2229-2264-2996-3391-3561-3584-3586-3596-3599-3630-3723-3730-3970A, 2 marzo 2017.

555 Mouvement démocrate progressiste : Movimento Democratico Progressista (MDP), gauche.

3.3.2.2.1 Le débat

Le premier point souligné (positivement) par presque tous les intervenants est le choix fait par le Gouvernement de ne pas s'immiscer dans le débat parlementaire concernant cette proposition de loi et de laisser le Parlement libre de former aussi des *majorités de rechange*. C'est un point d'autant plus capital quel les positionnements des partis formant le gouvernement (une sorte de grande coalition entre démocrates – PD – et centre catholique – NCD) divergent sur les thèmes éthiques et notamment sur la fin de vie. Mme Lenzi, rapporteure et élue d'un parti qui participe au Gouvernement (PD), souligne ce point en premier lors de l'ouverture du débat : c'est une « proposition d'initiative parlementaire exclusive (…) qui a vu le Gouvernement se garder explicitement en dehors du débat – et de ceci il faut le remercier – et reconnaitre la pleine autonomie du Parlement à légiférer en la matière »[556]. Elle rajoute aussi : « Ceci n'est pas un thème destiné aux négociations entre partis ou de confrontation entre majorités appelées à gouverner et à exprimer un exécutif. Ceci est un thème éminemment parlementaire »[557]. M. Mantero (M5S) lui fait écho : « Ces derniers jours j'ai entendu invoquer plusieurs fois le respect d'une majorité de Gouvernement, mais une proposition comme celle-ci se doit d'être approuvée par le plus ample partage possible et sans intromission de la part du Gouvernement ou chantages par les partis de la majorité »[558]. Il rajoute aussi : « Nous oublions trop souvent que l'Italie est une République parlementaire : c'est le Parlement, et non pas le Gouvernement, qui fait les lois. Celle-ci

[556] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Lenzi (« Approda in Aula una proposta di esclusiva iniziativa parlamentare nata dalla faticosa, ma sfidante opera di costruzione di un testo base, partendo da sedici progetti di legge, che ha visto il Governo porsi esplicitamente al di fuori del dibattito - e di questo va ringraziato - e riconoscere la piena autonomia del Parlamento a legiferare in materia »).

[557] *Ibid.* (« Questo non è tema da trattative di partito o di confronto su maggioranze chiamate a governare e a esprimere un esecutivo. Questo è tema squisitamente parlamentare. Il parlamento è quindi richiamato alla sua funzione fondamentale di legislatore e ognuno di noi è chiamato ad assumere responsabilmente e singolarmente una decisione difficile in un clima che, mi auguro, sia di ascolto reciproco e di serio confronto »).

[558] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Mantero (« In questi giorni ho sentito più volte invocare il rispetto di una maggioranza di Governo, ma una proposta come questa deve essere approvata dalla più ampia condivisione possibile e senza intromissione da parte del Governo o ricatti da parte dei partiti di maggioranza »).

est la première fois, depuis que je suis entré dans cette institution, que je vois le Parlement se reprendre sa dignité et faire son travail : non pas ratifier des décrets, non pas donner des mandats en blanc, mais faire face à une importante et urgente proposition d'initiative parlementaire avec une ample majorité transversale et un Gouvernement qui justement s'abstient »[559]. Soutiennent la même position à ce sujet aussi bien les élus des partis qui contribuent à former cette majorité de rechange que ceux qui opposent la proposition de loi. Ainsi font M. Monchiero (CI[560]) (« De manière fort opportune le Gouvernement (…) s'en est remis à la décision autonome du Parlement. (…) Dans le Comité restreint et en Commission une majorité anormale s'est formée, qui ne s'est reflétée dans cette législature en aucune autre proposition de loi, une majorité dans laquelle je me suis personnellement reconnu dès le premier instant »[561]) et Mme Locatelli (PSI) (« Cette mesure est le fruit d'un travail , je dirais, purement parlementaire, sans aucune interférence gouvernementale, car sur des thèmes qui sont définis comme éthiquement sensibles le Parlement ne doit pas subir de conditionnement »[562]), mais aussi M. Palmieri (PDL) (« concernant cette partie, le Gouvernement a sagement choisi de suivre le précédent Gouvernement Berlusconi lorsqu'on vota la loi sur la fécondation assistée, c'est-à-dire qu'il a choisi d'en rester en dehors et de s'en remettre à la volonté de la Chambre »[563]) et M. Pagano (LNA[564])

---

559 *Ibid.* (« Ci dimentichiamo troppo spesso che l'Italia è una Repubblica parlamentare: è il Parlamento, e non il Governo che fa le leggi. Questa è la prima volta, da quando sono entrato in quest'Aula, che vedo il Parlamento riprendersi la sua dignità e fare il suo lavoro: non ratificare decreti, non dare deleghe in bianco, ma affrontare un'importante e urgente proposta d'iniziativa parlamentare con un'ampia maggioranza trasversale e un Governo che giustamente si astiene »).

560 Civiques et innovateurs : Civici e Innovatori (CI), centriste.

561 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Monchiero (« Molto opportunamente il Governo, in ogni fase del procedimento, si è rimesso all'autonoma decisione del Parlamento, chiamato a pronunciarsi su una molteplicità di proposte anche apertamente contrastanti, che la Commissione XII ha tradotto in un testo unificato. Si è formata nel Comitato ristretto e in Commissione una maggioranza anomala, che non trova il riscontro in questa legislatura nell'iter di altre proposte di legge, maggioranza nella quale personalmente mi sono riconosciuto fin dal primo momento »).

562 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017, intervention de Mme Locatelli (« Questo provvedimento è frutto di un lavoro, direi, tutto parlamentare, senza nessuna interferenza governativa, un atteggiamento giusto del Governo attuale e del precedente, perché su temi definiti eticamente sensibili il Parlamento non deve subire condizionamenti »).

563 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Palmieri (« Su questa partita con saggezza il Governo ha scelto di seguire il precedente del Governo Berlusconi, quando votammo la legge sulla fecondazione assistita, cioè ha scelto di starne fuori e di rimettersi alla volontà dell'Aula »).

564 Ligue du Nord - Autonomies : Lega Nord - Autonomie, petit changement nominal du groupe LN afin de permettre l'adhésion de forces régionalistes su centre et du sud du Pays.

(« Concernant les unions civiles [565] nous avons assisté à un fait très grave : le Gouvernement qui est intervenu et a donné son consentement par un vote de confiance. Cette fois au moins ceci nous a été épargné et nous souhaitons que cela reste ainsi, que le Gouvernement demeure neutre dans cette phase » [566]), qui viennent de partis majoritairement contraires à la proposition de loi. Les élus du NCD ne s'expriment pas ouvertement à ce sujet.

L'idée d'avoir légiféré en direction d'un « *droit en douceur* » [567] revient cycliquement, affirmée par les élus des partis qui soutiennent la proposition de loi. Ainsi Mme Lenzi (PD), rapporteure, introduit cette idée dans sa première intervention en plénière : « La loi se situe dans une vision douce du droit, c'est-à-dire que c'est une loi de principes, non pas une liste ponctuelle de situations, choix conscient fait dans la conviction qu'il est extrêmement difficile de lister tous les cas possibles et qu'on souhaite laisser un large espace d'autonomie au médecin et à l'organisation médicale »[568]. Elle est suivie par Mme Amato, du même parti, qui parle d'un « texte délicat (…) avec attention à l'équilibre entre le droit à la santé et à celui de l'intangibilité du corps, entre le devoir de soigner et le droit au refus »[569], par Mme Nicchi (SI[570]), qui affirme que la loi suit « les lignes d'un droit en douceur, qui veut garantir toutes les convictions morales – toutes ! – dans le respect du principe de laïcité de l'État »[571], par M. Burtone (PD), selon lequel « il

565 Il se réfère à la loi sur les pactes civils de cohabitation, ouvert aussi aux couples homosexuels.

566 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Pagano (« Sulle unioni civili abbiamo assistito ad un fatto assolutamente grave: il Governo che è intervenuto e ha dato il proprio assenso con la fiducia. Almeno in questo caso ci è stato evitato e desideriamo che rimanga così, che il Governo rimanga neutrale in questa fase »).

567 « Diritto mite » en italien.

568 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Lenzi (« La legge rientra in una visione mite del diritto, cioè è legge di principi, non è un'elencazione puntuale di situazioni, scelta consapevole nella convinzione che sia estremamente difficile l'elencazione di tutte le fattispecie possibili e volendo lasciare ampio spazio di autonomia al medico e all'organizzazione sanitaria che ha, nel vuoto legislativo, agito in modo quasi sempre ampiamente condivisibile »).

569 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Amato (« Un testo di 'diritto mite', secondo il linguaggio della legge, un testo delicato, come lo descriverei da medico, con l'attenzione all'equilibrio tra il diritto alla salute e quello dell'intangibilità del corpo, tra il dovere di curare e il diritto al rifiuto, tra l'obbligo di informare e il diritto a non voler sapere »).

570 Gauche italienne : Sinistra Italiana (SI), évolution de SEL.

571 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Nicchi (« La normativa in

y a eu un équilibre, qui a donné la possibilité de définir une loi au droit léger, non-infiltrant dans la partie finale de la vie »[572] et par d'autres élus[573].

Les principales *valeurs* mentionnées dans le débat sont notamment :

- La *laïcité*. Elle est invoquée à maintes reprises, notamment comme principe et valeur, parfois aussi comme méthode à suivre. Certains élus prennent davantage le temps pour élaborer ce que la laïcité signifie à leurs yeux: ainsi M. Mantero rappelle que si « chacun dans cette Chambre a son éthique, sa foi religieuse, sa vision de la vie et de la mort qui sont évidemment différents de ceux qu'ont tous les autres, (…) en ce moment nous sommes législateurs d'un État laïc, et il est de notre tâche de laisser en dehors de cette Chambre nos préconcepts et nos valeurs morales. Personnes ne peut s'arroger le droit d'imposer sa propre éthique aux autres ; personne ne peut obliger une personne à continuer à subir des souffrances insupportables car notre vision, et non pas la sienne, nous dit que ce serait juste. (…) Mais si vous continuez à reporter l'approbation d'une proposition de loi sur la fin de vie, ou si vous essayez de la vider afin de la rendre inefficace, vous êtes en train de faire exactement ceci : d'imposer votre éthique aux autres, de nier aux malades leurs droits »[574]. Mme

esame si muove (...) lungo le linee di un diritto mite, che vuole garantire tutti i convincimenti morali - tutti! - nel rispetto del principio della laicità dello Stato, che ben delinea un confine tra legge, che obbliga tutti e tutte, e punti di vista morali, religiosi e culturali, che appartengono invece alla libertà di ciascuno »).

572 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Burtone (« C'è stato un equilibrio, che ha dato la possibilità di definire una legge dal diritto lieve, non infiltrante nella parte finale della vita »).

573 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, Interventions de M. Marazziti (DES-CD, Président de la Commission des Affaires sociales) et Mme Miotto (PD); Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017, intervention de M. Gelli (PD); Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de Mme Murer (MDP).

574 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Mantero (« Ognuno di noi qui dentro, in quest'Aula ha una sua etica, un credo religioso, una visione della vita e della morte ovviamente diversi da quelli di tutti gli altri, ma, in questo momento, noi siamo legislatori di uno Stato laico, ed è nostro compito lasciar fuori da quest'Aula i nostri preconcetti e i nostri valori morali. Nessuno si può arrogare il diritto di imporre la propria etica ad un altro; nessuno può costringere una persona a continuare a patire sofferenze insopportabili perché la nostra visione, e non la sua, ci dice che sarebbe giusto. Nessuno può costringere un paziente ad essere sottoposto ad un trattamento sanitario contro la sua volontà, con la forza: sarebbe una tortura, e penso che nessuno in quest'Aula sia veramente così

Nicchi rappelle que le « principe de la laïcité de l'État (…) dessine bien la limite entre la loi, qui oblige tous et toutes, et les points de vue moraux, religieux et culturels, qui appartiennent par contre à la liberté de chacun »[575]. D'autres élus se bornent à citer ou à revendiquer une conception laïque de la politique (c'est le cas de M. Cicchitto[576] [AP[577]-NCD] ou de Mme Miotto [PD][578], ou encore de M. Lattuca [PD][579] ou de Mme Brignone [Possibile][580]), d'autres encore soulignent que le principe de laïcité découle de la Constitution italienne (comme Mme Lenzi, rapporteure [PD][581], M. Calabrò [AP-NCD][582], M. Garofalo [AP-NCD][583]) ou encore de la Déclaration des droits de

crudele; ma continuando a rimandare l'approvazione di una proposta di legge sul fine vita, o tentando di svuotarla per renderla inefficace, state facendo esattamente questo: imporre la vostra etica ad altri, negare ai malati i loro diritti »).

575 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Nicchi (Il « principio della laicità dello Stato (...) ben delinea un confine tra legge, che obbliga tutti e tutte, e punti di vista morali, religiosi e culturali, che appartengono invece alla libertà di ciascuno »).

576 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Cicchitto (« Secondo la concezione laica, nella quale io mi riconosco (...), si ritiene che di questa dignità della vita umana faccia parte anche la libertà di poter disporre della propria esistenza nel caso in cui si ritenga di non poter più sopportare il dolore fisico e psichico determinato da una deriva della propria vita »).

577 Alternativa Popolare : Alternative Populaire (AP), centriste fondé par des élus sortant du PDL.

578 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Miotto (« Vi debbo dire che con pudore cito questi testi, perché per i credenti dovrebbero ispirare la propria azione politica, non dettare i nostri emendamenti. Dovrebbero lasciare alla responsabilità di ciascuno di noi il dovere del confronto con chi si muove da visioni della vita diverse, orientamenti filosofici diversi, con approccio laico, che impone, in una società pluralista, e come ci guida l'impianto costituzionale, a trovare una sintesi alta, se possibile, se rinunciamo a sventolare bandiere di natura, ahimè, propagandistica »).

579 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 761 di giovedì 16 marzo 2017, intervention de M. Lattuca (« Il testo approvato dalla Commissione affari sociali, in conformità ai principi costituzionali, ha il grande pregio di farlo nel pieno rispetto del principio di laicità, rifiutando la logica del perfezionismo giuridico, e consentendo, quindi, a ciascuno di determinare la propria esistenza senza essere costretto a subire trattamenti sanitari contro la propria volontà »).

580 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de Mme Brignone (« Io non lo so, Presidente, cosa farò, se compilerò mai le DAT e, conoscendomi, credo che chiederò di non staccare proprio nessuna spina, ma di non farmi soffrire, ma sono orgogliosa oggi di vestire le parti di un legislatore laico e repubblicano, che prescinde dal proprio credo ed evita che su un tema come questo altri possano imporre il proprio credo »).

581 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Lenzi (« È una mediazione da cercare con metodo laico, come ci dice la Corte costituzionale »).

582 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Calabrò (« L'appello a licenziare una legge che sappia coniugare tutela della vita, libertà della persona e dignità umana è un richiamo profondamente laico che proviene dalla nostra Carta costituzionale »).

583 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017, intervention de M. Garofalo (« Quindi, è con spirito

l'homme et du citoyen de 1789 (M. Cicchitto[584]).

- L'*autodétermination*. Plusieurs sont les élus qui soutiennent ce principe et qui le posent à la base de la législation à adopter. Mme Giordano (M5S) fait une intervention rhétoriquement forte : « Il faut donc (…) respecter les parents, respecter la volonté du médecin, respecter la science, respecter la religion, il faut respecter tout le monde sauf la volonté du patient. Celle-ci est pour nous une position inacceptable. Notre tâche est de respecter finalement la volonté du malade et faire comprendre que le Parlement est finalement prêt à assumer cette responsabilité »[585]. Mme Locatelli se demande « qui d'autre devrait décider de sa propre vie, si non celui qui en est, pour ainsi dire, titulaire ? »[586] Et M. Capezzone, sur la même longueur d'onde, affirme : « J'ai entendu la phrase, répétée plusieurs fois : nous ne pouvons pas laisser une personne seule à décider. Mais quelle conception avons-nous de la vie ? Mais alors nous ne pouvons pas laisser une personne seule à décider de se marier, (…) d'avoir un enfant (…). Elle doit être assistée par qui ? Rappelez-vous que l'individu existe, et

laico che abbiamo affrontato e affrontiamo il tema in questione, sicuri di rispettare, in questo, l'indiscutibile richiamo della Costituzione »).

584 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de M. Cicchitto (« I presupposti culturali per chi è laico e liberale discendono dalla Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino, che così recita al suo articolo 4: "La libertà consiste nel poter far tutto ciò che non nuoce ad altri: così, l'esercizio dei diritti naturali di ciascun uomo ha come limiti solo quelli che assicurano agli altri membri della società il godimento di quegli stessi diritti (…)". In questa definizione, a mio avviso, rientra anche la facoltà per ogni individuo di poter disporre della propria vita. Da ciò personalmente traggo la conseguenza della liceità, anche etica, dell'eutanasia »).

585 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Giordano (« Quindi (...) bisogna rispettare i parenti, bisogna rispettare la volontà del medico, bisogna rispettare la scienza, bisogna rispettare la religione, bisogna rispettare tutti ma non la volontà del paziente. (…) Questa per noi è una posizione inaccettabile. (...) Il nostro compito è quello di rispettare finalmente la volontà del malato e far capire che il Parlamento è finalmente pronto a prendersi questa responsabilità »).

586 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017, intervention de Mme Locatelli (« Senza una legge (...) la volontà dell'individuo è sostituita dalla volontà altrui (…). Ma io mi chiedo: ma chi altri dovrebbe decidere della propria vita, se non chi ne è, per così dire, titolare? »).

que sur lui-même l'individu est souverain »[587]. M. Corsaro (DI[588]) souligne qu'il « ne peut y avoir personne, au-delà de la personne frappée par une maladie incurable, qui puisse déterminer pour elle la décision de parcourir le calvaire jusqu'à la fin, si cette personne ne considère sur elle-même et pour elle-même de vouloir le parcourir »[589]. D'autres interventions soulignent l'importance de l'autodétermination en relation avec d'autres principes : pour Mme Lenzi (PD), « les devoirs constitutionnels de solidarité (…) ne peuvent pas arriver jusqu'au point d'annuler le droit à l'autodétermination »[590]. Par contre une série d'interventions, notamment faites par les opposants à la proposition de loi, soulignent les limites de ce principe : ainsi pour M. Palmieri « l'autodétermination absolue » de la personne « est une illusion, car l'être humain est fait et constitutionnellement trempé de relation »[591] ; pour Mme Roccella « le choix de vivre ou de mourir ne regarde pas que l'individu, et ne regarde même pas que les personnes qui l'aiment (…), cela regarde et interpelle la communauté entière, la

[587] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de M. Capezzone (« Ho sentito la frase, ripetuta più volte: non possiamo lasciare una persona sola a decidere. Ma che concezione abbiamo della vita? Ma allora non possiamo lasciare una persona sola a decidere di sposarsi, non possiamo lasciare una persona sola a decidere di avere un figlio, non possiamo lasciare una persona sola a decidere comunque cose importanti, determinanti! Dev'essere assistita da chi? (...) Ricordatevi che esiste l'individuo, e su se stesso l'individuo è sovrano »).

[588] Direction Italie : Direzione Italia (DI), centriste.

[589] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de M. Corsaro (« Non ci può essere nessuno, al di fuori della persona colpita dalla malattia incurabile, che possa determinare per essa la decisione di percorrere il calvario fino alla fine, se quella persona non ritiene su se stessa e per se stessa di volerlo percorrere »).

[590] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Lenzi (« I doveri costituzionali di solidarietà tra di noi non possono giungere fino al punto di annullare il diritto all'autodeterminazione, cioè fino ad annullare la personalità di chi si vuole tutelare, e la nostra (…) è una Costituzione incardinata sul valore e sul significato della persona »).

[591] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Palmieri (« Un altro aspetto, che abbiamo sentito ricordare più volte in Commissione, è la tensione e l'attenzione sull'autodeterminazione assoluta della persona. Lasciatemi dire (…) che l'autodeterminazione assoluta è una illusione, perché l'essere umano è fatto e costituzionalmente intriso di relazione »).

société »[592]. Dans ce cadre, le terme « autonomie » (à peu d'exceptions près[593]) est principalement utilisé en référence à l'autonomie (professionnelle) du médecin, et non pas à celle du patient, alors que les termes « liberté individuelle » ou « liberté personnelle » sont utilisés plus rarement[594] et notamment en référence à des citations de l'article 13 de la Constitution italienne[595] (qui établit que « la liberté personnelle est inviolable »).

➢ L'idée de *n'imposer à personne* les convictions de certains, corollaire stratégiquement important du principe de la liberté individuelle, revient maintes fois et toujours dans la bouche des élus soutenant la proposition de loi. M. Capezzone est lapidaire : « Personne parmi les favorables à cette mesure, dont moi-même, peut penser d'imposer aux autres son propre choix. On demande pourtant que personne des contraires n'impose à moi et aux autres comment chacun de nous doit mourir et souffrir »[596]. M. Gelli (PD) se demande : « Comment le texte de la loi s'approche à ces questions difficiles ? En imposant ? En imposant une attitude et une norme souveraine sur la volonté du patient, sur la volonté du professionnel ? Absolument

[592] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Roccella (« La considerazione che voglio fare è sul principio che è al fondo del provvedimento, su cui tutto ruota: il principio di autodeterminazione. Ma la scelta di vivere o morire non riguarda solo l'individuo, e nemmeno riguarda soltanto le persone che gli vogliono bene, la sua famiglia, le relazioni di cui già è stato detto, riguarda e interpella l'intera comunità, la società. Qual è l'atteggiamento della nostra società di fronte al suicida? Deve rimanere inerte, neutrale, perché le sofferenze e le scelte di morte sono solo affari dell'individuo e non coinvolgono noi? Il rischio è costruire una cultura dell'indifferenza, una società per cui il suicidio è solo una persona autodeterminata che ha fatto la sua scelta libera e consapevole. Il rischio è costruire una società in cui la solidarietà nei confronti di chi è solo, fragile, spaventato, malato, e il senso di fratellanza umana tenderanno a scomparire, e già lo abbiamo visto in alcuni casi di cronaca, per esempio nel suicidio di un giovane migrante che si è buttato in acqua, e nessuno si è buttato a salvarlo. Questo è il diritto a morire. Il rischio è costruire una società in cui le scelte di vita o di morte sono equivalenti, in base solo al principio di autodeterminazione »).

[593] *Cf.* l'intervention de Mme Marzano (PD), Camera dei Deputati, XVII Legislatura, *Atti Parlamentari, Resoconto stenografico dell'Assemblea*, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017.

[594] Les interventions de M. Garofalo et de M. Capezzone, respectivement du 28 mars et du 19 avril 2017, se réfèrent à la liberté individuelle.

[595] C'est le cas des interventions de Mme Lenzi et de M. Calabrò du 13 mars 2017.

[596] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 761 di giovedì 16 marzo 2017, intervention de M. Capezzone (« Nessuno tra i favorevoli al provvedimento, tra i quali io sono, può pensare di imporre agli altri la propria scelta. Si richiede però che nessuno dei contrari imponga a me e ad altri come ognuno di noi deve morire e soffrire »).

pas »[597]. Et M. Sannicandro (MPD) ajoute : « Je sais bien qu'il y a des doctrines religieuses et non seulement religieuses, qui disent que tu ne peux pas disposer de ta vie, je sais, mais ces convictions religieuses sont les convictions de certains et ne peuvent pas être imposées par la loi à d'autres »[598]. M. Corsaro s'adresse aux opposants de la loi et insiste qu'il ne s'agit pas de comprendre qui a raison : « Ceux qui pensent que chacun doit avoir le droit sacré de décider sur soi-même, n'empêchent pas à ceux qui pensent de manière diamétralement opposée de décider sur soi-même autrement. Vous, par contre, vous êtes en train d'essayer d'imposer votre vision, qui est respectable – respectable ! – mais que vous ne pouvez pas prétendre de faire tomber sur la tête de chacun »[599].

➢ La *solidarité*. Cette valeur est évoquée notamment par ceux qui se situent de manière critique par rapport à la proposition de loi. Pour Mme Roccella, « le risque [qu'on court] est celui de bâtir une société où la solidarité envers celui qui est seul, fragile, effrayé, épouvanté, malade, et le sens de la fraternité tendront à disparaitre »[600] ; et encore : « il y a quelque chose en plus de la volonté de l'individu,

---

[597] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017, intervention de M. Gelli (« Il testo della legge come si approccia a questi difficile argomenti? Imponendo? Imponendo un atteggiamento e una norma sovrana sulla volontà del paziente, sulla volontà del professionista? Assolutamente no »).

[598] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 761 di giovedì 16 marzo 2017, intervention de M. Sannicandro (« In altre parole: io ho diritto a disporre di me, sì o no? Certo, lo so che ci sono dottrine religiose e non soltanto religiose, le quali dicono che tu non puoi disporre della tua vita, lo so, però queste convinzioni religiose sono convinzioni di alcuni e non possono essere imposte per legge ad altri »).

[599] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de M. Corsaro (« Non si tratta di capire se ha ragione chi la pensa come me o se ha ragione chi la pensa come qualcun altro, (…) chi pensa che ciascuno debba avere il sacrosanto diritto di decidere su sé stesso, non impedisce a chi la pensa in modo diametralmente opposto di decidere su se stesso altrimenti. Voi, invece, state cercando di imporre una vostra visione, rispettabile - rispettabile! -, ma che non potete pretendere caschi sulla testa di ciascuno, anche nei confronti di chi legittimamente, sulla propria esclusiva pelle, ritiene di dover fare delle altre scelte »).

[600] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Roccella (« Il rischio è costruire una società in cui la solidarietà nei confronti di chi è solo, fragile, spaventato, malato, e il senso di fratellanza umana tenderanno a scomparire". Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de Mme Roccella ("Se viene meno quel principio di solidarietà, di favor vitae, per cui se c'è una persona che si vuole buttare dalla finestra si fa il capannello sotto la finestra, si chiamano i Carabinieri, si tenta di intervenire e noi non sappiamo se quella persona è disperatamente infelice, se è malata, se è moribonda, (...) eppure interveniamo, perché c'è qualcosa di più della volontà del singolo, c'è il senso della solidarietà e della fratellanza »).

il y a le sens de la solidarité et de la fraternité »[601]. M. Sberna (DES-CD) rappelle que « nous sommes tous dépendants dans certains phases de la vie (…) ; on oublie surtout que de quelque manière nous sommes tous dépendants les uns des autres, et nous ne pouvons pas nous passer de la solidarité réciproque »[602], alors que Mme Binetti considère que la loi « dit un 'non' clair et déterminé à l'euthanasie dans toutes ses formes, actives et passives, car elle dit contextuellement un 'oui' fort et passionné à la relation de soin, à la solidarité humaine qui accepte de prendre sur soi la faiblesse de l'autre »[603]. M. Palmieri souligne que « depuis Hippocrate », la culture occidentale a considéré « le malade, la personne en difficulté, sous le signe de la solidarité, sous le signe du 'rester à côté' »[604].

- *La vie* comme valeur et droit inaliénable. C'est bien cette valeur qu'on oppose avec plus de force à l'autodétermination. Certaines interventions rappellent que le droit à la vie est (implicitement) inscrit dans la Constitution à son article 2[605], ce qui en ferait un « bien inaliénable » et « le premier (…) droit inviolable »[606] en tant

[601] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de Mme Roccella (« Se viene meno quel principio di solidarietà, di favor vitae, per cui se c'è una persona che si vuole buttare dalla finestra si fa il capannello sotto la finestra, si chiamano i Carabinieri, si tenta di intervenire e noi non sappiamo se quella persona è disperatamente infelice, se è malata, se è moribonda, (...) eppure interveniamo, perché c'è qualcosa di più della volontà del singolo, c'è il senso della solidarietà e della fratellanza »).

[602] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017, intervention de M. Sberna (« Tutti siamo stati dipendenti in alcune fasi della vita, e che anche senza ammalarci abbiamo alte possibilità di ridiventarlo, semplicemente con l'avanzare dell'età; si dimentica soprattutto che in qualche modo siamo tutti dipendenti gli uni dagli altri, e non possiamo fare a meno della reciproca solidarietà »).

[603] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Binetti (« E' una legge che dice un no chiaro e determinato all'eutanasia in tutte le sue forme, attive e passive, perché dice contestualmente un sì forte ed appassionato alla relazione di cura, alla solidarietà umana che accetta di prendere su di sé la debolezza dell'altro per accompagnarlo per il tempo necessario fino al termine della sua vita »).

[604] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de M. Palmieri (« Noi ci inseriamo dentro quella cultura occidentale che, da Ippocrate in poi, ha considerato il malato, la persona in difficoltà, nel segno della solidarietà, nel segno dello "stare accanto") ».

[605] Le texte de l'art. 2 est libellé comme suit : « La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale ».

[606] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de M. Gigli (« La vita è un bene inalienabile. Lo dice la nostra Costituzione all'articolo 2, appunto, dove pone la vita certamente tra i diritti inviolabili; è il primo, è un diritto fondamentale dell'uomo, e lo pone quindi tra i diritti inviolabili,

que « présupposé de tous les autres droits humains »[607]. D'autres interventions tirent la sonnette d'alarme par rapport au changement législatif imminent : « On veut reconnaitre le plein droit de disposer de sa propre vie au nom de la liberté personnelle »[608] et « avec cette loi, la vie passe de bien inaliénable à bien disponible » (ce qui impliquerait des présumées dérives sociales)[609]. Sur la même longueur d'onde aussi M. Buttiglione[610] et M. Menorello, qui ajoute : « Nous assistons à une sorte de mutation génétique du droit à la vie qui devient plein uniquement comme droit à une vie digne »[611]. M. Sberna constate amèrement qu'on a « préféré une approche idéologique (…) utile à faire avancer la culture individualiste des droits civils sur la civilisation des droits humains inviolables. Ces droits, dont en premier le droit à la vie, qu'il n'est pas à l'État d'octroyer ; l'État ne peut que le reconnaitre à chaque être humain »[612].

---

che vengono prima della salute, vengono certamente molto prima della dignità, vengono molto prima dell'autodeterminazione »).

607 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de Mme Saltamartini (« Tra i principi della nostra Costituzione, tra i principi fondamentali, all'articolo 2, si riconoscono e si garantiscono i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità ed è fin troppo evidente che il diritto alla vita, quale presupposto di tutti gli altri diritti dell'uomo, anche della stessa libertà, si colloca tra i diritti inviolabili »).

608 *Ibid.* (« Con questo testo si vuole riconoscere il pieno diritto di disporre della propria vita in nome della libertà personale »).

609 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de M. Gigli (« Con questa legge, la vita da bene inalienabile diventa bene disponibile. Le conseguenze andranno molto al di là della libertà di lasciarsi morire. Da subito vedremo una riduzione dello spazio per i gravi disabili e per i vecchi nella nostra società. In una società di persone sempre più in avanti con gli anni, ma biologicamente tenaci, la morte per denutrizione e la disidratazione diventeranno la soluzione preferita per la società dello scarto, che non vuole più farsi carico delle persone più fragili »).

610 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 761 di giovedì 16 marzo 2017, intervention de M. Buttiglione (« La libertà era un bene, ma non un bene inalienabile. Noi abbiamo pensato, invece, che la libertà fosse inalienabile; neanche se tu lo vuoi, ti puoi vendere la libertà. E abbiamo pensato anche che, neanche se tu lo vuoi, ti puoi vendere la vita. Il diritto alla vita è un diritto inalienabile. Con queste disposizioni, il diritto alla vita cessa di essere un diritto inalienabile »).

611 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Menorello (« Assistiamo a una sorta di mutazione genetica del diritto alla vita che diviene pieno solo come diritto a una vita dignitosa, al contrario permettendo che chi non avrebbe questa dignità possa non essere curato »).

612 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017, intervention de M. Sberna (« Si è preferito un approccio ideologico, per arrivare ad una legge bandiera, utile a far avanzare la cultura individualistica dei diritti civili sulla civiltà dei diritti umani inviolabili. Quei diritti, primo fra tutti il diritto alla vita, che non spetta allo Stato concedere; lo Stato può soltanto riconoscerlo ad ogni essere umano »).

Une place fondamentale dans le débat est aussi donnée à l'*équilibr*e ou à la médiation à trouver entre ces différentes valeurs. Mme Lenzi (PD), rapporteure, souligne en ouverture du débat que « nous avons été appelés à une médiation haute entre principes constitutionnels de rang égal, ceux de la vie et de la santé, entendue dans le sens moderne de bien être psychophysique, et de la liberté personnelle. (…) Médiation et non pas hiérarchie de valeurs, et je m'adresse à la fois à ceux qui pensent que le bien de la vie doit être défendu même au-delà de la volonté de la personne titulaire, comme s'il y avait presque un devoir de vivre, et à ceux qui, vice-versa, considèrent que la liberté d'autodétermination s'étend jusqu'à l'euthanasie »[613]. Ceci est reconnu par M. Cicchitto, qui parle d'une « loi fort équilibrée, fruit de celle que j'appellerais une médiation créatrice »[614], par Mme Amato[615], M. Burtone[616], M. Bazoli (PD)[617], M. Palmieri[618], M.

[613] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Lenzi (« Siamo stati chiamati a una mediazione alta tra principi costituzionali di pari rango, quelli della vita e della salute, intesa nel senso moderno di benessere psicofisico, e della libertà personale. (…) Mediazione e non gerarchia tra valori e mi rivolgo sia a chi ritiene che il bene vita vada difeso a prescindere persino dalla volontà della persona titolare, quasi che ci sia un obbligo a vivere, e a chi, viceversa, ritiene che la libertà di autodeterminazione si estenda fino all'eutanasia »).

[614] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Cicchitto (« In sostanza, a mio avviso, ci troviamo di fronte a una legge assai equilibrata, frutto di quella che chiamerei una mediazione creatrice. Sulla base di queste valutazioni, esprimo il mio giudizio favorevole alla legge e mi congratulo con la relatrice Lenzi e con il presidente della Commissione, Marazziti, per l'equilibrio, le capacità tecniche e la disponibilità alla mediazione con cui hanno essi condotto questo così difficile lavoro legislativo, che nobilita il lavoro del Parlamento »).

[615] *Cf. supra*, note 569, intervention précitée.

[616] *Cf. supra*, note 572, intervention précitée.

[617] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de M. Bazoli (« Quindi, quelli sui quali sono già stati espressi i pareri, li ritiro (…) e lo faccio anche come segno di apprezzamento per l'equilibrio nel testo che si rinviene dopo le modifiche apportate sia in Commissione sia in corso d'opera durante questa discussione. Credo che siano modifiche che consentono al testo di raggiungere un equilibrio per me molto apprezzabile »).

[618] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Palmieri (« Noi ci muoviamo su un equilibrio che è molto sottile: l'equilibrio tra due libertà, in un certo senso. Un equilibrio che poggia sul fatto che è un'evidenza che nessuno di noi si è dato la vita da solo e ciascuno di noi, di conseguenza, è il capitano di una nave sulla quale non ha scelto di stare, non ha scelto di costruire così come è fatta, e sulla quale non ha chiesto di navigare la propria esistenza, e al tempo stesso, il fatto che si è nella libertà di decidere come guidare la nave della propria esistenza »).

Melilla (MDP)[619], M. Parisi[620] et Mme Locatelli[621]. Mme Miotto (PD) affirme que le choix qui a été fait « respecte l'équilibre entre la volonté de la personne et la responsabilité du médecin » (et que par ailleurs, c'est la structure constitutionnelle qui se fonde sur l'équilibre entre (…) la volonté de l'individu et les exigences de la société »[622]), un point d'équilibre différent donc qui est également souligné par Mme Lenzi (PD), rapporteure, en clôture du débat : « Ceci est un point d'équilibre face à des exigences différentes, dans lesquelles nous avons, d'un côté, la demande et l'obligation posée par la volonté du patient » et de l'autre côté, la nécessité de l'évaluation professionnelle du médecin[623]. La position de M. Marazziti, Président de la Commission compétente et membre d'un parti très critique envers la proposition de loi (DES-CD), illustre bien la délicatesse de l'équilibre trouvé par la rapporteure : « La vie et la fin de vie ne sont pas comme le noir et le blanc ; aussi à ce propos, il ne s'agit pas de gagner, le parti de la vie contre le parti de la mort ou le parti de la liberté contre le parti des amants, ainsi dits, de la douleur. Nous

619 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de M. Melilla (« Questa proposta di legge ha trovato un equilibrio paziente e complesso »).

620 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de M. Parisi (« Questa è una legge di libertà e di civiltà e voglio dire che il fatto che ottenga critiche sia da coloro che ritengono che la mia vita non sia nella mia disponibilità, sia da coloro che vorrebbero maglie più ampie è forse indice del fatto che abbiamo trovato un punto di equilibrio, che è certamente meglio che niente »).

621 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de Mme Locatelli (« E, allora, quando le due parti, che partono da presupposti opposti, manifestano delle scontentezze significa che una sorta di equilibrio è stato raggiunto e, quindi, noi accettiamo questo compromesso »).

622 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Miotto (« Facciamo una scelta che rispetta il bilanciamento fra la volontà della persona e la responsabilità del medico, che - ricordiamo - si ispira nella sua azione al principio primum non nocere. Del resto, è l'impianto costituzionale che si fonda sull'equilibrio fra il rispetto dell'autonomia e della volontà del singolo e le esigenze della società, ferma restando la preoccupazione di porre il corpo della persona al riparo da interferenze esterne. È l'equilibrio fra il diritto sociale ad essere curati (articolo 32) e la libertà di rifiutare le cure o interrompere le cure intraprese. Preferisco valorizzare il dato dell'equilibrio invece che il termine "mediazione": anch'essa nobile arte in politica, sia chiaro, ma in questa circostanza io ritengo che il lavoro sin qui compiuto abbia avuto il merito anche di far convergere culture diverse, ma non solo: soprattutto di mettere al centro dell'attenzione la persona e il principio di uguaglianza »).

623 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de de Mme Lenzi (« Questo è un punto di equilibrio di fronte ad esigenze diverse, nelle quali noi abbiamo, da una parte, la richiesta e il vincolo posto dalla volontà del paziente (...) e, dall'altra parte, la necessità di tenere conto che fare il medico non è - scusate la brutalità - la stessa cosa che fare l'idraulico, quindi non è staccare un tubo obbedendo a una precisa disposizione, ma c'è sempre una valutazione professionale che entra in campo. Ci siamo sforzati di trovare un difficile equilibrio tra queste due diverse esigenze e penso che il risultato che è stato ottenuto sia un risultato alto, meritevole di essere difeso »).

pouvons et devons trouver un équilibre [624](...). Ce travail, qui évidemment ne contient pas toujours une affirmation qui convient à l'un ou à l'autre, cherche un point difficile d'équilibre qui n'est jamais fait d'ambiguïté mais qui représente toujours la tentative de trouver la solution la meilleure dans le bien commun et pour garantir le respect des personnes[625]. (…) Je pense que notre mesure (…) représente un effort de convergence, d'équilibre et réponse sage et non-extrême, à des situations qui peuvent être même très différentes et très extrêmes »[626].

S'agit-il d'une loi qui *ouvre la porte à l'euthanasie* et au suicide assisté ? L'euthanasie s'invite au débat de manière récurrente et souvent fort polémique et provoquante. Si l'on regarde les textes soumis au vote, la réponse à cette question est évidente : la loi ne s'occupe pas de réglementer l'euthanasie, bien sûr entendue comme administration d'une substance létale (c'est la rapporteure même, Mme Lenzi (PD), qui explique explicitement la différence terminologique entre arrêt des traitements et administration d'une substance létale[627]). Nous ne relaterons donc pas les (très fréquentes) confrontations à ce sujet, d'autant plus qu'il s'agit souvent de discours sans aucune argumentation rationnelle[628] et qu'ils proviennent presque tous d'un seul intervenant, très

---

624 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Marazziti (« La vita e la fine della vita non sono bianco o nero; anche su questo, non si tratta di vincere, partito della vita contro partito della morte o partito della libertà di scelta contro il partito degli amanti, cosiddetti, del dolore. Possiamo e dobbiamo trovare un equilibrio »).

625 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 781 di mercoledì 19 aprile 2017, intervention de M. Marazziti (« Questo lavoro, che evidentemente non contiene sempre un'affermazione che va bene a uno o all'altro, cerca un difficile punto di equilibrio che non è mai ambiguità, ma che è sempre il tentativo di raggiungere la soluzione migliore nel bene comune e per garantire il rispetto delle persone »).

626 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de M. Marazziti (« Io penso che il nostro provvedimento (...) sia uno sforzo di convergenze, di equilibrio e di risposta saggia e non estrema, su situazioni che possono essere anche molto diverse e molto estreme »).

627 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Lenzi.

628 Un exemple pour tous peut être l'intervention de M. Pagano (LNA), Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017 (« Infatti, vede, Presidente, questa non è - solo per noi - una legge eutanasica, questa è - per tutti coloro che capiscono di diritto, che hanno conoscenze anche basilari della filosofia, della morale, ma anche e soprattutto la scienza medica - a tutti gli effetti una legge eutanasica. Quindi, premettere quanto io adesso sto andando a dire non è frutto di una volontà di espressione fine a sé stessa, ma è frutto di una logica ben precisa, e cioè esaltare ed evidenziare quanto mai che l'istigazione, l'aiuto al suicidio, in quanto tale, è assolutamente vietato. Perché questo? Perché il medico, Presidente, con questa legge, viene a cessare di essere l'angelo della vita. Crolla il principio fondamentale a cui si è ispirata la civiltà

actif à ce sujet[629].

La polémique qui nous interpelle est par contre notamment sur le fait que ce que prévoit le texte en adoption *pourrait un jour mener* à des euthanasies ou encore à une « voie italienne à l'euthanasie ». Il s'agit ici non pas d'une mauvaise lecture du texte mais d'une différente interprétation de ses effets potentiels. Un certain nombre d'interventions rappelle les déclarations faites par Mme Farina Coscioni (ex députée et auteure elle-même de propositions de loi dans ce domaine dans le passé) lors d'une émission télévisée le 27 février 2017[630] : elle y affirme qu'il serait déjà possible à l'époque de se laisser mourir par l'arrêt de l'hydratation et de la nutrition, et que celle-ci pourrait être considérée une voie italienne à l'euthanasie. Ces mots déchainent la réaction notamment de Mme Roccella (qui affirme d'abord, en début du débat, qu'on pourra « évaluer seulement à la fin si, comme affirmé par la présidente de l' Associazione Coscioni [...], cette loi constituera la voie italienne à l'euthanasie »[631], et puis en clôture du débat que « malheureusement, cette loi sera, comme l'a définie la présidente de l' Associazione Luca Coscioni, la voie italienne à l'euthanasie, car, en prévoyant la possibilité d'arrêter [...] non seulement les thérapies, mais hydratation et nutrition, qui sont des soutiens vitaux, on ouvre la voie au droit à mourir »[632], et de M. Pagano (LNA) (qui affirme que le problème est « comment cette loi

medica, cioè l'alleanza terapeutica, ossia la stessa parità che esiste tra il paziente e il medico. Con questa legge, di fatto, a tutti gli effetti il medico diventa il succube del paziente, nel senso che le decisioni che il paziente ha preso, qualunque esse siano, non potranno mai più essere contraddette - e lo dimostreremo nel corso del dibattito - dal medico stesso. Per cui, già oggi, evidenziare, come abbiamo messo noi, al punto 3 di questo comma, che il medico e gli altri operatori sanitari, anche su richiesta del paziente, non possono effettuare, né altrimenti favorire, trattamenti diretti a provocare la morte del paziente stesso, non è un esercizio sterile di retorica, ma serve a precisare un elemento fondamentale, e cioè che il medico continua a essere l'elemento principale, assieme al paziente, in un rapporto biunivoco, che, evidentemente, tratta la vita. Non premettere tutto questo significa dire, apertis verbis, che siamo di fronte a una legge sulla eutanasia ».

629 Il s'agit du député Pagano de la LNA, qui affirme pendant le débat en plénière douze fois qu'il s'agit d'une « loi euthanasique ».

630 Un morceau de l'émission peut être visionné ici : http://www.la7.it/bianco-e-nero/video/scontro-tra-i-radicali-coscioni-e-cappato-sulla-possibilità-di-staccare-lalimentazione-28-02-2017-205748

631 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Roccella (« L'Aula può intervenire e cambiare anche profondamente tutto questo, e potremo valutare solo alla fine se, come afferma la presidente dell'Associazione Coscioni (non cito i Papi e cito invece l'Associazione Coscioni), questa legge costituirà la via italiana all'eutanasia »).

632 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de Mme Roccella (« Questa legge, purtroppo, sarà, come l'ha definita peraltro la presidente dell'Associazione Luca Coscioni, la via italiana

euthanasique a été prévue et imaginée, scientifiquement, vu que la [Associazione] Luca Coscioni dit qu'elle est la voie italienne à l'euthanasie »[633]). Un autre député, M. Parisi, réagit pour nier que ce soit ainsi : « Cette loi ne règle pas le suicide assisté et ne représente pas une voie italienne à l'euthanasie »[634]. D'autres interventions, notamment des membres du DES-CD, se réfèrent à l'image du crochet (« grimaldello » en italien) : pour M. Sberna il est « prévisible aussi que, après l'approbation du droit de mourir par la suspension de l'hydratation et de la nutrition, quelqu'un nous fera remarquer qu'il existe des moyens meilleurs pour le faire (…). À ce point, l'euthanasie par omission laissera le pas à l'euthanasie active, pour laquelle la loi sur les dispositions anticipées de traitement aura agi simplement comme crochet »[635] ; la même idée est affirmée par M. Gigli, qui ajoute que « à la mort – inhumaine – du premier patient par dénutrition et déshydratation personne – même pas moi – n'aura plus de doutes sur le fait qu'il sera mieux d'administrer une ampoule létale »[636].

L'ouverture de la possibilité de se laisser mourir par l'arrêt de l'hydratation et de la nutrition est également vue par certains comme une *hypocrisie* : l'hypocrisie de ceux qui souhaiteraient introduire l'euthanasie mais n'osent pas. « L'euthanasie (…) est, si jamais, la voie royale, non pas la tentative subreptice d'utiliser l'hydratation et la nutrition

all'eutanasia, perché, prevedendo la possibilità di sospendere non le terapie, non soltanto le terapie, ma idratazione e alimentazione, che sono sostegni vitali, si apre al diritto a morire »).

633 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de M. Pagano (»Ma il tema è, per come questa legge eutanasica è stata prevista e immaginata, scientificamente, visto che la Luca Coscioni dice che è la via italiana all'eutanasia, alla fine tutti i casi dubbi finiranno in capo a un giudice »).

634 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de M. Parisi (« Questa legge non disciplina il suicidio assistito e non rappresenta una via italiana all'eutanasia »).

635 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017, intervention de M. Sberna (« È prevedibile anche che, subito dopo l'approvazione del diritto a morire per la sospensione di idratazione e nutrizione, qualcuno ci farà notare che esistono modi migliori per farlo: dopotutto, già si usano farmaci - ed è appena avvenuto - contro i quali tanti fra noi hanno combattuto, perché venissero messi al bando per le iniezioni letali sui condannati a morte. A quel punto, l'eutanasia omissiva cederà il passo inevitabilmente all'eutanasia attiva, per la cui legalizzazione la legge sulle DAT avrà agito solo da grimaldello »).

636 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de M. Gigli (« Per le ambiguità di cui è infarcita e per l'apertura implicita al suicidio assistito e all'eutanasia omissiva, questa legge sarà il grimaldello su cui si farà leva per l'approvazione dell'eutanasia attiva. Alla morte disumana - disumana - del primo paziente per denutrizione e disidratazione nessuno - nemmeno io - avrà più dubbi sul fatto che sarà meglio somministrare al paziente una fiala letale »).

afin d'arriver au même résultat, n'ayant pas le courage d'aborder la question » dit M. Russo (PDL), qui ajoute : « de manière subreptice (...) nous sommes en train d'introduire un modèle italien à l'euthanasie »[637]. Pour M. Fedriga (LNA), la loi parle d'une « euthanasie sournoise, qui n'a même pas la cohérence d'appeler avec son nom (…) mais permettra, de fait, de tuer une personne de faim et de soif »[638]. Un jugement pareil vient de M. Buttiglione, qui regrette l'hypocrisie par laquelle le Parlement essaye d'introduire l'euthanasie de manière subreptice dans l'ordre juridique italien[639].

Des discours intéressants sont faits aussi concernant la vision du *rôle de l'État* et des pouvoirs publics, tout comme de la société et de la communauté dans laquelle nous vivons. Concernant le premier volet, on peut dégager un clivage assez clair : d'un côté (notamment la droite de l'hémicycle ainsi que le centre catholique), les élus qui affirment que l'État ne doit pas du tout s'occuper de la fin de vie ; de l'autre coté (notamment la gauche, les libéraux et le M5S) ceux qui considèrent que l'État doit entrer en jeu mais seulement pour garantir le respect des volontés du malade, donc pour garantir la liberté de la personne (et non pas pour choisir à sa place). Ainsi M. Palmieri affirme qu'une loi n'aurait pas été nécessaire, car « on se serait passé volontiers et on se passerait encore »

637 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Russo (« Guardate, lo dico con atteggiamento laico: io sarei pronto a discuterne anche in modo approfondito e non sarei lontano dal comprendere le ragioni di chi crede l'eutanasia la strada maestra, ma è quella semmai la strada maestra, non il tentativo surrettizio di utilizzare l'idratazione e l'alimentazione per giungere ad un medesimo risultato, non avendo il coraggio di affrontare quella questione. (…) Allora, dovreste e dovremmo avere il coraggio di affrontare un tema più vasto, che è quello dell'eutanasia, magari inserito in un quadro più ampio (...). In modo surrettizio, viceversa, stiamo introducendo un modello italiano all'eutanasia. (…) Voi provate, viceversa, a tagliare con un machete, con l'accetta, una norma che, senza avere il coraggio di affrontare il tema dell'eutanasia, sottende, allude, fa l'occhiolino »).

638 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de M. Fedriga (« La relatrice mi ha spinto a intervenire perché questa legge altroché se non parla di eutanasia; anzi, un'eutanasia subdola, che non ha neanche la coerenza di chiamarla con il suo nome e di fare le pratiche che avvengono negli altri Paesi, ma permetterà, di fatto, di ammazzare una persona di fame e di sete, quindi pure con sofferenze (...). Quindi, non si è nemmeno avuto il coraggio di parlare di eutanasia »).

639 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 761 di giovedì 16 marzo 2017, intervention de M. Buttiglione (« Consentitemi di esprimere un qualche rammarico per l'ipocrisia con cui in questo Parlamento, invece di proporre con chiarezza una legge sull'eutanasia, si tenta di introdurre una riforma di questa portata nell'ordinamento italiano surrettiziamente, di nascosto, e dando l'impressione che invece si parla di altro. Eh no, se qualcuno vuole introdurre l'eutanasia, avrebbe il dovere morale e politico di dire con chiarezza: vogliamo una legge sull'eutanasia »).

de cette invasion de champ de la part de l'État[640], et M. Vignali (AP[641]-NCD) renchérit : « chacun est libre de faire ce qu'il veut, bien sûr, ce que nous contestons est que le médecin doit le faire obligatoirement, que l'État doit le faire. Cette loi unit de manière extraordinaire deux aspects : l'étatisme le plus déchainé avec l'individualisme le plus déchainé, franchement celle-ci ne nous semble pas une bonne solution »[642]. M. Calabrò (AP-NCD) affirme sèchement qu'on est « libres de refuser les soins, on est libres de choisir de vivre ou de mourir mais on n'est pas libre d'exiger que ce soit l'État à nous assister dans le suicide »[643] et M. Marotta (AP-NCD) lui fait écho, en se demandant si on peut arriver à établir que « le sujet peut violer le droit à la vie et se porter et déterminer à la mort et, en ceci, avoir l'assistance du médecin et de la structure, donc de l'État »[644]. M. Rizzetto (FdI) remonte plus en amont en se demandant même si le suicide est un droit qui peut être « garanti et reconnu par l'État »[645]. Du coté des élus qui considèrent que l'État

---

640 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Palmieri (« A nostro giudizio, non sarebbe stata necessaria una norma, perché che lo Stato entrasse a regolare anche quello spazio insondabile che separa la vita dalla morte: ci sembra un'invasione di campo della quale avremmo fatto e faremmo volentieri a meno"). Sur la même ligne aussi Mme Saltamartini (LNA), Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017 ("C'è una zona grigia in cui lo Stato deve astenersi, né punire, né assolvere (...). La morte non è un diritto da soddisfare, né una merce, è un'occorrenza tragica, che può essere, in certe circostanze limitate, anche realizzata su sé stessi, senza che una legge di Stato, un codice funesto, autorizzi o impedisca alcunché ».

641 Alternative populaire : Alternativa popolare (AP), centriste.

642 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de M. Vignali (« Ma detto questo, l'altra questione è che uno è libero di fare quello che vuole, ci mancherebbe, quello che noi contestiamo è che lo debba fare obbligatoriamente il medico, che lo debba fare lo Stato. Questa legge unisce in modo straordinario due aspetti: lo statalismo più sfrenato assieme all'individualismo più sfrenato, francamente non crediamo sia una buona soluzione »).

643 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Calabrò (« Si è liberi di rifiutare le cure, si è liberi di scegliere di vivere o di morire, ma non si è liberi di pretendere che sia lo Stato ad assisterci nel suicidio. (…) Noi vogliamo un Sistema sanitario che sappia accogliere, assistere fino alla fine nel miglior modo possibile, applicando le cure palliative, un paziente che vive una grave disabilità, e non legittimare l'eutanasia omissiva a carico dello Stato, che tra l'altro è contraria agli articoli, come dicevamo prima, 579, 575 e 580 »).

644 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de M. Marotta (« Possiamo anche condividere il tessuto di questa normativa, (…) ma nell'autodeterminazione possiamo arrivare a stabilire che il soggetto può violare il diritto alla vita e portarsi e determinarsi alla morte, e, in questo, avere l'assistenza del medico e della struttura, quindi dello Stato? »).

645 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017, intervention de M. Rizzetto (« Non tutti i diritti, Presidente, possono essere, secondo me, riconosciuti, rispetto a quello che lo Stato va a fare in termini di leggi, a quello che lo Stato va a legiferare. Non tutti i diritti possono essere riconosciuti dallo Stato.

doit entrer en jeu pour garantir le respect des volontés du malade, on énumère notamment Mme Giordano (M5S) qui, lors de plusieurs interventions, explique que l'État ne peut absolument pas réglementer la fin de vie et « c'est exactement en ne faisant pas de loi qui permette aux citoyens de choisir de manière autonome de leur propre vie qu'on risque de réglementer la fin de vie et de nous immiscer aussi dans la partie finale de leurs vies »[646] ; il y a des situations différentes et des convictions différentes, certaines personnes souhaitent continuer pour autant que possible, d'autres décident de s'en arrêter là : « ces visions sont les deux courageuses et légitimes, l'État devrait tout simplement les garantir. Quelqu'un instrumentalement affirme que de cette manière l'État décide et s'immisce, mais en réalité (...) l'État donne seulement les instruments afin que chacun, dans sa propre sphère privée, puisse être libre de pouvoir choisir de soi-même, en cohérence avec ses propres désirs, convictions, points de vue »[647]. Pour M. Capezzone la question est simple : « d'un côté, il y a ceux qui considèrent que l'État – un État libéral – doit permettre à chacun de se déterminer selon ses propres valeurs (…), que l'État reconnaisse les choix et les principes de chaque citoyen individuellement ; de l'autre côté, il y a ceux qui, comme vous, professeur Buttiglione, considère que l'État doit assumer une orientation morale et

Mi permetta di affermare questo. Ad esempio il suicidio - e questa è un'altra domanda che mi pongo - è un diritto che può essere garantito e riconosciuto dallo Stato? »).

646 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Giordano (« Può lo Stato regolamentare anche il fine vita? Il discorso è che, per la nostra posizione, la risposta è del tutto negativa: "no", non può lo Stato regolamentare il fine vita ed è per questo che dobbiamo lasciare la libertà ai cittadini di scegliere del proprio corpo e di se stessi perché è proprio non facendo una legge che permetta ai cittadini di scegliere autonomamente della propria vita che si rischia di regolamentare il fine vita e di intrometterci anche nella parte finale della loro vita; perché non facendo una legge del genere, si costringe la persona o a rifiutare in anticipo le cure, qualunque tipo di cura, o ad essere costretta a mantenersi in uno stato di pseudo vita che non accetta più. Quindi no, lo Stato non si può prendere la briga di regolamentare il fine vita, deve scegliere la singola persona »).

647 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de Mme Giordano (« Le situazioni sono sempre diverse, le convinzioni sono sempre diverse. Ci sono persone malate che fieramente vogliono riuscire ad andare avanti fino a quando gli sarà permesso, per se stessi, per i propri cari, o comunque per le proprie idee, ed altri che, con dignità e non poca sofferenza negli occhi decidono di dire "basta", perché quello che stanno vivendo è un incubo di dolori, infelicità e di una sopravvivenza che per loro ha davvero poco a che fare con il vivere. Ognuna di queste due visioni è una scelta che non si fa con leggerezza, che porta con sé bagagli ed esperienze non facili, ed entrambe le scelte sono coraggiose e legittime, lo Stato dovrebbe semplicemente garantirle. Qualcuno strumentalmente afferma che in questo modo lo Stato decide e si intromette, ma in realtà - ed è scritto a chiare lettere - lo Stato dà solo gli strumenti affinché ognuno, nella propria sfera privata, possa essere libero di poter scegliere di se stesso, coerentemente con i propri desideri, convinzioni, punti di vista »).

l'imposer par la loi à tous les autres. Cette seconde version s'appelle État éthique »[648]. Et il porte à son appui la doctrine libérale classique de Locke, John Stuart Mill et Tocqueville. Sur des tons plus modérés, aussi M. Scopelliti (AP)[649] et Mucci (CI)[650] soutiennent l'intervention de l'État afin de protéger et garantir les droits des malades.

Concernant le second volet, et notamment le rôle de la société et de la communauté, Mme Roccella souligne à plusieurs reprises que la fin de vie « ne concerne pas que l'individu (solitaire et autodéterminé, cela concerne, en premier lieu, le médecin qui est appelé, par exemple dans le cas de l'arrêt des traitements, (…) à intervenir, donc il s'agit de deux libertés vis-à-vis, mais cela concerne, notamment, la communauté, (…) la manière dont la communauté se place face à la volonté suicide d'un de ses membres»[651] . Pour M. Sberna, le but de toute communauté humaine est « toujours, d'aider à vivre et

[648] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de M. Capezzone (« Credo che la questione sia più semplice: da un lato c'è chi ritiene che lo Stato - uno Stato liberale - debba consentire a ciascuno di determinarsi secondo i propri valori, i valori di ciascuno, che lo Stato riconosca i valori e le scelte e i principi di ogni singolo cittadino; dall'altro c'è chi, come lei, professor Buttiglione, ritiene che lo Stato debba assumere un orientamento morale e imporlo per legge a tutti gli altri. Questa seconda versione si chiama Stato etico. (…) E credo - da Locke, a John Stuart Mill, a Tocqueville, c'è qualche secolo di elaborazione su questo punto - che lo Stato debba riconoscere gli orientamenti personali che preesistono e non imporre un unico orientamento morale per legge »).

[649] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Scopelliti (« Chi si trova nella condizione di cui trattiamo ha il diritto di affrontare liberamente le conseguenze del male che lo ha colpito, accettando il naturale corso degli avvenimenti. Possiamo non condividere, ma lo Stato ha il dovere di tutelare la volontà dei malati »).

[650] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017, intervention de M. Mucci (« Garantire la libertà di scegliere la fine, certo, ma anche la libertà di scegliere come continuare serenamente il proprio cammino, senza gravare sulla famiglia, senza ritrovarsi in situazioni sempre più complicate, diventare irriconoscibili ai propri occhi, la libertà di accettare la giusta assistenza, la libertà di proseguire la vita in condizioni tanto difficili, libertà che solo lo Stato può garantire »).

[651] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Roccella (« Ma la scelta di vivere o morire non riguarda solo l'individuo, e nemmeno riguarda soltanto le persone che gli vogliono bene, la sua famiglia, le relazioni di cui già è stato detto, riguarda e interpella l'intera comunità, la società. Qual è l'atteggiamento della nostra società di fronte al suicida? »); Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 773 di martedì 4 aprile 2017, intervention de Mme Roccella (« Ma il punto è che, tutto questo, non riguarda solo il singolo, non riguarda soltanto l'individuo solitario e autodeterminato, riguarda, in primo luogo, il medico che è chiamato, nel caso per esempio di rinuncia alle cure, a collaborare, a intervenire, quindi, si tratta già di due libertà a confronto, ma riguarda, soprattutto, la comunità, cioè riguarda il modo in cui la comunità si pone di fronte alla volontà suicida di uno dei suoi membri »).

non pas d'aider à mourir »[652] et pour M. Dellai (DES-CD) nous nous trouvons « dans une saison dans laquelle les limites des droits individuels ont tendance à disparaître et à s'étendre à l'infini et la culture du partage communautaire subit des défaillances structurelles de grande envergure »[653].

Les *pays étrangers* sont cités quelques fois mais pas autant qu'on le croirait : les Pays-Bas sont notamment cités neuf fois et la Belgique quatre fois pendant tout le débat en plénière à la Chambre. Souvent, ceci est fait de manière négative et par les opposants aux droits individuels en fin de vie, comme pour M. Pagano (LNA) qui s'y réfère comme aux « pires lois d'Hollande et Belgique »[654].

Finalement les *affaires médiatisées* sont citées maintes fois, à titre d'exemple l'affaire Englaro[655] est citée 43 fois, l'affaire Dj Fabo[656] 36 fois et l'affaire Welby[657] 16 fois.

3.3.2.2.2 Les amendements clé

Nous n'analyserons pas ici la totalité des amendements et nous nous bornerons à considérer ceux qui nous interpellent de par les thématiques soulevées. En effet, les

---

652 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 768 di martedì 28 marzo 2017, intervention de M. Sberna (« La sfida della famiglia di fronte alla fragilità legata alla condizione terminale, a stati di incoscienza e non autosufficienza, diventa, quindi, un'impresa ardua e complessa, ed è per questo che risulta fondamentale metterla a tema politicamente, socialmente e culturalmente, per non colludere con l'isolamento delle famiglie e per non venir meno al compito di ogni comunità umana, che è quello, sempre, di aiutare a vivere, e non aiutare a morire »).

653 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de M. Dellai (« Ci misuriamo in ogni caso con questioni di grande delicatezza, che hanno a che vedere con il mistero della vita e della morte, in una stagione nella quale i confini dei diritti individuali tendono ad espandersi all'infinito e la cultura della condivisione comunitaria subisce cedimenti strutturali di grande portata »).

654 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de M. Pagano (« Sul primo aspetto si è notato che si voleva realizzare una legge a tutti i costi, i cultori di questa proposta di legge non hanno badato a nulla: hanno introdotto il principio dell'autodeterminazione personale e, persino, anche quella sui minori e sui disabili, come le peggiori leggi di Olanda e Belgio »).

655 *Cf. supra*, § 3.2.2.2.

656 *Cf. supra*, Partie I, § 3.4.

657 *Ibid.*

amendements concernant le consentement informé, la rédaction des dispositions anticipées de traitement et la nomination de la personne de confiance ne nous interpellent pas autant que les amendements qui concernent la sédation profonde continue ou l'euthanasie/suicide assisté : dans le premier cas, nous nous trouvons face à une innovation législative importante par rapport au cadre législatif existant en précédence en Italie ; dans le second cas, leur objet est totalement pertinent à notre étude.

L'introduction du droit à la sédation profonde

La loi n° 38 de 2010 sur les soins palliatifs[658] ne mentionnait pas la sédation terminale ou sédation palliative profonde (et continue) parmi les soins octroyables ; toutefois, étant donné le caractère général du texte de la loi, on considérait déjà à l'époque que cette mesure était implicitement inclue dans la panoplie des mesures applicables au malade.

Entre-temps en France, la loi « Leonetti-Claeys » n° 2016-87 du 2 février 2016 « créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie » avait établi noir sur blanc le droit du patient de recevoir une sédation profonde et continue dans certaines circonstances[659]. Nous avons vu que le processus pour l'adoption de la loi sur le testament biologique commence en Italie exactement en février 2016 et nous avons eu confirmation par Mme Lenzi (PD)[660], rapporteure, que l'adoption de la loi française a attiré son attention, au point qu'elle a demandé à son secrétariat de recevoir la traduction en italien de cette loi, ensemble avec les lois en vigueur dans d'autres pays européens. Mme Lenzi nous a confirmé que l'article concernant la sédation profonde et continue a dès le début retenu toute son attention.

Parmi les seize propositions de loi déposées dans ce dossier, seulement la dernière (déposée par Mme Giordano, le 8 juillet 2016[661]) contenait un article concernant le droit

658 *Cf. supra*, Partie I, § 3.2.
659 *Cf. supra*, Partie I, § 2.3.
660 En aout 2018, nous avons eu le privilège d'un entretien téléphonique avec la rapporteure, qui a répondu à des questions précises sur cet aspect.
661 *Cf. supra*, § 3.3.2, Proposta di legge Silvia Giordano ed altri, Disposizioni in materia di consenso

à la « sédation palliative profonde »[662]. Quand, peu de jours après le dépôt de cette dernière proposition de loi, le Comité restreint est nommé et commence son examen de tous les textes afin d'élaborer un texte de base à soumettre à la Commission[663], la rapporteure partage avec les autres membres du Comité restreint le texte de la loi française traduit en italien[664]. L'idée de la sédation palliative profonde n'est pas introduite à ce stade dans la proposition de texte de base finalement adoptée en Commission[665], toutefois il semble qu'un accord est pris dans le Comité restreint afin d'introduire plus tard un amendement à ce sujet[666].

Cette idée d'une sédation palliative profonde commence toutefois doucement à trouver sa place dans le débat en plénière et, en parallèle, dans les amendements déposés. C'est d'abord Mme Amato (PD) qui rappelle l'existence de cette procédure médicale qui est « bien décrite dans les lignes directrices internationales pour la médecine palliative, dans les recommandations de la société italienne des soins palliatifs et dans les documents du Comité national de bioéthique (…) : c'est une réduction progressive de l'état de conscience (…) face à un symptôme réfractaire à tout traitement »[667]. M. Marazziti (DES-CD), de son coté, ajoute qu'il espère que « la thérapie de la douleur (...) et la sédation profonde continue, lorsque la vie est véritablement vers une fin rapprochée, accompagnée de douleurs insupportables et réfractaires aux thérapies, (…) soient explicitement

informato, di disposizioni anticipate di trattamento e di testamento biologico, précitée.

662 *Ibid.*, art. 3, alinéa 8.

663 *Cf. supra*, § 3.3.2.1.

664 *Cf. supra*, note 660.

665 *Cf. supra*, § 3.3.2.1.

666 C'est ce que déclare Mme Lenzi lors du débat du 19 avril 2017 (Camera dei Deputati, XVII Legislatura, *Atti Parlamentari*, Resoconto stenografico dell'Assemblea, Seduta n. 781 di mercoledì 19 aprile 2017: « Per quello che è specifico della parte finale della vita, si è deciso in Comitato ristretto di fare, appunto per aiutare a distinguere, un emendamento aggiuntivo, che è quello a cui faceva riferimenti »).

667 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Amato (« Tra le manovre palliative, elemento di discussione mediatica è la sedazione palliativa profonda, una procedura medica ben descritta nelle linee guida internazionali per la medicina palliativa, nelle raccomandazioni della società italiana di cure palliative, nei documenti del Comitato bioetico nazionale. La definizione è la stessa recentemente richiamata nell'aggiornamento del manuale degli operatori sanitari cattolici: la sedazione palliativa profonda e continua è una riduzione progressiva dello stato di coscienza, sedazione appunto con un farmaco sedativo, in genere oppioide, di fronte ad un sintomo refrattario ad ogni trattamento. Si fa previo consenso del paziente. Sedazione: i termini, in questo campo, devono essere corretti. Si chiama sedazione per l'obiettivo del trattamento e il tipo di farmaco usato »).

rappelés, comme dans les amendements que j'ai présentés, même si c'est déjà prévu dans la loi du 15 mars 2010, n. 38 sur les soins palliatifs, mais ceci nous aidera à mieux les appliquer sur tout le territoire national, à les appliquer chaque fois qu'elles sont utiles »[668]. Après un appel dans le même sens de M. Mantero (M5S)[669], Mme Giordano (M5S) – qui, nous venons de le voir, avait introduit la sédation profonde déjà dans la proposition de loi qu'elle avait déposée – affirme avec force que « pour nous la sédation continue palliative profonde est un point très important. (…) On ne parle pas d'euthanasie. (…) La sédation profonde n'est pas un traitement qui abrège la vie. (…) Quoi que dans une même direction, il y a ceux qui affirment qu'il est superflu de le répéter car ce point est déjà dans la loi n. 38 de 2010 (…), et il y a ceux, comme nous, qui pensent que, puisque dans la loi de 2010 sur les soins palliatifs il n'y a pas de référence explicite, il serait mieux de pouvoir l'expliciter dans cette mesure, ce qui permettrait au patient l'exigibilité du droit »[670],

---

668 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Marazziti (« La terapia del dolore, ancora, e la sedazione profonda continua, quando la vita sia davvero verso una fine ravvicinata, accompagnata da dolori incomprimibili e refrattaria alle terapie, mi auguro verranno esplicitamente richiamate, come da emendamenti che ho presentato, anche se è già implicitamente previsto dalla legge 15 marzo 2010, n. 38, sulle cure palliative, ma questo aiuterà ad applicarle meglio, ad applicarle su tutto il territorio nazionale, ad applicarle tutte le volte che servono »).

669 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Mantero (« È nostro dovere rimuovere tutti gli ostacoli che impediscono a chi soffre di avere accesso a cure palliative, di essere accompagnato fino alla fine con una sedazione palliativa profonda »).

670 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de Mme Giordano (« Per noi è un punto importante la sedazione continua palliativa profonda. Su questo c'è stato molto dibattito. Chiariamo: non si parla di eutanasia. Non si parla di eutanasia, così come non se ne parla in tutto il testo della proposta di legge. Comunque, per sedazione palliativa profonda continua si intende la somministrazione di farmaci che riducono, fino ad annullarla, la coscienza del paziente, allo scopo di alleviare il dolore e il sintomo fisico o psichico refrattario e intollerabile per il paziente. La sedazione profonda non è un trattamento che abbrevia la vita. Infatti, dalla letteratura medica risulta che la durata media della sopravvivenza dei pazienti sedati in fase terminale non differisce da quella dei pazienti non sedati e, in uno studio del 2003, è risultato che i pazienti sedati per un periodo superiore alla settimana prima del decesso, in condizioni di tranquillità e posti da un punto di vista fisiologico in una condizione di maggiore stabilità, sono sopravvissuti più a lungo rispetto a quelli non sedati. È stata pubblicata sulla Cochrane Review in tema di sedazione profonda palliativa una revisione sistematica che conferma che i pazienti così sedati non hanno una sopravvivenza minore rispetto ai pazienti non sedati e la stessa Pontificia accademia per la vita, già precedentemente richiamata, con una dichiarazione del 9 dicembre 2000 ha distinto tra procurare la morte e permettere la morte. (…) Su questo punto c'è stato un grande dibattito anche perché, pur se nella stessa direzione, c'è chi afferma che è superfluo ripeterlo perché è già nella legge n. 38 del 2010, che appunto ne parla, e chi invece, come noi, pensa che, visto che nella legge del 2010 sulle cure palliative non c'è un riferimento esplicito, sarebbe meglio poterlo esplicitare in questo provvedimento, perché si permette così al paziente un'esigibilità del diritto che, altrimenti, non è permessa; e, così, bisogna stare al buonsenso del medico che si trova e, a questo punto, non sono convinta che possa sempre rispettare la volontà e la direzione che si sta prendendo »).

évitant ainsi au patient de dépendre de l'évaluation du médecin. Suites à ces interventions, il apparaît clair qu'une large majorité en faveur de cette référence explicite se dégage.

Lors de la séance du 19 avril 2017, la plénière discute l'amendement n° 1.01 déposé par M. Marazziti (DES-CD). Mme Lenzi (PD) donne un avis favorable sous condition d'une reformulation du texte de l'amendement comme suit (nous avons indiqué en italique et souligné les parties du texte respectivement de l'amendement n° 1.01 et du texte de la loi française étant superposables ou fort semblables avec le texte reformulé finalement adopté) :

AM 1.01 M. Marazziti[671]	Reformulation Mme Lenzi[672]	Art. 3 LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 (FR)
Art. 1-*bis*. (Dignité dans la phase finale de la vie et interdiction de l'acharnement thérapeutique). – 1. En cas de maladie grave *le médecin, en utilisant les moyens*	"ART. 1-*bis*. (Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita). Le médecin, en utilisant les moyens	« Art. L. 1110-5-2.-*A la demande du patient* d'éviter toute souffrance et de *ne pas subir d'obstination déraisonnable*, *une sédation profonde et continue* provoquant

[671] Texte original en italien : « Art. 1-*bis*. (Dignità nella fase finale della vita e divieto di accanimento terapeutico). – 1. Nel caso di malattia grave il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviare le sofferenze del paziente stesso, anche in caso di rifiuto o di rinuncia al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di famiglia e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.
2. Nel caso di malattia grave e inguaribile, con prognosi infausta a breve termine, in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti, sono esclusi ogni ostinazione irragionevole delle cure e l'accanimento terapeutico. Il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua, anche su richiesta del paziente, al fine di evitare al paziente stesso sofferenze insopportabili e non altrimenti evitabili, in associazione con la terapia del dolore. La relativa decisione sanitaria è adottata da un collegio medico formato dal medico curante e da almeno due medici designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o della azienda sanitaria di competenza, di cui uno anestesista-rianimatore e uno specialista nella patologia da cui è affetto il paziente.
3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico ».

[672] « ART. 1-*bis*. (Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita). Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.
Nel caso di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua, in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.
Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico ».

adaptés à l'état du patient, doit œuvrer pour soulager les souffrances du patient même, *aussi en cas de refus* ou de renonciation *au traitement médical indiqué par le médecin. À cette fin, est toujours garantie une thérapie de la douleur adaptée, avec l'implication du médecin de famille et l'octroi des soins palliatifs prévus par la loi du 15 mars 2010, n. 38.* 2. *En cas de* maladie grave et incurable, *dont le pronostic vital est engagé à court terme*, en présence de souffrances réfractaires aux traitements, sont exclus *toute obstination déraisonnable des soins* et l'acharnement thérapeutique. *Le médecin peut recourir à la sédation palliative profonde continue,* aussi à la demande *du patient*, afin d'éviter au patient même des souffrances insupportables et non évitables autrement, *en association avec la thérapie de la douleur*. La décision médicale relative est adoptée par un collège médical formé par le médecin traitant et par au moins deux médecins désignés par la direction médicale de la structure d'hospitalisation ou par l'unité médicale de compétence, dont un anesthésiste-réanimateur et un spécialiste de la pathologie dont est affecté le patient. 3. *Le recours à la sédation palliative profonde continue ou le refus de celle-ci sont motivés et sont notés dans le dossier médical et dans le dossier médical électronique.*	adaptés à l'état du patient, doit œuvrer pour soulager les souffrances, aussi en cas de refus ou de révocation du consentement au traitement médical indiqué par le médecin. À cette fin, est toujours garantie une thérapie de la douleur adaptée, avec l'implication du médecin de famille et l'octroi des soins palliatifs prévus par la loi du 15 mars 2010, n. 38. En cas de patient dont le pronostic vital est engagé à court terme ou d'imminence de la mort, le médecin doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans l'administration des soins et dans le recours aux traitements inutiles ou disproportionnés. En présence de souffrances réfractaires aux traitements médicaux le médecin peut recourir à la sédation palliative profonde continue, en association avec la thérapie de la douleur, avec le consentement du patient. Le recours à la sédation palliative profonde continue ou le refus de celle-ci sont motivés et sont notés dans le dossier médical et dans le dossier médical électronique.”	une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, *associée à une analgésie* et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants : « 1° *Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements* ; « 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable. « Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie. « La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies. « À la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. « L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient. »

Ce que nous pouvons constater, c'est que le texte reformulé par la rapporteure se situe en position de compromis entre le texte proposé par M. Marazziti e le texte de la loi française, dans la mesure où certaines conditions et procédures s'inspirent clairement de cette loi mais d'autres ne sont pas reproduites. Ceci est souligné d'une certaine manière pendant le débat : ainsi Mme Giordano (M5S) regrette que le compromis suggéré n'aille pas suffisamment loin (notamment en ne prévoyant pas la sédation à domicile – qui est en effet prévue par contre par l'avant dernier alinéa de l'article 3 de la loi française) et annonce pour cette raison l'abstention de son groupe ; Mme Nicchi annonce aussi bien une abstention de son groupe car le texte introduit une bonne nouveauté (la sédation profonde) mais n'introduit pas la possibilité d'accéder à une euthanasie ; Mme Locatelli annonce le vote favorable du groupe PSI et M. Pamieri du groupe PDL (les autres groupes n'annonçant pas officiellement leur position de vote). Le résultat est un vote presque unanime avec plusieurs abstentions. Le texte ainsi reformulé est adopté.

B. Le refus de l'euthanasie (et du suicide assisté)

Beaucoup d'amendements sont déposés qui visent à interdire explicitement tout acte de type euthanasique, et notamment :

– un amendement déposé par des élus de la LN[673] visant à remplacer l'article 1 avec un texte qui – entre autres – interdit explicitement « l'euthanasie, entendue comme toute action ou omission qui, de par sa nature, ou dans les intentions de celui qui la

[673] Emendamento 1.10, Pagano e altri: « Art. 1. (Divieto di eutanasia e di suicidio medicalmente assistito).

1. L'eutanasia, intesa come qualsiasi azione od omissione che per la sua stessa natura, o nelle intenzioni di chi la compie, procura la morte di un soggetto, allo scopo di eliminare i dolori patiti dallo stesso, è vietata anche se praticata con il consenso del soggetto stesso. Il divieto si estende sia all'eutanasia passiva che all'eutanasia attiva.

2. Nessuno può fornire istigazione o aiuto medico al suicidio, inteso come l'atto con cui un individuo procura a sé volontariamente la morte.

3. Il medico e gli altri operatori sanitari, anche su richiesta del paziente, non possono effettuare, né altrimenti favorire trattamenti diretti a provocarne la morte.

4. Chiunque pratica l'eutanasia e chiunque induca altri al suicidio ovvero ne agevola, in qualsiasi modo, l'esecuzione, è punibile ai sensi degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale, a seconda, che la vittima sia consenziente e che l'autore materiale della morte sia il paziente o un soggetto terzo.

5. Ai fini della valutazione della fattispecie penale è rilevante ai sensi del comma 4 solo il consenso esplicito, non equivoco e perdurante ».

pratique, provoque la mort d'un sujet, avec le but d'éliminer les douleurs subies par le même sujet ». Le texte ajoute que « l'interdiction s'étend aussi bien à l'euthanasie active qu'à l'euthanasie passive » et que « personne ne peut fournir instigation ou aide médical au suicide ». Lors du vote, cet amendement est rejeté par 367 voix contre (83 % des votants), 70 voix pour (16 %) et 6 abstentions.

– un amendement déposé par des élus de la LN[674] visant à remplacer l'article 1 avec un texte qui établit que « personne ne peut fournir instigation ou aide médical au suicide » (tel un alinéa de l'amendement précédent). Lors du vote, cet amendement est rejeté par 366 voix contre, 82 pour et 2 abstentions.

– un amendement déposé par des élus d'AP-NCD[675] visant à interdire « toute forme d'euthanasie et toute forme d'assistance ou d'aide au suicide ». Lors du vote, cet amendement est rejeté par 354 voix contre, 76 pour et 2 abstentions.

– trois amendements identiques déposés (séparément) par des élus des PDL, LN, DES-CD, AP-NCD et DI[676] qui rappellent que "aux termes des articles 575, 579 et 580 du code pénal, toute forme d'euthanasie et toute forme d'assistance ou d'aide au suicide sont interdites ». Lors du vote, ces amendements sont en partie retirés et en partie rejetés par 342 voix contre (81 %), 76 pour (18 %) et 2 abstentions.

Par contre un seul amendement vise à introduire la possibilité de demander une euthanasie[677]. Il est déposé par des élus du M5S et soutenu pendant le débat uniquement

---

674 Emendamento 1.13: « Art. 1. 1. Nessuno può fornire istigazione o aiuto medico al suicidio, inteso come l'atto con cui un individuo procura a sé volontariamente la morte ».

675 Emendamento 1.79: « Al comma 1, aggiungere in fine il seguente periodo: La presente legge vieta altresì ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica e di assistenza alle persone esclusivamente finalizzata alla tutela della vita umana e della salute nonché all'alleviamento delle sofferenze ».

676 Emendamenti 1.101, 1.102, 1.362: « Dopo il comma 1, aggiungere il seguente: 1-*bis*. Ai sensi degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale, è vietata ogni forma, di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica e quella di assistenza alle persone esclusivamente finalizzate alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza ».

677 Emendamento 5.01: « Art. 5-*bis*. (Norme in materia di eutanasia).
1. Ai fini del presente articolo per trattamento eutanasico s'intende la somministrazione, da parte del personale medico o sanitario, di farmaci aventi lo scopo di provocare, con il consenso del paziente, la sua morte immediata.

par ceux-ci, les élus de SEL et de Possibile, alors que les élus du PD affirment que leur vote contre est la preuve du fait que l'euthanasie reste bien en dehors du texte de la loi : pour Ileana Argentin « cet article démontre exactement que nous ne parlons pas d'euthanasie (...). Et moi, je continue à être fière de mon parti, le PD (...) pour une simple raison : si nous avions voulu parler d'euthanasie, nous aurions eu les nombres pour ce faire, Messieurs. Nous avons parlé de testament biologique, car c'est ce que nous voulions »[678]. Son texte long et complet, définit d'abord ce que c'est qu'une euthanasie

2. Il paziente, maggiore di età e capace di intendere e di volere, affetto da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta e irreversibile, senza alcuna prospettiva di sopravvivenza o le cui sofferenze fisiche o psichiche sono costanti e insopportabili, ha diritto di richiedere il trattamento eutanasico.
3. La richiesta del paziente deve essere espressione di una scelta piena, libera, certa e consapevole, ben ponderata e volontaria e deve essere redatta alla presenza di almeno due testimoni, datata e sottoscritta dal disponente e dai testimoni. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare.
4. Il paziente può revocare la sua richiesta in ogni momento. In tale caso, la dichiarazione di cui al comma 3 è ritirata dalla cartella clinica e riconsegnata al paziente.
5. Il medico e il personale sanitario, prima di praticare il trattamento eutanasico, sono tenuti ad accertare che perduri lo stato di sofferenza fisica o psichica del paziente e che permanga l'intenzione di chiedere il trattamento eutanasico, informandolo sulla sua situazione clinica e sulle sue prospettive di vita, nonché sulle possibilità terapeutiche ancora attuabili e sui trattamenti palliativi e sulle loro conseguenze. Il medico e il personale sanitario sono tenuti altresì a garantire che il trattamento eutanasico rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche nonché ad informare, se richiesto dal paziente, le persone di fiducia indicate dallo stesso.
6. La dichiarazione documentata del paziente, la documentazione relativa alla procedura seguita dal medico curante con i relativi risultati, nonché il rapporto redatto dal medico o dai medici consultati, sono inseriti nella cartella clinica del paziente.
7. Il medico e il personale sanitario che praticano il trattamento eutanasico non sono punibili se prestano la propria opera alle condizioni e con le procedure previste dal presente articolo e tali condotte non integrano gli estremi dei reati di cui agli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale.
8. Le strutture sanitarie pubbliche sono tenute a garantire il rispetto della volontà manifestata ai sensi del comma 3 del presente articolo anche in caso di obiezione di coscienza da parte del personale medico e sanitario.
9. La persona deceduta a seguito di un trattamento eutanasico, praticato in conformità alle condizioni e alle procedure stabilite dal presente articolo, è dichiarata deceduta di morte naturale a tutti gli effetti di legge.
10. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministero della salute, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, con decreto, individua le modalità necessarie a garantire in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale la corretta applicazione della presente legge, nel rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari.
11. Il Ministro della salute presenta annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione del presente articolo ».

[678] Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 782 di giovedì 20 aprile 2017, intervention de Mme Argentin (« Voglio dire che questo articolo dimostra proprio che non parliamo di eutanasia (...). Ed io continuo ad essere orgogliosa del mio partito, del PD – e voglio ringraziare la relatrice per il grande lavoro che ha fatto –, per un semplice motivo: se noi volevamo parlare di eutanasia, avevamo i numeri per farlo, signori. Noi abbiamo

(« l'administration, par le personnel médical, de médicaments ayant le but de provoquer, avec le consentement du patient, sa mort immédiate ») ; il établit ensuite le droit de demander une euthanasie pour toute personne majeure et capable et affectée par une maladie caractérisée par une évolution imparable, dont le pronostic vital est engagé et irréversible, « sans aucune perspective de survie ou dont les souffrances physiques ou psychiques sont constantes et insupportables » ; le texte fixe aussi les conditions procédurales de la demande et prévoit la non-punissabilité du personnel médical ayant pratiqué une euthanasie suivant les conditions et procédures fixée. Lors que l'amendement est soumis au vote, il est rejeté par 268 voix contre (71 % des votants), 84 en faveur (22 %) et 23 absentions.

3.3.2.2.3 L'adoption du texte final

Nous avons déjà tenu en compte les différentes interventions faites dans le cadre de la déclaration de vote final[679], qui ne font que réaffirmer les différentes positions aperçues déjà pendant le débat.

Le 20 avril 2017, le texte amendé est adopté par la Chambre par 326 voix en faveur (89 % des votants), 37 contre (10 %) et 4 abstentions.

Le principal élément de nouveauté par rapport au texte approuvé en Commission est constitué par l'article introduisant la sédation profonde[680] (ancien amendement 1.01, devenu article 2 dans le texte approuvé). Il s'agit pour le reste de peaufinage et non pas de changements structurels.

Le 21 avril 2017, lendemain du vote à la Chambre, le texte est transmis au Sénat.

3.3.3 Le processus parlementaire au Sénat

parlato di testamento biologico, perché questo volevamo: non confondete le acque, perché è un problema vostro, non nostro »).

679 Il s'agit des interventions faites le 20 avril 2017, *cf. supra*, § 3.3.2.1.

680 *Cf. supra*, § 3.3.2.1.

Le texte transmis par la Chambre au Sénat est référé à la Commission Santé de ce dernier. Le 2 mai 2017, Mme De Biasi (PD), Présidente de la Commission Santé, est nommée rapporteure. Le jour même, lors de la première séance consacrée à ce dossier, le texte en provenance de la Chambre est adopté comme texte de base et il est formellement joint à sept projets de loi sur le même thème qui avaient été déposés auparavant : nous les apercevrons très rapidement, car le contenu de ces projets n'influence aucunement le processus au Sénat (le texte adopté à la Chambre absorbe donc d'un point de vue procédural ces projets de loi).

1) Le 15 mars 2013, M. Marino (PD) et d'autres sénateurs (PD, M5S, SVP et d'autres) avaient déposé un projet de loi intitulé « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations de volonté anticipées dans les traitements médicaux afin d'éviter l'acharnement thérapeutique »[681].

2) Le même jour, M. Marconi et d'autres députés (PD) avaient déposé un projet de loi portant le titre « Normes en matière de relation de soin, consentement, urgence médicale, refus et interruption des soins, déclarations anticipées »[682].

3) Le même jour, M. Marino (PD) et d'autres sénateurs (PD, M5S et d'autres) avaient déposé un projet de loi concernant des « Normes en matière d'expérimentions cliniques en situation d'émergence sur des personnes incapables de donner valablement leur consentement informé »[683].

4) Le même jour, M. Sacconi (PDL) et d'autres sénateurs (PDL et d'autres) avaient déposé un projet de loi ayant pour titre « Dispositions en matière de nutrition et

681 Disegno di legge Marino ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVII Legislatura, S. 5, 15 marzo 2013.

682 Disegno di legge Manconi ed altri, Norme in materia di relazione di cura, consenso, urgenza medica, rifiuto e interruzione di cure, dichiarazioni anticipate, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVII Legislatura, S. 13, 15 marzo 2013.

683 Disegno di legge Marino ed altri, Norme in materia di sperimentazione clinica in situazioni di emergenza su soggetti incapaci di prestare validamente il proprio consenso informato, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVII Legislatura, S. 87, 15 marzo 2013.

hydratation »[684].

5) Le 10 avril 2013, Mme Rizzotti (PDL) avait déposé un projet de loi portant le titre « Dispositions en matière de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement médical »[685].

6) Le même jour, M. De Poli (SC[686]) avait déposé un projet de loi concernant des « Dispositions en matière de consentement informé »[687].

7) Le 16 juin 2015, MM. Torrisi et Pagano (AP-NCD) avaient déposé un projet de loi intitulée « Dispositions en matière d'alliance thérapeutique, de consentement informé et de déclarations anticipées de traitement »[688].

3.3.3.1 Le travail parlementaire en commission

Lors des 38 réunions qui se tiennent à ce sujet entre le 2 mai et le 26 octobre 2017, la Commission d'abord examine le texte approuvé à la Chambre, tient des auditions d'experts (16 auditions de 50 experts au total[689]), ouvre un délai pour amendement et tient des débats.

Toutefois, puisque plus de 3.000 amendements sont déposés et que la rapporteure considère impossible de procéder à leur examen et vote dans les délais, Mme De Biasi invite les auteurs des amendements à en retirer une majorité. Puisque ce n'est qu'un

684 Disegno di legge Sacconi ed altri, Disposizioni in materia di alimentazione ed idratazione, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVII Legislatura, S. 177, 15 marzo 2013.
685 Disegno di legge Rizzotti, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVII Legislatura, S. 443, 10 aprile 2013.
686 Choix civique : Scelta civica, centriste.
687 Disegno di legge De Poli, Disposizioni in materia di consenso informato, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVII Legislatura, S. 485, 10 aprile 2013.
688 Proposta di legge Torrisi e Pagano, Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVII Legislatura, S. 1973, 16 giugno 2015.
689 Ces auditions ont lieu à huis-clos et en formation réduite du seul bureau de la Commission. Aucun compte-rendu n'est donc disponible.

dixième des amendements qui est retiré, le 26 octobre 2017, la rapporteure décide de donner sa démission de cette charge et envoyer le texte en plénière tel quel, sans rapport ni amendements adoptés en Commission.

Quant au débat, celui-ci n'est pas particulièrement riche et répète en la substance les mêmes argumentations déjà entendues à la Chambre.

3.3.3.2 L'adoption en plénière

Le débat et le vote contextuel des amendements en plénière se déroulent très rapidement : le calendrier approuvé prévoit à peine cinq séances entre le 5 décembre et le 17 décembre 2017. La plénière est bien consciente de l'approche rapide des élections législatives (prévues pour février 2018) et du risque que ce projet de loi reste inachevé.

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe qui précède, le débat et les amendements en plénière se réfèrent au texte adopté à la Chambre. Les amendements, quant à eux, sont tous soit déclarés inadmissibles soit rejetés : pas un seul n'est adopté (l'adoption d'un seul amendement aurait impliqué une seconde lecture à la Chambre). Le débat, quant à lui, se déroule sur les mêmes lignes que celui à la Chambre : mêmes arguments, mêmes positionnements, mêmes polémiques, aussi pendant le dernier tour de déclarations avant le vote, à peu d'exceptions près, et notamment :

– une tendance à définir l'arrêt de l'hydratation et de la nutrition artificielles comme « euthanasie active », alors que dans les phases précédentes on la définissait « euthanasie » tout court ou au plus « euthanasie par omission » ou passive[690] ; ceci apparait comme une sorte de *crescendo* dans l'affrontement verbal.

[690] *Cf.*, entre autres : Resoconto stenografico, *Atti Parlamentari,* Senato della Repubblica, XVII Legislatura, Seduta n. 913 (pom.) del 5 dicembre 2017, intervention de M. Rizzotti (PDL) (« La soppressione e l'interruzione della nutrizione e della idratazione obbligano il medico a contribuire attivamente alla morte del paziente. E questo diventa un atto di eutanasia attiva »).

– l'idée que la combinaison de deux éléments distincts de cette nouvelle loi, à savoir le recours à la sédation profonde et continue, d'un côté, et le droit à demander l'arrêt de l'hydratation et de la nutrition artificielles, de l'autre côté, pourrait conduire les médecins à appliquer la sédation suivant la demande d'arrêt de l'hydratation et de la nutrition : ce qui impliquerait une forme d'euthanasie[691]. Nous y reviendrons dans un instant.

Le 17 décembre 2017, le Sénat italien adopte le projet de loi sans amendements par 326 voix pour (89 %), 37 contre (10 %) et 4 abstentions, sur 367 votants.

3.4 Réflexions sur les dynamiques politiques sous-jacentes

En guise de conclusion de ce chapitre, nous allons jeter un regard rétrospectif afin d'analyser quelles dynamiques ont joué un rôle déterminant, ou coadjuvant, au sein du processus législatif et ont permis de parvenir à l'adoption de ce texte. Nous essayons ainsi de faire ressortir le fil rouge qui lie les différentes étapes du processus et qui pourrait nous aider à expliquer comment on est arrivé au texte final et les raisons de son adoption. Voyons les stratégies et les facteurs principaux ayant mené à l'adoption de la loi.

3.4.1 Les facteurs du succès

A. Une majorité parlementaire innovante

Nous l'avons vu plus haut[692] : aux élections législatives de 2013, le centre-gauche obtient la majorité absolue à la Chambre mais relative au Sénat, ce qui ne lui donne pas la possibilité de gouverner tout seul. Ainsi, un gouvernement de grande-coalition (centre-gauche et centre-droit) se forme. Le mouvement antisystème « 5 étoiles » (M5S) – qui se

691 Resoconto stenografico, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVII Legislatura, Seduta n. 914 (ant.) del 6 dicembre 2017, intervention de M. Lettieri (GAL : Grands autonomies et liberté, Grandi Autonomie e Libertà).

692 *Cf. supra*, § 3.3.

dit « ni de gauche ni de droite » – obtient toutefois une portion importante des sièges (environ 17 %). Le (partiel) changement de majorité, dû à la scission dans le centre-droit, a comme effet simplement un déséquilibre de la coalition en faveur du centre-gauche, car le (nouveau) petit parti de centre-droit qui demeure au Gouvernement compte un nombre de sièges fort inférieur à celui du PDL[693] ; toutefois il s'agit d'un parti aux valeurs profondément catholiques, ce qui n'est pas sans influence dans le domaine de notre étude.

Ceci sort donc l'effet d'avoir une majorité gouvernementale assez traditionnelle et par contre une majorité parlementaire (de rechange : centre-gauche et M5S ensemble comptent plus de 56 % des sièges au Sénat) potentiellement fort innovante. En effet, concernant les droits civils en général et les droits du patient en fin de vie notamment, le M5S a des positions assez libérales et radicales ; par conséquent, cette majorité de rechange peut converger sur des positions relativement progressistes. Ceci ouvre visiblement la voie à l'évolution législative.

B. Ce que la loi ne dit pas

Le long du processus et du débat parlementaire, l'œil de l'observateur aperçoit un non-dit d'envergure : celui concernant les effets de la combinaison des deux dispositions relatives respectivement au recours à la sédation profonde et au droit de refuser l'hydratation et la nutrition artificielles.

En effet, si l'article 1 (alinéa 5) prévoit que toute personne puisse refuser tout traitement médical y inclus la nutrition et l'hydratation artificielles, alors que l'article 2 (alinéa 1) prévoit que « le médecin, en utilisant les moyens adaptés à l'état du patient, doit œuvrer pour soulager les souffrances, aussi en cas de refus ou de révocation du consentement au traitement médical indiqué par le médecin » et que (alinéa 2) « en présence de souffrances réfractaires aux traitements médicaux le médecin peut recourir à la sédation palliative profonde continue, en association avec la thérapie de la douleur,

[693] Tout en étant impossible d'arrêter un nombre exact à cause des fluctuations continues, ce groupe politique compte environ entre 23 et 29 élus à la Chambre et au Sénat.

avec le consentement du patient », ceci parait ouvrir des possibilités de recours à la sédation profonde continue suite à l'arrêt de la nutrition et hydratation artificielles. Ce qui impliquerait le recours à la sédation aussi en dehors de la phase terminale de la vie et en l'absence d'autres traitements à arrêter.

La loi n'explicite en rien cette possibilité, mais elle ne l'exclut pas pour autant. Les débats n'abordent guère cette interprétation. Mme Lenzi (PD), rapporteure, nous a confirmé[694] que cette possibilité est restée comme un non-dit, ce qui a probablement facilité l'adoption du texte (car chacun y lisait sa propre interprétation des dispositions). Au vue de la vaste majorité qui a soutenu l'adoption de l'article 2, nous sommes convaincus que les interprétations divergeaient sensiblement dans le for intérieur des élus. Et que ceci ouvrira probablement la voie à des applications aussi divergentes de la loi par les médecins (et les juges).

En conclusion de cette réflexion, on peut considérer que le langage refréné voire ambigu, ainsi que le manque de clarté juridique, ont été parmi les facteurs du succès du processus législatif.

C. Une évolution cohérente avec la vision italienne de la société

Nous allons approfondir cet aspect bien tôt[695] : dans la culture politique italienne le courant libéral a toujours été minoritaire et jamais hégémon. Les principaux blocs politiques issus des élections de 2013 (centre-gauche et centre-droit) ne se réclament pas du libéralisme et demeurent plutôt dans le socle d'une prédisposition au compromis et au « pacte social » pour un dénominateur minimum commun, plutôt que d'une approche qui garantirait le pluralisme des convictions.

Dès le début, il apparait donc clair que la rapporteure – soutenue par une très large majorité dans cette approche – s'engage dans la recherche d'un compromis consensuel et

694 *Cf. supra*, note 660.
695 *Cf. infra*, Conclusions générales.

choisit de ne pas forcer la main même lorsque la majorité parlementaire de rechange aurait les nombres pour ce faire. Sa stratégie est donc parfaitement en ligne avec la culture politique italienne majoritaire.

Ainsi, il n'est pas étonnant que les seules contestations du texte final viennent, d'un côté, de l'extrême droite (LN) pour des raisons de fond d'évidence, et de l'autre côté, du M5S, qui a une approche clairement antisystème et donc ne se reconnait pas dans l'approche consensuelle et consociative de la majorité du Parlement.

La rapporteure a donc su comprendre et interpréter la culture politique de son pays, ce qui a contribué au succès de son action.

3.4.2 Les stratégies

A. Une majorité de rechange

Le choix du Gouvernement de laisser le Parlement libre de légiférer se révèle une stratégie fondamentale. En effet, la présence dans la grande coalition de Gouvernement d'un parti centriste catholique aurait engendré des vétos croisés qui auraient empêché l'adoption de tout texte.

Par contre, le choix de laisser s'exprimer la majorité parlementaire, différente de la majorité gouvernementale, permet aux instances du M5S (clairement libérales dans ce domaine) de s'exprimer et de participer à l'élaboration du compromis final. Cela permet aussi à la rapporteure d'inclure dans son travail de recherche d'un minimum dénominateur commun et d'un accord exprimant une large majorité du Parlement toutes les forces parlementaires et non seulement celles participant au Gouvernement.

B. La recherche du plus large consensus possible

Nous venons de le voir dans le paragraphe qui précède : la rapporteure s'engage dès le début dans la recherche d'un compromis consensuel. Elle ne cherche pas à être

soutenue par le 50 % + 1 des élus, elle ne cherche pas à mener et gagner une bataille partisane : elle souhaite recevoir le soutien de la plus large majorité possible.

Ce choix stratégique lui permet de limiter un maximum les polémiques et des débats déchirants. À l'exception de l'extrême droite (qui compte un nombre fort limité de sièges), tous les élus lui reconnaissent d'avoir fait un travail inclusif. Et, au final, le pourcentage du vote positif est presque étonnant tant il est élevé : 89 % des voix. Cette stratégie s'avère être nettement gagnante.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Tout le long de notre recherche, nous avons étudié les différentes façons dont les pouvoirs publics interviennent dans nos sociétés au moyen du droit (notamment pénal) pour encadrer ce moment si sensible où la vie touche à sa fin. Nous avons vu en introduction que le droit (pénal) peut intervenir de manières très diverses, en choisissant de criminaliser ou, au contraire, de dépénaliser, de décriminaliser voire de réglementer ou de légaliser[1] un certain nombre de comportements entourant la fin de vie.

Nous avons notamment pris note du fait que, parmi les pays étudiés, là où l'État est intervenu pour reconnaître l'autodétermination du patient de manière plus incisive (c'est-à-dire en Belgique), c'est la décriminalisation (partielle) de l'euthanasie qui a été choisie comme technique législative[2]. Quant aux pays qui n'ont pas autorisé les pratiques euthanasiques, ils se sont bornés à autoriser l'arrêt de traitement et la sédation terminale (en l'occurrence, la France et l'Italie dans notre étude). Le choix de la technique législative a donc penché, en France, pour la réglementation et, en Italie, pour une « exemption légale » qui vient lever les doutes interprétatifs dus notamment à un vide législatif[3].

Dans les pages qui suivent, nous analyserons tout d'abord le contexte socio-politique des trois pays (§ 1), puis, nous mettrons en œuvre, sur cette base, des réflexions comparatives à plusieurs niveaux et notamment l'analyse de l'étendue de l'évolution législative (§ 2), le rôle du droit pénal et des principes juridiques mobilisés dans le cadre de cette évolution (§ 3), le rôle joué par les rapports de force électoraux et par les stratégies des partis (§ 4), ainsi que des observations comparatives finales concernant le niveau macrosocial et des pistes de réflexion (§ 5). Comme nous l'avons indiqué en introduction, ces réflexions emprunteront notamment au débat né au sein de la théorie politique anglo-

1 Pour les définitions, *cf. supra* le glossaire ou l'introduction, § 2D.

2 Nous remarquons au passage que les Pays-Bas ont également opté pour la décriminalisation (également partielle) de l'euthanasie, alors que le Luxembourg a opté pour une dépénalisation.

3 Nous y reviendrons *infra*, § 3.1.

américaine opposant les libéraux (« *liberals* ») aux communautariens (« *communitarians* »), un débat qui s'articule autour de la tension entre deux principes généraux de régulation opposés : d'un côté, le « libéralisme » reposant sur l'individualisme et l'autodétermination, la liberté et la responsabilité individuelle sur sa propre vie ainsi que sur son corps ; de l'autre côté, le « communautarisme » qui renvoie à la protection sociale publique en lien avec une morale collective établie et sanctionnée par des normes juridiques.

1 Les paradigmes socio-politiques dominants dans les trois pays

Comme nous l'avons vu au tout début de notre recherche[4], la Belgique, la France et l'Italie ont en commun une tradition historique catholique et se revendiquent tous les trois de la laïcité. Cette appartenance, à première vue similaire, se manifeste toutefois à des degrés différents et implique une approche nuancée de la laïcité dans les trois sociétés nationales, donnant lieu à des changements législatifs fort divergents. Quels sont alors les contextes sociaux spécifiques aux trois pays dans lesquels ces changements législatifs sont intervenus ?

Nous allons ici caractériser rapidement les trois types de régulation socio-politique distincts à l'œuvre dans chacun des trois pays analysés sous l'angle de la régulation publique de la fin de vie, tant au niveau des organisations collectives mobilisées et principalement des forces politiques (niveau méso-social), qu'au niveau des sociétés nationales étudiées dans leur globalité (niveau macro-social). Nous sommes en effet convaincus que les différentes solutions législatives adoptées ne peuvent s'expliquer complètement que dans le contexte de paradigmes sociétaux d'idées, ainsi que des enjeux stratégiques et des rapports de forces électoraux entre partis politiques dans lesquels ils s'inscrivent.

Tous ces éléments, parfois similaires et parfois différenciés voire opposés d'un pays à l'autre, devraient aussi nous aider à esquisser un cadre plus clair au regard du niveau de pluralisme de chaque pays. Nous analyserons plus précisément pour chaque

[4] *Cf. supra*, Introduction.

État : le développement du clivage centre/périphérie, soit le choix d'un modèle étatique unitaire ou fédéral ainsi que l'existence de pluralités linguistiques ; le système politique/électoral, soit le mode de décision politique ; le type de laïcité et donc le rapport de l'État aux convictions philosophiques ou religieuses (laïcité et pluralisme). Ces trois volets seront examinés dans les pages qui suivent selon un ordre différent suivants les caractéristiques propres à chaque pays.

1.1 Le modèle belge : le pluralisme segmenté

Depuis la fin du XIX siècle, la société belge est structurée selon un paradigme pluraliste[5]. Comme dans beaucoup d'autres pays européens, à l'issue de la Deuxième Guerre mondiale, en Belgique un pacte social a été conclu par des hauts fonctionnaires et des représentants du patronat et des syndicats, et entériné à la libération par le gouvernement d'union nationale[6]. C'est ainsi que, « faute d'avoir pu ou voulu construire une nation au sens républicain, l'État belge s'est trouvé enserré par une société civile divisée en 'mondes' (chrétien, socialiste, libéral ; ces deux derniers s'interpénétrant au sein d'un monde laïque) »[7].

Le système belge est encore aujourd'hui largement fondé sur l'existence de ces familles politiques que l'on peut aussi qualifier de « piliers »[8] : des réseaux d'organisations « fondées sur une identité religieuse ou idéologique commune, actives dans des domaines sociaux différents, reconnues et subventionnées par les pouvoirs publics, et liées de près ou de loin à un parti politique »[9]. Chacun de ces piliers porte des valeurs et des projets de société propres et structurés au sein de véritables « conglomérats d'organisations », chacun est animé par le parti politique de référence : social-chrétien, socialiste ou libéral.

---

5 H. Dumont, *Le pluralisme idéologique et l'autonomie culturelle en droit public belge*, volume 1 : de 1830 à 1970, volume 2 : de 1970 à 1993, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis – Bruylant, 1996.

6 J. Jenson et M. Sineau (Sld.), *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise*, Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, coll. « Droit et société », vol. 21, 1998, p. 109.

7 J. Jenson et M. Sineau (Sld.), *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise*, *op. cit.*, p. 109.

8 H. Dumont, « La 'pilarisation' de la société multiculturelle belge », *La Revue Nouvelle*, mars 1999, p. 46.

9 *Ibid.*, p. 47.

Certains ont défini ce système comme « pluralisme segmenté »[10], car la société est ainsi fragmentée en trois mondes.

Toutefois, le poids des piliers n'est plus aujourd'hui aussi important que dans le passé[11] et le système d'institutionnalisation politique de la segmentation sociale est en crise tant de légitimité que d'efficacité. Sur la scène partisane, cette crise se traduit par le succès électoral grandissant de partis moins traditionnels, tels les partis régionalistes, écologistes et d'extrême droite. Cependant, la fonction sociale des piliers demeure importante.

Aujourd'hui, la Belgique se présente comme « un espace public qui permet la confrontation régulière des courants de pensée et de croyance sans faire d'une instance quelconque, fût-elle étatique, un 'lieu centralisé d'émission de valeurs' »[12]. Dans ce contexte, le niveau politique doit principalement gérer les relations entre les différents mondes, en s'assurant que chacun puisse avoir les moyens de se développer librement, compte tenu de son poids social[13]. Il s'agit du principe du pluralisme idéologique et philosophique : « les autorités publiques doivent intervenir de manière positive pour aider les diverses tendances représentatives à développer leurs activités d'utilité publique, et les associer à l'élaboration des politiques et à la gestion des services publics relevant de leur domaine d'intervention, en veillant à ce qu'aucune d'entre elles n'acquière une position prépondérante qui pourrait porter atteinte aux droits et libertés des autres »[14].

La présence d'une structure sociale fondée sur les piliers et les associations relais fait partie et contribue à la fois au développement de ce modèle pluraliste. Selon celui-ci, « les associations d'inspiration religieuse ou laïque méritent d'être reconnues dans ce

---

10 Marques Pereira, cité par J. Jenson et M. Sineau (Sld.), *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise*, *op. cit.*, p. 36.

11 E. Mangez et G. Liénard, « Pilier contre champ ? De l'articulation entre différenciation fonctionnelle et fragmentation culturelle », *Recherches sociologiques et anthropologiques* – Vol. 45, 2014, no 1, p. 8.

12 H. Dumont, « La 'pilarisation' de la société multiculturelle belge », op. *cit.*, p. 54.

13 J. Jenson et M. Sineau (Sld.), *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise*, *op. cit.*, p. 109.

14 H. Dumont, « La 'pilarisation' de la société multiculturelle belge », *op. cit.*, p. 55.

cadre en tant que telles »[15] (et sur base notamment de leurs assises sociales[16]) « parce qu'elles donnent vie à des 'lieux intermédiaires' où des options morales peuvent s'énoncer et alimenter les débats éthiques plus indispensables aujourd'hui que jamais »[17].

Dans ce cadre, ce qui fait la singularité du cas belge par rapport aux autre pays étudiés semble être « la structuration de l'activité laïque, la création de l'assistance morale laïque, la reconnaissance graduelle de la représentativité des organisations laïques ouvraient la voie à une reconnaissance et à un financement de la laïcité organisée comparables à ce qui était organisé pour les cultes reconnus »[18]. La laïcité qu'on appelle « organisée » est aujourd'hui un élément constitutif du pluralisme belge[19] : « un réseau d'organisations laïques, c'est-à-dire d'organisations qui défendent une conception de vie humaniste sans se référer à une quelconque transcendance »[20] . Ainsi la laïcité en Belgique acquiert une double signification : elle exprime non seulement l'émancipation sociale par rapport à l'Église mais aussi l'émancipation de l'individu devenant libre penseur[21].

Par ailleurs, d'après l'article 1er de sa Constitution, « la Belgique est un État fédéral », composé par trois communautés (flamande, française et germanophone) et trois Régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles-Capitale). Ainsi se développe un partage des compétences entre les Communautés, les Régions et l'État central[22]. « Depuis les

---

15 *Ibid.*, p. 55.

16 *Cf.* C. Sägesser et V. de Coorebyter, « Cultes et laïcité en Belgique », Dossiers du *CRISP* n° 51.

17 H. Dumont, « La 'pilarisation' de la société multiculturelle belge », *op. cit.*, p. 55.

18 C. Sägesser et J.-F. Husson, « La reconnaissance et le financement de la laïcité (I) », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2002/11 n° 1756, p. 22.

19 C. Sägesser, « Le Centre d'action laïque a cinquante ans : et s'il changeait de nom ? », *La Revue Nouvelle*, n° 07 - 2019, *in* https://www.revuenouvelle.be/Le-Centre-d-action-laique-a-cinquante-ans-et-s-il .

20 *Ibid.*

21 Le statut du Centre d'Action Laïque (CAL) explique cette double définition : « Par laïcité, il faut entendre, d'une part, la volonté de construire une société juste, progressiste et fraternelle, dotée d'institutions publiques impartiales […] et considérant que les options confessionnelles ou non confessionnelles relèvent exclusivement de la sphère privée des personnes. Et, d'autre part, l'élaboration personnelle d'une conception de vie qui se fonde sur l'expérience humaine, à l'exclusion de toute référence confessionnelle, dogmatique ou surnaturelle, qui implique l'adhésion aux valeurs du libre examen, d'émancipation à l'égard de toute forme de conditionnement et aux impératifs de citoyenneté et de justice ». Cité par C. Sägesser et J.-F. Husson, « La reconnaissance et le financement de la laïcité (I) », *op. cit.*, p. 18.

22 J. Jenson et M. Sineau (Sld.), *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise*, *op. cit.*, p. 38.

prémices de la révolution belge de 1830, la question linguistique en Belgique est l'objet de dissensions politiques. Au cœur des préoccupations communautaires depuis la fin du XIXe siècle, elle a donné lieu à plusieurs occasions à de violents conflits. Cela n'a guère changé aujourd'hui. De ce combat a émergé une législation linguistique extrêmement complexe »[23], car « les modèles les plus divers ont été expérimentés, ce qui a donné naissance à un système particulièrement original »[24] qu'il est impossible de résumer ici. Nous nous contentons donc d'en prendre note, considérant le comportement et les évolutions linguistiques, et par conséquent les réactions des individus face à une politique linguistique donnée, comme des « comportements sociaux »[25], qui contribuent à esquisser le cadre sociétal pluraliste et fort complexe de ce pays.

Enfin, ainsi constitué et fondé, le système belge de prise de décision publique est caractérisé par la négociation et le compromis, au point d'être considéré comme un exemple de « démocratie consociative », telle que qualifiée pour la première fois par Arend Lijphart[26]. Ce mode de gouvernement se caractérise notamment par « une société marquée par une segmentation verticale en plusieurs communautés religieuses, idéologiques, linguistiques ou ethniques ; une cohésion interne au sein de chacune de celles-ci grâce à l'autorité des élites sur leurs membres respectifs ; et l'institutionnalisation de la négociation entre lesdites élites »[27]. La démocratie consociative est par essence non majoritaire et non compétitive, par opposition aux modèles qui reposent sur une majorité simple pour prendre des décisions[28]. En revanche, elle se base sur le principe de la proportionnalité qui permet une représentation de chaque camp en fonction de sa force électorale[29]. Ainsi, la base de ce système est que les décisions sont prises par consensus et que les représentants d'un groupe ne peuvent pas prendre de décisions sur des sujets

---

23 E. Witte, « La question linguistique en Belgique dans une perspective historique », *Pouvoirs*, vol. 136, no. 1, 2011, p. 37.

24 *Ibid.*

25 *Ibid.*

26 *Cf.*, entre autres, A. Lijphart, *The politics of accommodation*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1968.

27 H. Dumont, *Le pluralisme idéologique et philosophique et l'autonomie des communautés dans le droit public belge de la culture*, prom. : Rigaux, François, 1995, p. 17, *in* http://hdl.handle.net/2078.1/157958 .

28 D. Sinardet, « Le fédéralisme consociatif belge : vecteur d'instabilité ? », *Pouvoirs*, 2011/1, n° 136, p. 22 et s.

29 M. Dogan et D. Pelassy, *Sociologie politique comparative - Problèmes et perspectives*, Economica, Paris, 1982, p. 97.

importants sans ceux qui représentent les autres groupes. La concrétisation des compromis s'effectue le plus souvent sous forme de « package deal » où chaque camp obtient des satisfactions en termes de ressources, de postes de pouvoir et d'idéologie, même lorsqu'il n'est pas associé à la majorité gouvernementale[30]. « C'est aussi la raison pour laquelle la démocratie consociative est considérée comme un modèle de *conflict management* pour des 'sociétés divisées' »[31].

1.2 Le modèle français : le républicanisme

La Cinquième République, régime politique républicain en vigueur en France, succède, le 4 octobre 1958, à la Quatrième République, instaurée en 1946. Elle marque une rupture avec la tradition parlementaire classique dans la volonté de renforcer le rôle du pouvoir exécutif. En effet, le système politique français actuel se caractérise par la « prédominance du pouvoir exécutif, virtuellement plus fort que dans presque tous les autres pays démocratiques. Cela tient à la fois à l'élection du chef de l'État au suffrage universel direct, qui confère à celui-ci une légitimité importante, à la fois aux pouvoirs très étendus que lui accorde la Constitution »[32]. L'exécutif dispose donc d'un pouvoir politique d'impulsion important. La loi électorale en vigueur pour les élections législatives[33] reflète la même approche : les députés sont élus au suffrage universel direct uninominal majoritaire à deux tours. Ce système est connu pour favoriser une division bipartiste du monde politique et sanctionner, en termes de résultats et de sièges, les minorités.

La Constitution du 4 octobre 1958, approuvée à une très large majorité par voie référendaire le 28 septembre précédent, proclame que « la France est une république indivisible, laïque, démocratique et sociale »[34]. La Loi du 9 décembre 1905 sur la

30 J. Jenson et M. Sineau (Sld.), *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise, op. cit.*, p. 37.

31 D. Sinardet, « Le fédéralisme consociatif belge : vecteur d'instabilité ? », *op. cit.*, p. 22 et s.

32 J. Jenson et M. Sineau (Sld.), *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise, op. cit.*, p. 42.

33 Ces dispositions ne concernent que l'Assemblée nationale, puisque le Sénat est élu au suffrage universel indirecte.

34 Art.1, Constitution de 1958 modifiée par la loi constitutionnelle n° 2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la Ve République. L'article est libellé ainsi : « La France est une

séparation des Églises et de l'État proclame, quant à elle, que « la République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions édictées ci-après dans l'intérêt de l'ordre public » (art. 1). Elle précise aussi que « la République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte » (art. 2). Le droit français est donc clair : le principe constitutionnel de laïcité est une obligation que la République s'impose à elle-même au bénéfice des citoyens et de leurs convictions ou obédiences. La laïcité prend acte de la diversité des citoyens et « exige de l'État qu'il respecte cette diversité en s'abstenant, dans son propre fonctionnement, d'afficher ou de privilégier une conviction »[35]. La laïcité française s'est donc imposée surtout « comme principe de droit public ou encore comme règle du jeu social »[36]. La tonalité dominante du concept juridique de laïcité en France est celle d'une neutralité des pouvoirs publics face à la pluralité des courants philosophiques et religieux.

Selon une interprétation fort répandue en France, cette conception va de pair avec une approche individualiste du phénomène religieux : l'État verrait dans la croyance une affaire purement privée et les activités religieuses seraient jugées étrangères à l'intérêt général. Ainsi, « l'expression publique du religieux doit demeurer relativement discrète » [37] et le devoir des religions et de leurs fidèles serait de faire un effort d'adaptation pour permettre la vie commune[38]. Pour certains auteurs, « la laïcité serait en quelque sorte le produit d'un 'modèle républicain' fermé à la pluralité culturelle et confessionnelle »[39] : autrement dit, un laïcisme républicain. Or, selon d'autres auteurs[40], une telle interprétation de la laïcité serait une erreur : elle n'imposerait pas de reléguer la religion dans la sphère privée. En revanche, ce serait le républicanisme qui requiert des individus « de sacrifier leurs appartenances pour se comporter en purs citoyens soucieux

---

République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. Son organisation est décentralisée. La loi favorise l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives, ainsi qu'aux responsabilités professionnelles et sociales. »

35 V. de Coorebyter, « Laïcité : la mauvaise réputation », *op. cit.*, p. 2.

36 J.-P. Martin, « Laïcité française, laïcité belge : regards croisés », *op. cit.*, p. 75.

37 *Idem*, p. 73.

38 B. Stasi, *Rapport au Président de la République*, Commission de réflexion sur l'application du principe de laïcité dans la République, 11 décembre 2003, p. 16, *in* http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000725.pdf .

39 J. Costa-Lascoux, « Laïcité, pluralité culturelle et confessionnelle », in « Dossier Laïcité », *Après-demain*, avril-mai 2001, n° 433-434, p. 95.

40 *Cf.* notamment V. de Coorebyter, « Laïcité : la mauvaise réputation », *op. cit.*, p. 3.

de l'intérêt général de la nation »[41]. En France, en effet, la démocratie républicaine repose sur la volonté générale des citoyens. La laïcité s'attache au « bien public » et à une volonté générale qui ne saurait être réduite à la simple addition de volontés particulières[42] : « elle s'oppose philosophiquement à une forme de logique d'équivalence des particularismes qui nie l'existence de valeurs communes »[43].

Selon le point de vue républicain, la société ne peut se baser sur un accord contractuel ou tacite entre diverses communautés sociologiques. Il s'agit d'une conception fondamentalement holiste (ou unitariste) de l'ordre juridique et politique, car le Tout prime sur les parties[44]. La Nation est « une et indivisible » : la société est plus que la somme des individus qui la composent[45], elle est une véritable communauté qui tend à l'unité du corps social et politique sous la forme de la volonté générale. Le respect des règles démocratiques procédurales ne suffit pas à la République, qui « veut autre chose, une conception partagée du vivre ensemble »[46]. Le modèle républicain tend ainsi à transcender « les particularismes religieux et philosophiques »[47], à minorer les facteurs de différenciation idéologique et philosophique et à les tenir éloignés des organes de consultation, de décision et de gestion de l'État. Son soucis principal est la cohésion sociale et l'unité[48].

Dans cette conception, la laïcité « entend émanciper l'individu de la tutelle de son groupe d'origine, retirer le symbole qui particularise là où doit s'imposer l'uniformité de l'égalité citoyenne »[49]. Un corollaire de cette vision est la méfiance[50] voire le refus à l'égard des corps intermédiaires perçus comme menaçant l'indivisibilité de la *Grande*

41 *Ibid.*, p. 3.
42 P. Hayat, « Laïcité et sécularisation », *Les Temps Modernes*, 1/2006 (n° 635-636), p. 329.
43 J.-Ph. Schreiber, « La laïcité dans tous ses États », in A. Dierkens et J.-Ph. Schreiber (ed. par -), *Laïcité et sécularisation dans l'Union européenne*, Éditions de l'Université de Bruxelles, CIERL, 2006, p. 15.
44 F. Gauthier, « Républicanisme vs libéralisme. Les régimes de laïcité et leur mise à l'épreuve », *Révue du Mauss*, 2017/1 n° 49, p. 273.
45 *Ibid.*, p. 273.
46 *Ibid.*, p. 275.
47 J.-P. Martin, « Laïcité française, laïcité belge : regards croisés », *op. cit.*, p. 73.
48 F. Gauthier, « Républicanisme vs libéralisme. Les régimes de laïcité et leur mise à l'épreuve », *op. cit.*, p. 274.
49 J.-Ph. Schreiber, « La laïcité dans tous ses États », *op. cit.*, p. 17.
50 J.-P. Martin, « Laïcité française, laïcité belge : regards croisés », *op. cit.*, p. 73.

Nation, ce qui mène à considérer les « groupes partiels et communautés de tout poil comme ennemis de la République »[51]. Ainsi, la laïcité à la française ne reconnaitrait que des individus[52] et se fonderait donc sur le face à face individu-État[53].

La conception « moniste » évoquée supra se manifeste également dans l'usage exclusif de la langue française et le manque de reconnaissance des langues minoritaires : comme le rappelle F. Ost, « la France révolutionnaire de 1789 a-t-elle lutté avec acharnement contre les dialectes et les patois qui, à cette époque, étaient assimilés à des résistances aux Lumières, dans la volonté de créer une nation, une République une et indivisible sur la base d'une langue unique »[54].

Malgré l'influence de différents phénomènes tels que la construction européenne, la mondialisation ou l'installation durable de communautés immigrées, l'idéologie de l'État français est encore ancrée dans cette vision. De plus, certaines forces politiques populistes, notamment d'extrême droite, ont récupéré la laïcité en son sens assimilationniste comme principe directeur non pas de l'organisation de l'État mais de la vie en France[55]. Ce système de pensée moniste est toutefois largement discuté et l'on constate des évolutions dans le débat social vers une interprétation pluraliste de la société[56]. Ces évolutions seraient d'ailleurs en ligne avec la « laïcité instituée par le droit », comme le démontrent les nombreux arrêts et jugements qui « annulent l'écrasante majorité des dispositions restrictives adoptées au nom d'une laïcité mal comprise »[57].

---

51 J.-P. Dubois, « La laïcité au défis du pluralisme culturel », in « Dossier Laïcité », *Après-demain*, avril-mai 2001, n° 433-434, p. 55.

52 P. Cabanel, « Le modèle laïque français est-il exportable ? », in A. Dierkens et J.-Ph. Schreiber (ed. par -), *Laïcité et sécularisation dans l'Union européenne*, *op. cit.*, p. 65.

53 J.-P. Martin, « Laïcité française, laïcité belge : regards croisés », *op. cit.*, p. 73.

54 F. Ost et N. Bary, « La traduction et le multilinguisme », *op. cit.*, p. 653-65.

55 V. de Coorebyter, « Laïcité : la mauvaise réputation », *op. cit.*, p.1-2.

56 *Cf.* entre autres « Dossier Laïcité », *Après-demain*, *op. cit.* Par ailleurs, plusieurs éléments dans le débat sociétal français nous parlent d'une remise en question, du moins partielle, de la vision évoquée ici : entre autre, nous retenons que dans un livre d'entretiens intitulé « La République, les religions, l'espérance », publié en 2004, Nicolas Sarkozy s'étendait longuement sur l'islam, en plaidant pour l'intégration de la religion musulmane dans la République et prônant une réforme de la loi de 1905 pour permettre la participation de l'État au financement des édifices cultuels. Le débat sur la laïcité revient de manière récurrente au cours de ces dernières années, notamment en lien avec les problématiques soulevées par la religion islamique et l'intégration des musulmans dans la République.

57 V. de Coorebyter, « Laïcité : la mauvaise réputation », *op. cit.*, p. 3.

Le rapport Stasi sur l'application du principe de laïcité[58] donnait en 2003 cette définition : « En articulant unité nationale, neutralité de la République et reconnaissance de la diversité, la laïcité crée par-delà les communautés traditionnelles de chacun la communauté d'affections, cet ensemble d'images, de valeurs, de rêves et de volontés qui fondent la République »[59].

En conclusion, « en France, l'esprit laïque est teinté d'esprit républicain qui valorise depuis la Révolution française l'unité de la Nation plutôt que la diversité des traditions, l'intérêt général plutôt que les appartenances catégorielles, l'universel plutôt que le singulier – ce qui n'incline pas à s'ouvrir à la différence. Il manque toujours aujourd'hui, en France, ce dont la Belgique s'est dotée sous la pression de son histoire : une culture du pluralisme »[60].

1.3 Le modèle italien : le « pacte social »

Lors de l'élection de l'Assemblée Constituante chargée d'écrire la première Constitution républicaine italienne en 1946, les deux composantes principales sont le parti catholique de la Démocratie Chrétienne (DC)[61], et le Parti Communiste Italien (PCI)[62] représentant le bloc socialiste. Il en résulte un texte exprimant un véritable « pacte social » entre ces deux tendances[63], un compromis parfois même contradictoire[64]. Dans l'histoire italienne récente, le courant de pensée libéral est resté élitaire et n'a jamais trouvé d'importante expression parlementaire[65].

---

58 B. Stasi, Rapport au Président de la République, *op. cit.*, p. 18.

59 *Ibid.*, p. 17.

60 V. de Coorebyter, « Laïcité : la mauvaise réputation », *op. cit.*, p. 8.

61 Democrazia Cristiana : démocratie chrétienne. *Cf. supra* note 28, Introduction.

62 Partito Comunista : parti communiste. *Cf. supra* note 29, Introduction.

63 Lors du débat en plénière pour la loi sur le testament biologique, un sénateur rappelle « le bon vieux temps » où les « grands partis notamment avaient l'habitude de dialoguer intensément entre eux et étaient surtout orientés vers le maintien d'un terrain partagé par la Nation. La Démocratie Chrétienne et le Parti Communiste ont toujours été attentifs à ne pas diviser notre communauté nationale et même les plus éloignés de la foi ont toujours respecté les racines chrétiennes de notre Nation ». Resoconto stenografico, *Atti Parlamentari*, Senato della Repubblica, XVII Legislatura, Seduta n. 914 (ant.) del 6 dicembre 2017, intervention de M. Sacconi.

64 Un cas symbolique est celui de l'art. 7 de la Constitution, qui établit à la fois la laïcité de l'État et constitutionalise les relations entre ce dernier et l'Église catholique par des accords internationaux spécifiques (aucun autre culte n'étant reconnu à un si haut niveau). *Cf. infra* dans ce même paragraphe pour plus de détails.

65 Le Parti Libéral Italien (Partito Liberale Italiano, PLI) obtient un résultat électoral fluctuant entre

L'accord constitutionnel, et peut-être plus encore, le processus qui y a conduit, ont contribué à instaurer la base de la démocratie consensuelle qui caractérise l'Italie. En raison d'un système de représentation à la proportionnelle (qui demeure purement proportionnel jusqu'en 1993, puis s'assortit d'un « prix majoritaire » pour la coalition gagnante à partir de 2005 avant d'être revisité en 2017 afin d'avoir 37% des élus selon une loi majoritaire et 60% selon une loi proportionnelle), « les multiples clivages sociaux trouvaient leur expression politique dans l'enceinte du Parlement, si bien que la représentation parlementaire s'en trouvait fragmentée »[66].

Sous certains aspects, la politique italienne ressemble à la « démocratie de la concordance » belge[67]. Dès l'Assemblée Constituante, la priorité est donnée à la fonction et aux procédures décisionnelles « inclusives »[68]. Bien que le grand parti d'opposition soit exclu du pouvoir jusqu'en 1996, le système politique recherche sans cesse le consensus : le PCI parvient ainsi à ce que sa base électorale et les intérêts politiques qu'il représente soient pris en compte[69]. La transparence passe au second plan. De nombreux choix politiques se font à huis clos, dans des comités parlementaires où les partis peuvent plus facilement négocier des compromis. « Comme en Belgique, le contenu des politiques publiques dépend plus de la négociation entre membres de l'élite que d'une mobilisation populaire ou d'un débat public »[70].

Même si conventionnellement l'opinion publique et le niveau politique aiment distinguer une « Première République » qui irait de 1948 à 1993, d'une « Deuxième République »[71] qui irait de 1993 à 2018, cette distinction ne nous convainc pas,

1,30% et 7,5% dans la période 1946-1994 (année de dissolution du parti) ; le Parti Radical (Partito Radicale, PR) obtient un résultat électoral fluctuant entre 1% et 3,7% dans la période 1955-1987. En 1988 le parti décide de ne plus se présenter seul aux élections. Il sera représenté au sein d'autres listes électorales.

66 J. Jenson et M. Sineau (Sld.), *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise*, *op. cit.*, p. 177.

67 *Ibid.*, p. 39.

68 *Ibid.*, p. 39.

69 *Ibid.*, p. 39.

70 *Ibid.*, p. 40.

71 On commence maintenant, plus timidement et sans consensus, à parler aussi de « Troisième République » à partir de 2018.

notamment du point de vue des changements systémiques. En effet, si cette distinction prend comme point de départ le changement de la loi électorale d'un système proportionnel pur à un système proportionnel avec correction majoritaire (cf. *supra*) pour affirmer la conséquente polarisation politique[72], nous considérons plutôt que, d'une « République » à l'autre, la grande fragmentation politique italienne s'est seulement déplacée à l'intérieur des coalitions. Preuve en serait la récente discussion d'un projet de réforme de la loi électorale à l'automne 2019 qui propose d'en revenir à un système proportionnel pur.

Depuis le temps, le débat politique et les positionnements n'ont pas beaucoup changé et ce jusque très récemment lors des élections législatives de 2013. Les partis catholiques ont obtenu et conservé la majorité parlementaire pendant des décennies ; le bloc socialiste est resté le seul grand interlocuteur avant de prendre part au Gouvernement à périodes alternées à partir de la fin des années 90 ; le courant libéral et laïc n'ayant, quant à lui, jamais obtenu un ancrage social suffisamment consistant.

Aujourd'hui, l'État italien se dit « laïc » tout en attribuant un rôle privilégié à l'Église catholique. En effet, l'article 7 de la Constitution proclame que « l'État et l'Église catholique sont, chacun dans son propre ordre, indépendants et souverains ». Néanmoins, le même article affirme aussi que « leurs relations sont régies par les Accords du Latran », des accords internationaux à tout effet[73]. Aucun autre culte ne jouit d'une reconnaissance à un si haut niveau. Il s'agit d'une contradiction qui donne lieu à des décisions difficiles de la Cour Constitutionnelle, notamment face à la réaction des minorités musulmanes ayant récemment immigré sur le territoire. Le compromis de 1946 montre ici ses limites vis-à-vis des évolutions sociales intervenues depuis lors. Le débat social et politique demeure, quant à lui, fort influencé par le Vatican, que ce soit dans les partis de droite comme de gauche. Seuls des partis très minoritaires revendiquent une approche philosophique de caractère laïc ou proprement libéral[74].

---

72 *Cf.*, entre autres, S. Fabbrini, « The transformation of the Italian democracy », *Bulletin of Italian Politics*, Vol. 1, n°1, 2009, 29-47.

73 « Lo Stato e la Chiesa cattolica sono, ciascuno nel proprio ordine, indipendenti e sovrani. I loro rapporti sono regolati dai Patti Lateranensi ».

74 Il s'agit notamment du PLI et du PR. D'autres petits partis de gauche se revendiquent aussi aujourd'hui de la laïcité, notamment le SEL, mais pas de manière aussi structurelle que ces deux partis.

Du point de vue linguistique et territorial, l'Italie se pose aussi comme un modèle unitaire. Les seules langues minoritaires reconnues par l'État italien sont celles présentes à la frontière avec les pays voisins. Il s'agit donc bien d'une reconnaissance des langues officielles des pays voisins et non de langues régionales. La Constitution de 1948 avait prévu la création de gouvernements régionaux, mais celle-ci n'a été mise en œuvre qu'avec la loi de 1960 et ce n'est qu'en 1970 que les Assemblées régionales ont été élues au suffrage universel direct[75]. Depuis, plusieurs réformes de l'autonomie régionale ont eu lieu et ce thème revient à l'agenda politique de manière quasi-récurrente. Actuellement l'Italie est un état « unitaire » incluant des formes d'autonomie régionale nuancées selon les régions.

Cet ensemble de facteurs entraîne une dialectique sociale relativement pauvre et conduit l'État à influencer les aspects les plus privés de la vie des citoyens. Mais surtout, elle emporte une tendance sociale à la « pensée unique », rendant difficile la conception des pouvoirs publics comme des sujets « tiers », impartiaux et au service des citoyens. Bien évidemment, des phénomènes nouveaux tels que les nouvelles immigrations et l'entrée dans l'agora électorale de partis antisystèmes (tel que le M5S[76]) contribuent, quoiqu'en douceur, à des évolutions du cadre social.

2 Un chemin commun vers la liberté individuelle, une amplitude distincte selon le pays

En prenant du recul par rapport à l'ensemble de la vie législative des trois pays étudiés sur la période de 1999 à nos jours, nous ne pouvons que constater un substantiel bond en avant généralisé en matière d'acquisition de droits pour le patient en fin de vie. La rapidité et l'étendue de cette évolution connaissent des nuances (même importantes) selon chacun des trois pays, mais en aucun cas la situation ne pourrait être considérée

---

75 J. Jenson et M. Sineau (Sld.), *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise*, *op. cit.*, p. 40.

76 Mouvement 5 étoiles : Movimento 5 Stelle (M5S), mouvement politique antisystème et populiste, qui se définit « ni de gauche ni de droite ». *Cf.* le Glossaire et *supra* note 420, Partie II, § 3.3.

comme immuable ou stagnante. Telle est déjà la première constatation d'envergure en conclusion de notre étude.

Dans les pages qui suivent, nous retracerons d'abord rapidement le chemin qui nous a conduit à l'état du droit positif en vigueur aujourd'hui dans les trois pays, en mettant en lumière ce qui a fait débat, les moments de rupture, les dénouements et les dynamiques sous-tendues, pour ensuite effectuer des réflexions comparatives concernant les éléments pertinents des différents équilibres atteints par les trois sociétés.

2.1 Des changements importants en l'espace de deux décennies

La Belgique a décriminalisé partiellement l'euthanasie (et, par analogie, le suicide médicalement assisté) en 2002, suite à un processus parlementaire entamé en 1999. En 2014, ce pays a ensuite finalisé l'extension de la législation sur l'euthanasie aux mineurs. La Belgique se trouve ainsi à la pointe en la matière, et ce faisant, compte, avec les autres pays du Benelux, parmi les pays les plus avancés dans la reconnaissance du droit à l'autodétermination en Europe et dans le monde dans le domaine de la fin de vie.

La France s'est dotée en 2005 d'une loi sur les droits du patient qui permettait déjà l'arrêt des traitements, la rédaction de directives anticipées et l'administration des soins palliatifs mais pas l'euthanasie, ni le suicide assisté. En 2016, ce pays a adopté une nouvelle loi renforçant les droits du patient en fin de vie, en rendant notamment les directives anticipées contraignantes et en établissant le droit à recevoir une « sédation profonde et continue » jusqu'à la mort sous certaines conditions.

En décembre 2017, l'Italie s'est dotée d'une législation qui ressemble grandement à la loi française de 2016. Avant cette loi, ce pays n'avait aucune législation spécifique sur la fin de vie. L'arrêt des soins était implicitement autorisé par la Constitution mais faisait l'objet de nombreuses affaires judiciaires. L'euthanasie et le suicide assisté étaient interdits et sanctionnés pénalement. Finalement, en septembre 2019, la Cour constitutionnelle italienne a partiellement dépénalisé l'aide au suicide à certaines conditions, tout en demandant instamment au Parlement de légiférer en la matière.

Revenons à présent sur les traits les plus saillants de ce processus de changement pour chacun des pays étudiés.

A. La Belgique

Le vent du changement commence à souffler en Belgique lors de la campagne électorale pour les élections législatives de 1999. Des prémisses sont posées par les déclarations de campagne des futures forces du Gouvernement (qui sera composé par les libéraux, les socialistes et les verts, représentant les deux communautés linguistiques)[77], qui s'opposent aux déclarations des social-chrétiens néerlandophones (CVP) notamment, qui demandent à reconduire le pacte des deux gouvernements précédents pour bloquer toute majorité de rechange en matière éthique, plus particulièrement concernant l'euthanasie[78]. Pour la première fois depuis 1958, les démocrates-chrétiens sont relégués dans l'opposition et l'accord de Gouvernement conclu entre les nouveaux partenaires au pouvoir change drastiquement de ton, allant jusqu'à parler de « rupture avec le passé »[79] en matière de questions éthiques : « Au lieu d'enfermer le débat dans le carcan de la solidarité gouvernementale et de le faire dépendre ainsi d'un consensus parmi les partis de la majorité, le parlement assumera pleinement ses responsabilités, et ce sur la base de la conscience individuelle et de l'intime conviction de chacun »[80]. L'euthanasie est dès lors explicitement mentionnée dans l'accord de gouvernement de 1999 comme thème à traiter au cours de cette législature. Il ne faut pas non plus sous-estimer l'aspect symbolique de ces législations, sensibles d'un point de vue éthique, dans la mise en œuvre d'une rupture avec une époque de domination des valeurs chrétiennes[81].

Il est donc tout sauf étonnant que les premières initiatives législatives portent sur ce sujet et que les partis de la coalition de Gouvernement serrent les rangs, tout en laissant

---

77 Les seules politiciens ne faisant pas de déclaration au sujet de la fin de vie sont les libéraux francophones.

78 *Cf. supra*, Partie II, § 1.2.3.4 et § 1.3.

79 *Cf. supra*, Partie II, § 1.3.

80 *Ibid.*

81 F. Judo, « La législation sur l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique : un train peut en cacher un autre », *op. cit.*, p. 70. Cet auteur remarque aussi comme ce phénomène s'est passé aussi aux Pays-Bas.

formellement l'initiative aux groupes parlementaires. Aussi, la durée du processus législatif (deux ans et demi) est suffisamment longue pour laisser la place nécessaire aux débats aux différents niveaux de pouvoir impliqués mais suffisamment courte pour ne pas tomber dans les écueils de l'inefficacité et des cercles réticulaires qu'impliquent parfois les navettes entre les deux Chambres parlementaires. Ainsi, comme il ressort des débats parlementaires, les facteurs déterminants qui permettent d'aboutir à une législation sur l'euthanasie en mai 2002 semblent être les suivants : premièrement, une nouvelle majorité gouvernementale et parlementaire suite aux élections de 1999 et, notamment, l'absence des partis sociaux-chrétiens dans les rangs du Gouvernement ; ensuite, l'évocation de valeurs qui expriment le pluralisme de la société et aident à unir dans la différence (autonomie personnelle et liberté individuelle, droit de choisir sans rien imposer à personne, solidarité sociale) ; enfin, l'utilisation d'un langage scientifique, qui apaise le débat et contribue à garantir une plus grande sécurité juridique. En outre, les forces majoritaires au-delà de se contenter de réunir la majorité nécessaire pour faire adopter une législation, font preuve de beaucoup de finesse et parviennent à élaborer des stratégies politiques telles que l'adoption, en parallèle de la loi sur l'euthanasie, de la loi sur les soins palliatifs, ce qui contribue à réduire les critiques du front opposé à l'euthanasie ; ou bien, le refus d'appeler la proposition de loi « proposition de la majorité gouvernementale » en forgeant l'expression « proposition des six auteurs », afin de réduire les clivages ; ou encore, l'expression d'un certain degré d'ouverture lors des délibérations et des amendements de compromis, même s'agissant des parties les plus importantes du texte, tel le choix de la décriminalisation de l'euthanasie par l'adoption d'une loi au lieu d'opter pour la décriminalisation par voie d'amendement au code pénal[82].

Ce n'est qu'à la fin de 2013 qu'un nouveau processus législatif est entamé afin de modifier la loi de 2002. Après onze ans d'application de la nouvelle loi et de débats sur les aspects qu'elle n'a pas pris en compte, on envisage d'étendre l'application de la loi aux mineurs. Le délai semble raisonnable, au regard notamment de la sensibilité de l'application d'une telle loi à une catégorie de personnes vulnérables telle que les mineurs. Dans la proposition de loi de 2013[83], on prévoit pour les mineurs, en plus des conditions

82 *Cf. supra*, Partie II, § 1.3.7.2.

83 Comme on l'a vu *supra* (Partie II, § 1.4.4), la proposition de loi du 26 juin 2013 est déposée par

générales établies par la loi de 2002, la nécessité de se trouver à un stade terminal de la vie et de faire état d'une souffrance physique. La seule souffrance psychique est donc considérée comme une raison insuffisante et par conséquent exclue des conditions (nécessaires et) suffisantes à déclencher la loi. Le texte est voté par les élus des partis N-VA, PS, MR, SP.A, Open VLD et Écolo, rejeté par ceux du CD&V, VB et CdH. Notons que cette majorité parlementaire ne coïncide pas avec la majorité gouvernementale du moment : le Gouvernement, entré en fonction le 6 décembre 2011, dirigé par le Premier ministre socialiste wallon Elio Di Rupo, est soutenu par le PS, le CD&V, le MR, le SP.A, l'Open VLD et le CdH. Une majorité de rechange intervient donc pour le vote de cet amendement. Le 28 février 2014, la Belgique boucle cette nouvelle évolution législative en adoptant la proposition.

En l'espace de 15 ans, la Belgique a d'abord adopté la loi cardinale sur l'euthanasie puis son amendement consistant à en élargir la portée. Dans les deux cas, il apparait que les majorités mobilisées (gouvernementale ou de rechange) ont été guidées principalement par des valeurs libérales. Les arguments se référant à une philosophie communautarienne ont été soutenus par les seules forces minoritaires, soit d'opposition à la réforme.

B. La France

L'évolution du droit positif français concernant les droits des patients en fin de vie commence par l'adoption, en 2002, de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[84], puis, elle se poursuit par petits pas progressifs avec l'adoption de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie[85], pour enfin aboutir à l'adoption de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie[86]. Il s'agit encore une fois d'un laps de temps d'environ 15 ans, toutefois, en regard de l'exemple belge, l'évolution est plus

des élus PS, SP.A, MR et Open VLD. Les changements par rapport à la loi de 2002 sont introduits par le biais d'un amendement déposé par une élue de la N-VA, après que sa formulation ait été peaufinée par le dépôt de deux amendements par les élus des PS, Open VLD, MR et SP.A.

84 *Cf. supra*, Partie I, § 2.3.

85 *Ibid.*

86 *Ibid.*

graduelle et espacée dans le temps, le contenu du droit positif adopté est de surcroit moins ambitieux en termes d'acquisition de nouveaux droits.

Jusqu'en 2002, la loi ne reconnaissait que des droits basiques et génériques aux patients, tel que le respect de leur dignité et de leur volonté. Grâce à l'adoption de la loi du 22 avril 2005, ces droits déjà établis sont précisés ou renforcés, parmi lesquels notamment le droit des malades à consentir ou à refuser un traitement ; aussi, la reconnaissance de la dignité des personnes sur le point de mourir est poussée jusqu'à introduire de nouvelles dispositions permettant au corps médical de « laisser mourir »[87] le patient dans certaines conditions. Á cette époque, nous demeurions toutefois dans le champ de la reconnaissance du droit de refuser ou d'interrompre un traitement : rien à voir encore avec le droit (ou la liberté) de mettre un terme à sa vie.

L'année charnière pour ce pays semble être 2012. L'élection présidentielle se tient au printemps et le candidat socialiste François Hollande indique parmi ses (60) engagements de campagne un « Engagement 21 » visant à ce que les patients puissent terminer leur vie dans la dignité, sous réserve de certaines conditions strictes. Lorsque François Hollande est élu Président de la République et que le Parti Socialiste, avec ses alliés, obtient la majorité absolue, les attentes sont importantes dans ce domaine. Rapidement nommée, une mission de réflexion sur la fin de vie envisage pour la première fois la possibilité de procéder à la sédation profonde ou encore au suicide assisté. S'ensuit le dépôt d'un grand nombre de propositions de loi par des élus de différents partis, qui ne connaitront cependant pas de suites positives ; puis, la publication d'un avis du Comité Consultatif National d'Éthique qui envisage la possibilité de la sédation profonde jusqu'au décès ; ensuite, l'organisation d'une Conférence des Citoyens qui conclut ses travaux en se prononçant en faveur du suicide assisté, sous certaines conditions.

Il faudra attendre 2014 pour que le Gouvernement confie à deux co-rapporteurs issus des deux partis politiques principaux (PS et UMP) la mission d'élaborer une proposition de loi concernant différents aspects de la fin de vie. Ainsi, en janvier 2015, la

[87] Ce sont les mots du Conseil national de l'ordre des médecins, *cf. supra,* Partie I, § 2.3.

proposition de loi Claeys-Leonetti est déposée à l'Assemblée nationale. Si le processus parlementaire ne dure que 13 mois malgré le nombre de navettes entre les deux Chambres du Parlement, cela s'explique avant tout par la pauvreté (notamment qualitative) du débat entre les élus, et par un cadre de jeu assez cadenassé au départ (comme le démontre la nomination des deux co-rapporteurs des partis opposés : une sorte de « grande coalition » *a priori*). La nécessité du « rassemblement », du consensus et de l'équilibre, est soulignée par tous les camps, de même que la volonté de réaffirmer les valeurs républicaines de liberté, d'égalité et de fraternité ainsi que le souhait de dépasser les clivages partisans. Les deux co-rapporteurs conviendront finalement avoir « cherché une convergence, à défaut d'un impossible consensus »[88]. Il résulte ainsi d'un vote à large majorité la consécration du droit de refuser tout traitement, y compris l'hydratation et la nutrition artificielles, et du droit de recevoir une sédation profonde et continue jusqu'à la mort, non seulement en phase terminale mais aussi en cas de refus du traitement qui engage le pronostic vital.

Les raisons d'un choix aussi consensuel reposent à notre avis sur trois éléments : d'abord, l'existence d'une majorité importante en faveur d'une autonomie individuelle marquée en fin de vie, même si cette conviction partagée n'est pas écrasante au point de dissiper toute crainte ; ensuite, la peur du Parti Socialiste de devoir affronter une fronde interne en cas de proposition trop clivante ; et enfin, en la crainte d'amplifier le conflit sociétal déjà attisé par l'approbation de la loi sur le mariage homosexuel. La stratégie du rassemblement est d'ailleurs la plus adaptée à la vision française de la société, selon laquelle le législateur se doit d'interpréter la volonté générale et le sentiment d'appartenance commune, sans jamais laisser trop de place à l'individualisme. Ainsi, entre respect absolu de la vie à tout prix et primat du choix individuel sur tout le reste, la sédation profonde et continue, qui est un soin palliatif, se pose comme un choix intermédiaire qui respecte, du moins en principe, tant l'interdit social de tuer que la liberté de la personne malade. Un choix tout à fait conforme à l'esprit républicain français, qui, pour en revenir à notre dialectique philosophique de référence, semble en mesure de conjuguer une certaine liberté, dans le droit à l'autodétermination, avec les valeurs de fraternité et de solidarité, plus liées à la société et donc à la communauté.

---

88 *Cf. supra*, Partie II, § 2.3.9.

C. L'Italie

Le parcours italien trouve probablement son originalité vis-à-vis des deux autres cas étudiés dans la mesure où la situation législative parait inamovible jusqu'en 2013 malgré un nombre important d'initiatives législatives, d'affaires judiciaires et de débats parlementaires. Les élections législatives de février 2013 marquent cependant un véritable moment charnière pour ce pays : le centre-gauche (le PD et ses alliés) et le parti antisystème M5S obtiennent (en additionnant leurs forces) la majorité parlementaire dans les deux Chambres du Parlement, malgré le fait qu'ils ne trouvent pas d'accord pour la formation du Gouvernement (qui sera par contre de « grande coalition »[89]). L'entrée au Parlement du M5S peut être considéré comme un élément perturbateur de l'immobilisme législatif de la période précédente, d'autant plus que ce mouvement n'a pas de positionnements clairement arrêtés à l'avance en matière de fin de vie et sort totalement des clivages traditionnels gauche/droite ou laïque/confessionnel. Ainsi, le choix du Gouvernement de rester en dehors de ce dossier et l'ouverture assez généralisée à des majorités de rechange ne sont pas controversés.

La ligne dictée par le parti de majorité relative (PD), qui obtient aussi la nomination d'une rapporteure venant de ses rangs, est celle d'un « droit en douceur » qui n'impose rien à personne et se base sur les valeurs d'autodétermination, de laïcité, de solidarité et de respect de la vie : un équilibre délicat entre principes de rang constitutionnel. On observe immédiatement, de par le contenu de la proposition de loi adoptée comme texte de base en commission parlementaire, que la majorité a soigneusement choisi de ne pas entrer dans le champ de l'euthanasie ou du suicide assisté, lui préférant la garantie des droits du patient tels le consentement informé, la possibilité de rédiger des directives anticipées et de nommer une personne de confiance : en gros, la majorité choisit de limiter l'intervention du Parlement à l'arrêt des traitements. Les forces

[89] Comme nous avons vu *supra* (Partie II, § 3.3), le Président de la République avait donné mandat à Enrico Letta (PD) de former un gouvernement de « grande coalition » avec le PDL. Le gouvernement était donc le résultat d'une alliance des deux partis principaux des deux coalitions (centre-gauche et centre-droit) à laquelle s'opposent toutefois leurs alliés respectifs. Le Mouvement 5 Etoiles, parti antisystème, était quant à lui resté en dehors des négociations pour la formation du Gouvernement.

qui guident le changement, tout en se montrant sensibles à la liberté individuelle et au droit à l'autodétermination du patient, offrent une approche particulièrement attentive à l'équilibre et à la médiation entre les différentes positions et opinions : la volonté de l'individu doit être compatible avec les exigences de la société. La philosophie communautarienne semble donc prévaloir dans une société qui n'a jamais eu, à son intérieur, de courant politique libéral important.

Si les travaux démarrent lentement et semblent initialement prendre une direction non controversée, un élément nouveau survient chez les voisins français : l'adoption de la loi Leonetti-Claeys en février 2016. À cette période, le Parlement italien est encore en train de procéder à l'adoption d'un texte de base en commission et d'en débattre les amendements. L'avènement de la loi française retient toute l'attention de la rapporteure et des principaux groupes politiques contribuant au travail parlementaire. L'idée de pouvoir recevoir une sédation palliative profonde et continue jusqu'à la mort fait son chemin et est finalement introduite par le biais d'un amendement de compromis impliquant non seulement les partis de la majorité parlementaire mais aussi le centre catholique et la droite libérale. En associant cette possibilité à celle de demander l'arrêt de tout traitement, y compris hydratation et nutrition, le texte de loi italien finalement adopté en décembre 2017 se rapproche énormément de la loi française de 2016.

Après l'adoption de la loi juste avant la fin de la législature, un autre élément nouveau se manifeste par le biais d'une affaire judiciaire qui va susciter l'effervescence et quelque part encore une fois via un élément en provenance de l'étranger. Des militants italiens pro-euthanasie amènent des patients en Suisse pour qu'ils y reçoivent l'assistance au suicide qu'ils demandent. L'un de ces militants, Marco Cappato, ancien parlementaire européen radical, s'auto-dénonce auprès du Tribunal de Milan et y est mis en accusation. Sur renvoi pour un contrôle de constitutionnalité, la Cour Constitutionnelle italienne, après avoir initialement refusé de statuer et donné (inutilement) au Parlement un délai pour légiférer en la matière, déclare finalement l'inconstitutionnalité partielle de l'article 580 du Code pénal (qui incrimine l'« instigation ou aide au suicide »). Par conséquent, depuis septembre 2019, l'aide au suicide d'une personne se trouvant dans certaines conditions de santé et se limitant à aider à l'exécution d'une décision prise librement par

la personne-même n'est plus punissable par le Code pénal.

Ainsi en Italie, si le mot de la fin en matière d'aide au suicide reste suspendu à une intervention du législateur – la Cour ayant d'ailleurs réitéré son invitation à légiférer sans attendre auprès du Parlement –, force est de constater qu'en l'état actuel des choses, un énorme bond en avant est intervenu dans ce pays en l'espace d'à peine six ans. Une vitesse vertigineuse, en comparaison de l'évolution repérable dans les deux autres pays étudiés.

2.2 Convergences et divergences dans les évolutions du contenu législatif

Nous souhaitons maintenant approfondir la comparaison des éléments pertinents des différents équilibres législatifs finalement atteints par les trois États en matière d'euthanasie et plus largement de fin de vie.

Si le droit positif des trois pays consacre pleinement le respect de la volonté du patient en fin de vie notamment en ce qui concerne la possibilité de rédiger des directives anticipées, de nommer une personne de confiance, de refuser tout traitement médical (y compris la nutrition et l'hydratation), ainsi que la possibilité de recevoir une sédation profonde et continue, des différences existent quant à l'étendue et la légitimité des autres actes en fin de vie.

Si nous considérons *l'euthanasie* proprement dite, parmi les trois pays examinés, seule la Belgique l'a décriminalisée partiellement. L'euthanasie reste strictement et pénalement interdite en France et en Italie.

En revanche, *l'assistance au suicide*, est partiellement décriminalisée (implicitement et par analogie) en Belgique, partiellement dépénalisée par voie judiciaire en Italie et pénalement interdite en France.

La *sédation terminale* a, quant à elle, une signification différente dans les trois

pays. D'un côté, elle est autorisée en Belgique en vertu du fait qu'elle y est considérée tout simplement comme un soin palliatif applicable lors du stade terminal. De l'autre côté, en France et Italie, la sédation terminale a été récemment autorisée de manière explicite[90] par la loi (respectivement en 2016 et 2017) et dans les deux cas cette méthode est apparue comme un choix de compromis (ou de repli) afin de permettre de « laisser mourir » sans toutefois « faire mourir ». En d'autres termes, là où l'on ne voulait pas renoncer à la réaffirmation de l'interdit de tuer, l'on a préféré réglementer la possibilité de choisir la sédation profonde et continue jusqu'à la mort à la demande du patient, associée à l'arrêt de tout traitement médical.

L'étendue des droits et libertés concernant les différents actes possibles en fin de vie pourrait donc être résumée comme suit :

/	euthanasie	suicide assisté	sédation terminale
Belgique	Oui	Oui	Oui
Italie	Non	Partiellement	Oui
France	Non	Non	Oui

Quant aux différentes techniques législatives utilisées, si la loi belge pour ce qui est de l'euthanasie (et par analogie du suicide assisté) procède à une *décriminalisation* (partielle) de droit pleinement conforme à la définition doctrinale que nous avons postulé au départ (« le processus tendant non seulement à la suppression de l'application de toute sanction pénale à l'égard d'un comportement déterminé, mais encore à la suppression de son statut même de « crime » (au sens large), c'est-à-dire d'infraction pénale »[91]), la loi française procède quant à elle, à une simple *réglementation* de la pratique de la sédation terminale (« la reconnaissance d'un droit à l'accomplissement d'un comportement, mais

[90] La sédation palliative était déjà possible en France selon la loi Léonetti de 2005 et en Italie en vertu de la loi de 2010 sur les soins palliatifs, toutefois elle n'y était pas prévue spécifiquement comme sédation terminale (ou profonde et continue jusqu'à la mort).

[91] M. van de Kerchove, *Le droit sans peines. Aspects de la dépénalisation en Belgique et aux États-Unis, op. cit.,* p. 311.

dont l'exercice est assorti de conditions plus ou moins restrictives »[92]), par le biais de l'affirmation de l'obligation du médecin de respecter la volonté du patient[93].

La loi italienne crée une situation juridiquement moins claire à l'égard de la sédation terminale. Le texte de la loi intervient dans un domaine ravagé par une jurisprudence controversée et des affaires médiatisées dramatiques[94]. La loi ne se borne pas à réglementer un comportement qui était déjà légitime sur base de l'article 32 de la Constitution (du moins selon une partie de la doctrine), mais ajoute un alinéa qui « exempte de la responsabilité civile ou pénale » le médecin qui met en œuvre la volonté du patient (Article 1, alinéa 6). Si, en effet, le droit de refuser un traitement avant qu'il ne soit entamé ne faisait aucun doute (sur base de l'article 32 de la Constitution), le droit d'arrêter un traitement en cours notamment à l'aide du personnel médical ne faisait sûrement pas l'unanimité, en doctrine comme en jurisprudence. Et ceci faute de mise en œuvre de l'article 32 de la Constitution dans la législation secondaire. D'où le besoin ressenti par le législateur d'établir, noir sur blanc et une fois pour toutes, que ce comportement est légal.

La classification juridique de cette mesure est toutefois complexe : l'on pourrait la définir comme une exemption légale (suivant le choix terminologique du législateur italien) ou, pour revenir à une terminologie plus établie[95], comme une *règlementation*, ou encore comme dépénalisation d'une pratique incriminante (puisque le comportement visé avait été incriminé par une partie de la jurisprudence). Quant à l'intervention de la Cour constitutionnelle italienne, il ne fait pas de doute qu'il s'agit d'une partielle *dépénalisation* du suicide assisté. Bien évidemment, cela ne préjuge pas des choix (même différents) que le législateur italien pourra faire pour donner suite à l'arrêt.

3 Le rôle du droit pénal et des principes juridiques mobilisés

Nous allons maintenant essayer d'expliquer les évolutions que nous venons de

92 *Ibid.*, p. 314.
93 Art. L. 1111-4 du code de la santé publique.
94 *Cf. supra*, Partie II, § 3.2.2.2.
95 *Cf. supra*, Introduction.

voir et de comprendre les raisons des différences de législations produites par les trois pays étudiés. Pour ce faire, nous analyserons le rôle de différents facteurs dans ce mouvement de réforme : tout d'abord l'éthique de l'intervention pénale, puis les principes juridiques mobilisés et le langage utilisé par le législateur, pour terminer avec les rapports de force électoraux et les stratégies des partis politiques. Nous évaluerons dans un second temps l'impact de chacun de ces facteurs.

3.1 Criminalisation *versus* décriminalisation et pluralisme

Nous allons maintenant porter notre attention sur le rôle du droit pénal dans nos sociétés et notamment sur l'éthique de l'intervention pénale (ou éthique de la criminalisation) soit les raisons qui justifient les sanctions pénales. Pour ce faire nous nous appuierons principalement sur l'œuvre de Michel van de Kerchove.

Nous constatons d'abord que, historiquement, dans les sociétés dites archaïques de même que dans certaines sociétés religieuses plus proches de nous, l'on assiste « à une véritable coïncidence entre ce qui est 'immoral' et 'criminel', entre l'existence d'une responsabilité morale et pénale »[96]. Dans ces sociétés la distinction même du droit et de la morale ne semble pas toujours possible car l'on n'y identifie pas « de façon distincte droit, morale et religion »[97] : ce qui nous parait bien conforme au point de vue communautarien tel que décrit *supra*.

Ceci n'est bien évidemment plus le cas des sociétés contemporaines de l'Europe occidentale, où, au contraire, l'un des axiomes de l'état de droit pluraliste est la distinction entre le droit et la morale[98]. Toutefois, selon le courant du moralisme juridique, « la société est tenue ensemble par les liens invisibles d'opinions communes et l'existence d'une morale commune fait partie de ces liens »[99]. Si l'on se pose alors la question de

96 M. van de Kerchove, *Le droit sans peines. Aspects de la dépénalisation en Belgique et aux États-Unis, op. cit.,* p. 438.
97 *Ibid.*, p. 438.
98 F. Judo, « La législation sur l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique : un train peut en cacher un autre », *op. cit.*, p. 76.
99 M. van de Kerchove, *Le droit sans peines. Aspects de la dépénalisation en Belgique et aux États-Unis, op. cit.,* p. 445.

l'intensité du consensus qu'une morale est supposée avoir pour mériter d'être qualifiée de collective, « nombreux sont les auteurs qui ont souligné qu'un tel consensus ne saurait exister en présence de positions sociales nettement divergentes »[100].

Or, dans nos sociétés, les morales sont « diverses »[101], ou plurales, « non seulement d'une société à l'autre, mais encore au sein d'une même société »[102]. Cette diversité « tient aussi et surtout peut-être à un rétrécissement de cette morale collective elle-même et à son fractionnement progressif en une pluralité de morales sociales segmentaires se distribuant selon les clivages »[103] les plus différents (âge, classe sociale, religion, etc.). Bien souvent, ces de morales différentes ne reflètent pas non plus de manière distincte les différentes fractions de la population évoquées. La diversification et la pluralité se déploient (et s'intercalent) donc à différents niveaux.

Si nous observons maintenant comment le droit pénal se pose par rapport à ce fractionnement moral et donc au pluralisme moral, nous constatons que « l'image actuelle du droit pénal est loin d'illustrer la conception du 'minimum moral', compris comme l'ensemble des valeurs morales auxquelles tout individu est susceptible d'adhérer. S'il est évidemment probable qu'un certain nombre de dispositions pénales réponde effectivement à cette idée, il semble au contraire que l'immense majorité d'entre elles dépasse de loin ce minimum et interdise des comportements qui ne sont pas considérés comme moralement condamnables par des fractions importantes de la communauté »[104]. Nous considérons que ceci est particulièrement vrai dans les domaines éthiquement sensibles de l'intervention pénale, telle la fin de vie. Paradoxalement, il apparait que dans le passé « loin d'avoir freiné le développement du droit pénal, cette fragmentation de la conscience morale collective est peut-être l'une des sources les plus importantes de l'inflation pénale que nous connaissons à l'heure actuelle »[105]. Ce constat nous interpelle.

---

100 M. van de Kerchove, « L'État et la morale. Pour une éthique de l'intervention pénale », in *Annales de droit de Louvain*, t. XLVI, n°3, 1986, p. 203.
101 *Ibid.*, p. 192.
102 *Ibid.*, p. 192.
103 *Ibid.*, p. 192-3.
104 *Ibid.*
105 *Ibid.*, p. 193-4.

Nous souhaitons dès lors focaliser notre attention sur les processus de décriminalisation ou dépénalisation de certains comportements reflétant le pluralisme moral, notamment aux vues des évolutions culturelles, éthiques et sociétales de ces dernières décennies. En effet, la règle pénale « ne constitue pas a priori le véhicule obligé, ni même souvent le plus adéquat, des convictions morales, même si celles-ci sont partagées par l'ensemble de la société. (...) Encore faut-il admettre que cette immoralité doit jouir d'un consensus social réel – ou à tout le moins d'une absence de dissensus – et ne fasse pas l'objet, comme c'est trop souvent le cas à l'heure actuelle, d'un conflit éthique plus ou moins radical »[106]. Un tel consensus est donc nécessaire, non seulement à l'efficacité du système pénal mais aussi à sa légitimité dans le cadre d'une société pluraliste[107].

On peut donc considérer que, dans un cadre sociétal qui évolue par rapport au passé, le pluralisme moral puisse aboutir à un « rétrécissement de la morale collective »[108] et qu'un principe moral de tolérance largement partagé sur le plan social puisse aboutir à ce que certains comportements ne soient plus collectivement condamnés[109]. Cela découle des principes de protection des droits de l'homme et de l'État de droit[110] : si l'on reconnait que l'individu est libre d'adopter « tout comportement – même immoral – qui ne nuirait pas à autrui »[111] (un des principes de base de la philosophie libérale) et que l'« existence même de l'État de droit est essentiellement liée à la reconnaissance de ces différentes prérogatives qui constituent autant de limitations à l'intervention de l'État en matière répressive »[112], la mobilisation de ces principes et valeurs fondamentales pourrait légitimement justifier la dépénalisation/décriminalisation de certains comportements.

Nous allons donc maintenant approfondir le rôle que peuvent jouer ces principes dans le contexte des politiques pénales.

106 *Ibid.*, p. 206.
107 *Ibid.*, p. 206.
108 *Ibid.*, p. 203.
109 *Ibid.*, p. 203.
110 *Ibid.*, p. 208.
111 *Ibid.*, p. 208.
112 *Ibid.*, p. 208.

3.2 La liberté individuelle et les autres droits humains

L'autonomie individuelle a été de loin la valeur la plus mobilisée par les partisans de la dépénalisation/décriminalisation de l'euthanasie lors des débats parlementaires dans chacun des trois pays. Nous n'en sommes pas surpris, puisque nous convenons avec Michel van de Kerchove que « la réussite d'une stratégie de dépénalisation radicale ou de légalisation de certains comportements exige, dans de nombreux cas, une mobilisation morale autour de valeurs autres que simplement formelles, susceptibles de bénéficier d'un consensus social suffisant » [113] et que le respect de l'autonomie de la personne et la liberté individuelle semblent constituer les valeurs matérielles les plus aptes à remplir cette fonction, « d'autant plus qu'elles paraissent être au fondement même d'une société de type pluraliste » [114].

Au Sénat belge, comme nous l'avons vu précédemment, les valeurs de l'autonomie personnelle et de la liberté individuelle dominent les débats parlementaires qui se tiennent entre 1999 et 2002. Du côté des élus de la majorité gouvernementale, et plus généralement du camp laïque, l'autonomie individuelle est citée, d'une part, comme le fil conducteur au fondement de toute réflexion concernant la fin de vie et, d'autre part, comme « option prioritaire » sur le plan philosophique[115]. Selon ces mêmes élus, la proposition de loi, dite « libératrice »[116], rendrait chacun libre de choisir ce qu'il préfère et n'obligerait jamais quiconque à choisir quoi que ce soit. En conclusion, les élus de la majorité réaffirment qu'« il s'agit de légiférer, non pas pour obliger ni pour interdire, mais pour permettre »[117], que « cette loi offre une liberté, elle n'impose aucune obligation. Elle traduit en fait la seule option qui permette à chacun de rester fidèle à sa propre éthique. Elle n'entend pas faire valoir une conception de la vie et de la mort sur une autre tout aussi respectable. En fait, elle définit simplement une nouvelle liberté, essentielle,

113 M. van de Kerchove, *Le droit sans peines. Aspects de la dépénalisation en Belgique et aux États-Unis, op. cit.*, p. 433.
114 *Ibid.*, p. 433.
115 *Cf. supra*, § 1.3.3.4.1.
116 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport élaboré au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 120.
117 Intervention de Ph. Monfils, *ibid.*, p. 285.

fondamentale. (...) Elle se contente de dépénaliser un acte résultant de la rencontre de deux libertés »[118].

Du point de vue philosophique, nous sommes ici dans une approche pleinement libérale. Ainsi, le choix des sénateurs de la majorité de baser principalement leur argumentation sur ce paradigme philosophique se révèle gagnant. Ce choix stratégique est d'autant plus performant qu'il est couplé avec une autre valeur fondamentale : une vision pluraliste de la société et de l'État. Il s'agit ici de jouer avec les deux faces d'une même pièce [119] : cette conception réaffirme d'un côté, le droit de la personne à choisir librement de sa vie et de sa mort et à donner par elle-même la meilleure interprétation de ce qu'est sa dignité (vision individualiste) ; d'un autre côté, elle exprime le choix de faire coexister dans la société une pluralité d'options philosophiques, sans déterminer laquelle devrait l'emporter ni permettre que l'une s'impose sur les autres[120] (vision pluraliste).

Dans le débat au Parlement français, à l'inverse, les partisans de l'euthanasie, de gauche comme de droite, se réfèrent à la devise républicaine « Liberté, Égalité, Fraternité » ainsi qu'à l'idée d'une « République laïque », plutôt qu'à l'autonomie individuelle en tant que valeur autonome. C'est donc la « triade » qui est mentionnée, tel un ensemble que l'on ne saurait scinder et qui ne peut exister que dans le cadre de la République laïque. Nous trouvons alors aussi la référence à l'idéal de la fraternité (soit de la solidarité et de l'humanité) invoquée par les partisans de l'euthanasie. La distance entre l'approche libérale et certains arguments typiquement communautariens semble ici, du coup, se réduire : la liberté n'est plus opposée à la fraternité, les deux valeurs se retrouvent (ensemble avec l'égalité) placées au même rang et également en mesure de contribuer à une certaine idée de société. Par ailleurs, Jean Leonetti, qui ne peut certainement pas être considéré comme un partisan de l'euthanasie, soutient l'idée d'un équilibre entre les valeurs républicaines susmentionnées, à l'instar de la Ministre (socialiste) de la Santé[121].

---

118 D. Bacquelaine, *Compte rendu intégral du jeudi 16 mai 2002 à 18h05*, Ch., précité, p. 35.

119 *Cf. supra*, § 1.3.3.4.1C.

120 *Ibid.*

121 *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016*, AN, XIV Législature, 2015-2016, J.O. Année 2016 – N° 9 A.N. (C.R.). La Ministre affirme notamment que « rassembler, c'est aussi, par-delà les frontières partisanes, décliner les valeurs de la République : la liberté – pouvoir choisir –, l'égalité – l'accès de tous les Français à ce droit nouveau –, la fraternité – qui nous permet à la fois humanité, bienveillance et respect à l'égard des malades ».

Quant à l'Italie, pendant le processus législatif qui mène à l'adoption de la loi, de nombreux élus soutiennent le principe de l'autodétermination et le présentent comme le fondement de la législation à adopter, que ce soit dans le débat, au moyen d'une rhétorique forte[122], ou dans la justification de certaines propositions de loi qui seront jointes à la procédure principale. C'est notamment le cas de la proposition Nicchi[123], où les mots sont très clairs et ouvertement inspirés des valeurs libérales : « la démocratie est telle si on a du respect pour la liberté et si, face à une opposition entre deux thèses ou à un conflit de valeurs, comme dans le cas du thème de la fin de vie, on ne fait pas recours à la 'criminalisation' d'une des deux mais, au contraire, on les aide à vivre ensemble dans le respect réciproque. Démocratie, et donc laïcité, c'est la reconnaissance des diverses sensibilités (…). Les lois sur le divorce et sur l'avortement (…) sont des lois d'un État laïque, qui n'imposent rien à personne, mais qui se sont bornées à reconnaitre des libertés, des droits et des opportunités seulement à ceux qui souhaitent s'en prévaloir. C'est bien ce concept de laïcité que notre proposition de loi prend comme 'étoile du Nord' »[124]. La proposition Brignone[125] peut également être citée en exemple.

Ce sont toutefois des positions minoritaires dans l'Hémicycle, car d'autres interventions soulignent en revanche l'importance de l'autodétermination en relation avec d'autres principes (à l'instar du débat français que l'on vient de rappeler). Ainsi Mme Lenzi, rapporteure, considère que les différents principes constitutionnels (solidarité, autodétermination, droit à la vie) sont hiérarchiquement équivalents et consacre son discours à la nécessité de trouver un équilibre entre les valeurs en jeu[126]. Aussi, l'idée de n'imposer à personne les convictions de certains, idée corollaire au principe de la liberté

122 *Cf. supra*, notamment Partie II, § 3.3.2.2.1.

123 Proposta di legge Nicchi ed altri, Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di volontà per i trattamenti sanitari, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 2264, 2 aprile 2014. Mme Nicchi est élue dans les listes du parti SEL (Gauche Écologie Liberté - rouge-vert).

124 *Ibid.*, p. 1-3.

125 Proposta di legge Brignone ed altri, Modifiche al codice civile in materia di consenso informato, di dichiarazione anticipata di volontà sui trattamenti sanitari e di testamento biologico, nonché istituzione della banca di dati telematica nazionale dei testamenti biologici, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, C. 3599, 11 febbraio 2016.

126 *Cf. supra*, Partie II, § 3.2.2.2.1.

individuelle, revient maintes fois dans la bouche des élus soutenant la proposition de loi. Les opposants à la proposition de loi soulignent plutôt les limites du principe de l'autodétermination, au nom de la nécessité de « relation »[127] ou même de la nécessité d'interpeller « la communauté entière, la société » [128] : des valeurs typiquement communautariennes.

L'affirmation de la liberté individuelle et du droit à l'autodétermination apparaissent comme les principes juridiques les plus puissants pouvant faire fonction de levier pour une dépénalisation/décriminalisation de l'euthanasie. Revenant donc à notre question de départ, nous pouvons répondre avec davantage d'assurance que : oui, les droits fondamentaux à l'autodétermination et à la liberté individuelle peuvent à juste titre être considérés comme des leviers au soutien d'une stratégie de décriminalisation/dépénalisation à l'intérieur d'une société pluraliste où les « morales » sont nécessairement plurielles et fragmentées.

Ce rôle de levier peut néanmoins être rempli aussi par d'autres droits humains, puisque l'état de droit, tel que nous le connaissons aujourd'hui, dans un contexte d'évolution des mentalités et des valeurs de nos sociétés, devrait limiter l'intervention répressive aux comportements qui nuisent à autrui ou qui sont, à la limite, consensuellement reconnus comme nuisibles à la société toute entière (relevant de ce fait d'une morale collective non fragmentée). Or, comme nous l'avions signalé en introduction, il ne faut pas oublier que l'objet de notre étude est le droit spécifiquement applicable aux personnes qui se trouvent dans une condition de souffrance particulière et donc dans une condition différente de celle de tout autre sujet de droit. Les « droits malheureux »[129], soit les droits fondamentaux de la personne malade, sont une source de légitimation bien plus forte pour une intervention de décriminalisation/dépénalisation radicale. Parce qu'ils s'appliquent à une personne se trouvant en stade terminal ou à une personne dépendant d'un appareil de survie, ces droits fondamentaux du patient

127 Resoconto stenografico dell'Assemblea, *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, XVII Legislatura, Seduta n. 758 di lunedì 13 marzo 2017, intervention de M. Palmieri.
128 *Ibid.*, *intervention de* Mme Roccella.
129 M. Donini, La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale, *op. cit.*

légitiment une démarche bien différente du législateur et ce, indépendamment de son approche philosophique habituelle vis-à-vis des droits et libertés. Il va de soi qu'un contexte de souffrance comme celui du malade en fin de vie demande aux pouvoirs publics bien plus qu'une « inaction neutre », qu'un « non-interventionnisme » de type libéral classique : la situation de départ n'est pas égale pour ces personnes, qui demandent (légitimement) la solidarité de la société pour remédier à une situation défavorisée ou de vulnérabilité. Ceci demeurera vrai en tout cas pour autant que le législateur continue à considérer la situation objective du malade comme un élément justifiant la décriminalisation/dépénalisation.

3.3 Le besoin de sécurité juridique

En examinant les éléments de langage employés par le législateur et leur lien à l'intervention pénale, il apparaît que le besoin de sécurité juridique, tant pour le patient, que pour le médecin et la société dans son ensemble, est au cœur des préoccupations du législateur et ce, qu'il l'exprime de manière explicite ou implicite. Ce besoin emporte avec lui le recours à un langage clair et scientifique, du moins lorsque l'on cible l'adoption d'une législation décriminalisant l'euthanasie (comme nous le verrons *infra*). A l'inverse, il revient le plus souvent aux opposants de la décriminalisation/dépénalisation de l'euthanasie de souligner l'importance de la dimension symbolique du droit pénal.

En Belgique, le besoin de sécurité juridique a été un moteur fondamental de l'intervention législative pour décriminaliser l'euthanasie et il a été explicitement affiché lors des débats, ainsi que dans les justifications des propositions de loi. Cette motivation se retrouve en toile de fond de presque toutes les propositions, y compris celles déposées avant 1999[130], de même que dans les interventions d'experts lors du débat de 1997 ou dans l'avis du Comité consultatif de bioéthique de la même année[131]. Lors du débat sur la proposition de loi de 1999, la plupart des élus motivent l'opportunité d'intervenir dans le Code pénal notamment par le besoin d'une plus grande sécurité juridique. C'est le cas de la majorité gouvernementale et d'autres élus qui considèrent que « cette technique est la

130 *Cf. supra*, Partie II, § 1.2.3.1.
131 *Cf. supra*, Partie II, § 1.2.3.2.

seule à offrir une sécurité juridique suffisante »[132]. Ils sont convaincus que « seule la modification de la loi pénale apportera la sécurité juridique »[133].

Or, il est surprenant de constater à ce stade, qu'en France, cet argument n'est même pas mentionné lors du processus d'adoption de la loi de 2016. Nous avons déjà remarqué la pauvreté du débat philosophique et politique au cours de ce processus législatif, cependant, nous soulignons aussi à présent l'absence totale de prise en considération explicite du besoin de sécurité juridique de la société. Ce besoin ne semble pas être la préoccupation principale des élus français qui travaillent à la loi en question.

Pour le troisième pays étudié, l'Italie, la constatation est plus nuancée dans la mesure où l'argument n'est pas du tout explicité sur la scène politique. Toutefois, l'histoire jurisprudentielle récente qui obligeait les malades à aller en justice pour demander la mise en œuvre des droits garantis par la Constitution, a suscité une demande de sécurité juridique, sollicitant l'intervention du législateur et se trouvant à la base de la plupart des propositions de loi ultérieures. Par ailleurs, les proches de ces malades ont continué à faire campagne pour l'adoption d'une loi, y compris après le décès des malades, ravivant dans l'esprit du grand public les raisons concrètes à l'origine de l'intervention législative. Les noms de Welby et Englaro resteront à ce titre gravés dans la mémoire des italiens, indépendamment de leur position sur le sujet. Le besoin de sécurité juridique était donc omniprésent dans la sphère publique, entre autres du fait des (fortes) sollicitations des médias et de l'opinion publique, la question étant ainsi constamment rappelée à l'esprit du législateur.

Comment alors comprendre cette mobilisation différenciée de l'argument de sécurité juridique d'un pays à l'autre ? Si nous regardons d'un peu plus près, un élément d'explication est sans doute que l'argument relatif à la nécessité de garantir une plus grande sécurité juridique va de pair avec la proposition de décriminaliser l'euthanasie (comme dans le cas belge) ou avec la proposition de réglementer une pratique qui ne l'est pas encore (l'arrêt de traitement pour le cas italien). Dans ces deux cas, l'argument est

132 Déclaration de Ph. Monfils, *cf. supra*, Partie II, § 1.3.3.4.2.
133 *Ibid.*

pertinent à mobiliser, en appui à une intervention du législateur qui, par la décriminalisation ou la réglementation, contribue à renforcer la sécurité juridique. Dans le cas français en revanche, l'intervention du législateur ne change pas d'éléments substantiels du cadre juridique et ne prévoit pas d'éléments de nature à renforcer la sécurité juridique. Le texte introduit même la sédation terminale, dont l'avantage principal n'est sûrement pas l'apport d'une plus grande sécurité juridique. Ceci pourrait expliquer pourquoi cet argument n'est pas utilisé dans le débat français.

Un deuxième élément expliquant la mobilisation de l'argument de la sécurité juridique est l'existence du fossé entre la loi formelle et son application. Cet élément semble déterminant. Ainsi, par exemple, dans le processus législatif belge, la proposition commune de la majorité prend comme point de départ justifiant une intervention législative, le fait que « des euthanasies sont pratiquées quotidiennement »[134] malgré l'interdit pénal. Les auteurs prennent note d'une « rupture entre la loi pénale et le réel qui entame l'autorité de la loi »[135] et appelle à une intervention du législateur. Lors du débat parlementaire, certains membres s'expriment en faveur d' une réforme du Code pénal, en se basant plus précisément sur les contradictions existantes entre la législation et la pratique : l'euthanasie serait une pratique existante[136] malgré l'interdiction de la loi.

Nous ne sommes donc plus étonnés de constater que dans le débat au Parlement français, ce même raisonnement n'est explicité que lors du débat sur la proposition de loi Valls de 2009 visant à introduire une forme de décriminalisation de l'euthanasie. Certains intervenants affirmaient l'existence d'une hypocrisie en fin de vie : « l'euthanasie est en réalité, et depuis longtemps, une pratique courante dans de nombreux centres de soins. On estime ainsi que plusieurs milliers de malades bénéficient chaque année d'une aide à mourir. Dans la grande majorité des cas, cette violation de l'interdit est jugée avec mansuétude par le corps judiciaire »[137]. Face à ces considérations, les partisans de

134 Ph. Mahoux, J. Leduc, Ph. Monfils, M. Vanlerberghe, M. Nagy et J. De Roeck, Proposition de loi du 20 décembre 1999 relative à l'euthanasie, précitée.

135 *Ibid.*

136 *Cf. supra*, Partie II, § 1.3.3.4.2 et notamment la Proposition de loi relative à l'euthanasie, Rapport fait au nom des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales par Mmes Laloy et Van Riet, 9 juillet 2001, précité, p. 105, p. 209, p. 252 et p. 408).

137 *Cf. supra*, Partie II, § 2.1.2.4 et notamment le *Compte rendu intégral du jeudi 19 novembre 2009, première séance*, AN, précité, p. 9599, intervention de Manuel Valls.

l'euthanasie affirmaient un « refus de l'hypocrisie »[138] et incitaient à l'action : « le temps est désormais venu d'agir »[139]. Des tons par ailleurs très semblables à ceux qu'on a vu en Belgique.

Nous pouvons donc en déduire que certains arguments sont mis en avant dans le seul but d'être clairement instrumentalisés. Les élus se basent principalement sur le but de l'intervention proposée en mettant l'emphase sur la distance entre la réalité et le droit lorsqu'elle est utile au soutien de la décriminalisation, au lieu de (vice-versa) proposer alternativement une solution législative sur base de la situation constatée et des arguments développés.

Ainsi nous pouvons récapituler comme suit :

	SECURITE JURIDIQUE comme motivation	DIVERGENCE réalité/droit comme raison
BE	OUI	OUI
FR	NON	NON (sauf...)
IT	NON (mais...)	NON

Ceci signifie que, si la sécurité juridique est une motivation amplement soulignée en Belgique et que la distance entre la réalité et la loi en est la raison invoquée, ces deux éléments ne sont jamais invoqués en France, sauf lorsqu'on essaie de promouvoir une proposition de loi visant la décriminalisation de l'euthanasie. Par ailleurs, en Italie, ces éléments résident en toile de fond comme justification, non pas pour demander l'euthanasie, mais pour légitimer l'arrêt de traitement, sans jamais pour autant être explicités.

3.4 Décriminalisation/dépénalisation et langage

La question de la qualité du langage utilisé par les élus dans les trois pays étudiés

138 *Ibid.*, p. 9599.
139 *Ibid.*, p. 9610, intervention de Dominique Orliac.

concernant les questions relatives à la fin de vie a émergé tout au long de nos recherches comme un point d'une pertinence particulière. Nous croyons que la qualité du langage utilisé, que ce soit en termes de précision scientifique ou juridique, ou, de façon plus générale, de sa clarté et de son manque d'ambiguïté, est non seulement un aspect méritant d'être observé mais également un élément contribuant, de surcroit, à déterminer l'adoption d'une certaine législation.

En Belgique, avant le processus législatif ayant conduit à l'adoption de la loi de 2002, l'on pouvait constater une certaine confusion concernant la terminologie et les définitions à utiliser dans ce domaine[140]. Les définitions, d'euthanasie ou de suicide assisté par exemple, n'étaient pas claires et certains concepts imprécis (« euthanasie passive », « euthanasie négative », etc.)[141] étaient utilisés dans les débats de manière à alimenter la confusion. Le Comité consultatif de bioéthique avait même analysé les différences linguistiques entre les termes utilisés par les néerlandophones et les francophones, allant jusqu'à constater que certains termes n'existent que dans l'une des deux langues uniquement [142].

Lorsque les travaux parlementaires pour la nouvelle loi commencent, différents experts soulignent à plusieurs reprises l'importance capitale d'utiliser des définitions claires, invitant les élus à faire usage des définitions parues dans l'avis du Comité consultatif, en soulignant l'unanimité qu'a remporté cette terminologie au sein du même Comité [143] . L'enjeu terminologique est évident : un désaccord terminologique empêcherait non seulement des progrès dans le processus législatif mais inhiberait aussi un débat serein. Les considérations liées aux définitions et au langage sont très importantes aussi dans le débat parlementaire. Les sénateurs constatent « le flou des notions utilisées » [144] et l'emploi de définitions équivoques voire contradictoires, renvoyant, eux aussi, aux considérations terminologiques proposées par les experts.

140 *Cf. supra*, Partie I, § 1.2.4C.
141 *Ibid.*
142 *Ibid.*
143 *Cf. supra*, Partie I, § 1.3.
144 *Cf. supra*, Partie I, § 1.3.3.4.5.

Certains élus mettent par ailleurs en garde contre les risques des textes ambigus, qui pourraient amener à des divergences ou des contradictions dans la jurisprudence[145].

Il semble que ces recommandations d'utiliser un langage clair et scientifiquement approprié soient suivies, ce qui est démontré aussi par le rejet de certaines formules juridiques imprécises lors du débat et du vote des amendements[146]. Cette approche terminologique permet non seulement d'éviter beaucoup de polémiques, mais aussi d'avoir un débat plus serein, moins conflictuel et capable de progresser vers un consensus politique[147]. De plus, l'un des buts principaux des propositions de loi déposées par les sénateurs des partis de la majorité (nous venons de le voir *supra*) est de garantir la sécurité juridique. Il va sans dire qu'il ne peut y avoir de sécurité juridique sans une législation claire[148]. Cela signifie que le choix de notions et de définitions juridiquement et scientifiquement dépourvues d'ambigüités peut être considéré comme faisant partie intégrante de la stratégie menant à l'adoption d'un texte garantissant la sécurité juridique : l'un des buts de l'intervention de la majorité gouvernementale. Ainsi, le premier grand mérite de la législation adoptée est en fait de fournir des catégories claires et des références conceptuelles à toute personne se penchant sur le sujet.

En France, l'analyse de l'historique des propositions et projets de loi présentés permet de constater notamment que jusqu'à la fin des années 90, le langage et la technique législative utilisés sont fortement imprécis. À partir des années 2000, le langage commence à devenir plus précis et approprié, notamment à partir de 2004 où les termes « euthanasie » et « suicide assisté » commencent à apparaître dans les débats. La technique législative, quant à elle, évolue : le législateur passe graduellement de l'utilisation d'amendements au Code pénal à des amendements au Code de la santé publique, ce qui a évidemment l'avantage de ne pas affecter la dimension symbolique de l'interdit pénal.

---

145 *Ibid.*

146 C'est le cas par exemple du concept de femme enceinte d'un enfant « viable », *cf. supra,* Partie I, § 1.3.4.5.

147 *Ibid.*

148 *Cf. supra,* Partie I, § 1.3.3.4.5.

Lors des débats concernant la proposition de loi Valls en 2009[149], nous constatons que le terme « euthanasie » est principalement utilisé par les élus qui s'opposent à la proposition, ce qui traduit une certaine résistance culturelle au terme. Toutefois, dans le débat en plénière, on voit pour la première fois des députés favorables à l'adoption de la loi employer le terme « euthanasie ». Il semblerait donc que l'« appropriation » du terme soit un processus en devenir pour les élus français. Ainsi, ce n'est qu'au cours des années 2010 que la terminologie utilisée commence à être finalement adaptée à l'objet.

Lors des débats en vue de l'adoption de la loi de 2016, le terme « euthanasie » est toutefois fort peu utilisé. On lui préfère des termes ou des formules tels que « aide active à mourir », quitte à rester parfois dans l'ambiguïté concernant les modalités de cette aide. Un élu affirme même que le mot euthanasie serait un terme « dévoyé », contraire à la morale[150]. De façon plus générale, nous avons constaté que les raisons de l'hostilité envers le terme « euthanasie » dans la politique française vient du souvenir de l'histoire douloureuse de la seconde guerre mondiale et des crimes nazis, qui demeure comme un épouvantail et ne permet pas le déroulement d'un débat serein. Comme le terme « euthanasie » n'a aucun attrait pour les élus français, les partisans de l'euthanasie ou du suicide assisté lui préfèrent une terminologie bien plus retenue, quoique ambigüe, en harmonie avec la proposition de loi : « une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité »[151], « dormir pour ne pas souffrir, avant de mourir »[152], « un droit à la sédation profonde et continue »[153]. Ce vocabulaire se veut tout sauf traumatisant. L'on y perçoit des tonalités rassurantes : l'idée de pouvoir « dormir », l'absence de souffrance, la dignité protégée. Nous sommes convaincus que ce choix a contribué à l'approche de « rassemblement » et d'équilibre adoptée par le législateur français, en vue d'éviter des divisions et d'aboutir, *in fine*, à l'adoption de la loi.

En Italie, comme dans les deux autres pays avant l'adoption d'une loi en matière

149 *Cf. supra*, Partie II, § 2.1.2.4.
150 *Cf. supra*, Partie II, § 2.2.9.
151 Engagement de campagne de François Hollande, *cf. supra*, Partie II, § 2.3.1.5.1.
152 *Compte rendu intégral du mardi 10 mars 2015*, AN, précité, p. 2560, intervention de Jean Leonetti.
153 A. Claeys et J. Leonetti, Proposition de loi du 21 janvier 2015 créant des nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, précitée, p. 4.

de fin de vie, la confusion qui règne en ce qui concerne la terminologie et les définitions à utiliser dans ce domaine est évidente. La qualification même de ce qu'est l'euthanasie, sa distinction vis-à-vis de l'arrêt des traitements, l'utilisation de concepts imprécis comme « euthanasie active » ou « euthanasie passive » et de formules qui montrent une certaine créativité mais qui ne resteront pas dans la terminologie juridique par la suite[154], sont autant d'éléments qui s'éloignent d'un langage scientifique clair, compréhensible, commun, qui aiderait pourtant, peut-être, à la conclusion d'un accord ambitieux.

Tout au long du processus et du débat parlementaire précédant l'adoption de la loi de 2017, les « non-dits » acquièrent une importance capitale. Nous l'avons vu par exemple pour la combinaison des deux dispositions relatives au recours à la sédation profonde et au droit de refuser l'hydratation et la nutrition artificielles : ses conséquences ne sont jamais explicitées alors qu'elles représentent l'interprétation la plus extrême des dispositions de la loi [155]. Mme Lenzi, rapporteure, nous a confirmé que cette interprétation implicite est restée comme un non-dit, ce qui a probablement facilité l'adoption presque unanime de cette partie du texte, car chacun y lisait sa propre interprétation des dispositions.

En conclusion de cette réflexion, l'on peut considérer que ce langage refréné voire ambigu, ainsi que le manque de clarté juridique qu'il implique, ont compté parmi les facteurs déterminants du succès du processus législatif ayant conduit à l'adoption de la loi italienne.

Résumant cette question dans le tableau qui suit, nous pouvons en déduire qu'à l'instar de la question de la sécurité juridique comme motif, le langage est

---

154 Comme par exemple l'« interruption volontaire de la survie ».

155 *Cf. supra*, Partie II, § 3.4.1.B : si l'art. 1 (alinéa 5) prévoit que toute personne puisse refuser tout traitement médical, y compris la nutrition et l'hydratation artificielles, l'art. 2 (alinéa 1) prévoit que « le médecin, en utilisant les moyens adaptés à l'état du patient, doit œuvrer pour soulager les souffrances, aussi en cas de refus ou de révocation du consentement au traitement médical indiqué par le médecin » et que (alinéa 2) « en présence de souffrances réfractaires aux traitements médicaux le médecin peut recourir à la sédation palliative profonde continue, en association avec la thérapie de la douleur, avec le consentement du patient ». Ceci parait ouvrir des possibilités de recours à la sédation profonde continue suite à l'arrêt de la nutrition et hydratation artificielles y compris en dehors de la phase terminale de la vie et en l'absence d'autres traitements à arrêter.

scientifiquement plus clair lorsque le législateur a pour but la décriminalisation/dépénalisation de l'euthanasie, alors qu'il est plus ambigu lorsque sont visées des mesures juridiquement moins tranchantes ou radicales (et lorsque le contexte est aussi moins favorable à ces mesures).

/	Langage clair et scientifique	Langage ambigu / réfréné
BE	OUI	NON
FR	NON	OUI
IT	NON	OUI

Nous pouvons donc établir un lien étroit entre décriminalisation/dépénalisation et langage. Ainsi l'on peut constater la corrélation entre la volonté de décriminaliser/dépénaliser l'euthanasie et l'utilisation d'un langage claire, scientifique et tranchant d'une part, et la volonté d'adopter des législations moins radicales avec l'utilisation d'un langage retenu, nuancé voire ambigu, au point de conduire parfois à des accusations politiques d'hypocrisie, d'autre part.

3.5 La valeur symbolique du droit pénal

Dans le cadre que nous venons d'esquisser, il revient le plus souvent aux opposants de la décriminalisation/dépénalisation de l'euthanasie de souligner l'importance de la dimension symbolique des normes pénales. Même en Belgique, où les élus montrent globalement moins d'hésitations que dans les deux autres pays étudiés, les parlementaires attribuent à l'interdit de tuer une haute valeur symbolique. Pendant le débat, cette importance symbolique se transforme assez vite en enjeu de négociation. Certains élus, tout en étant en faveur d'une législation en matière d'euthanasie, affirment qu'ils préfèrent une solution de compromis à une intervention dans le Code pénal. Le chemin de la décriminalisation sans intervention directe dans le Code pénal (donc via une loi spéciale) est ainsi préféré à la décriminalisation pure et simple. Les raisons de ce choix sont justifiées explicitement par les sénateurs de la majorité : « Les déposants proposaient la modification du Code pénal parce qu'elle leur apparaît comme la solution la plus cohérente, la plus explicite et la plus compréhensible par tous. (...) Lors des débats,

certains ont dit craindre la portée symbolique d'une exception inscrite dans le Code pénal. Si l'inscription dans le Code pénal est un obstacle que certains de ceux qui veulent sincèrement une solution légale aux problèmes de la fin de vie estiment, en conscience, insurmontable, pour des raisons d'ordre symbolique, idéologique ou religieuse, les déposants entendent prendre en compte leurs réticences »[156].

En France, la dimension symbolique du droit pénal est évoquée par le camp des opposants à une dépénalisation inscrite dans le Code pénal. L'on souhaite « préserve[r] la société de la responsabilité de donner la mort »[157], « concilier (...) liberté individuelle et exigences sociétales »[158], « faire progresser les droits sans violenter les consciences de manière excessive »[159]. Cette approche se marie bien avec le maintien de l'interdit pénal qui déploie ainsi toute sa valeur symbolique : la dénonciation de l'immoralité de l'infraction, l'attestation de la responsabilité morale de l'agent, mais aussi la fonction de maintien de la cohésion sociale, la fonction de guérison des « blessures » faites aux sentiments collectifs ou encore l'attestation de la subsistance de ces sentiments mêmes[160]. Elle se marrie tout aussi bien avec le choix du législateur d'intervenir dans le code de la santé public plutôt que dans le Code pénal.

Si en Italie, la valeur symbolique de l'interdit pénal n'est jamais évoquée explicitement, elle n'est pas absente pour autant. Elle reste en toile de fond de tout le processus législatif, cachée derrière les non-dits et le langage retenu, les amendements déposés bien que non-adoptés, afin de rappeler l'interdit pénal de manière redondante dans la loi et les compromis pour arriver à une solution acceptable pour une grande

156 Proposition de loi relative à l'euthanasie, Amendements, *Doc.*, Sénat, n° 2-244/4, 2000-2001. Amendement n° 14 déposé par Philippe Mahoux, Jeannine Leduc, Philippe Monfils, Myriam Vanlerberghe, Jacinta De Roeck, Patrik Vankrunkelsven et Marie Nagy, justification.

157 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015,* AN, précité, p. 2831, intervention de Jacqueline Fraysse (PCF) ; *Compte rendu intégral du mercredi 27 janvier 2016,* AN, précité, p. 657, intervention de Marc Dolez (FdG).

158 *Compte rendu intégral du mardi 17 mars 2015,* AN, précité, p. 2831, intervention de Jacqueline Fraysse.

159 Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale et rejetée par le Sénat, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, par MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, précité, p. 8, intervention de Michèle Delaunay.

160 M. van de Kerchove, « Symbolique et instrumentalité. Stratégies de dépénalisation et de décriminalisation dans une société pluraliste », in *Punir mon beau souci. Pour une raison pénale*, sous la dir. de F. Ringelheim, *op. cit.*, p.131.

majorité. La valeur symbolique de l'interdit pénal demeure aussi cachée derrière le discours en défense de la vie « à tout prix », une valeur inaliénable dont on ne pourrait disposer. Ceci implique évidemment comme conséquence la réaffirmation de l'interdit de tuer sans conditions. Une fois encore, l'importance de l'interdit pénale demeure en filigrane du choix des élus les plus influents dans ce processus de ne pas proposer une législation qui dépénalise l'euthanasie ou le suicide assisté. Puisque personne « n'ose » aller si loin, le besoin d'évoquer les raisons de ce choix est moins pressant.

Nous pouvons donc en conclure que cette dimension symbolique est fort présente dans les trois pays, bien que se manifestant différemment. Si dans les trois cas la valeur symbolique de l'interdit pénal a pour effet le choix d'une technique législative qui n'intervient pas directement dans le Code pénal, dès les premières propositions en France et en Italie, et en cours de processus en Belgique, l'effet symbolique de la dimension pénale joue aussi, en France et en Italie, sur le choix qui est fait de préférer une règlementation de la sédation terminale plutôt qu'une décriminalisation/dépénalisation de l'euthanasie.

4 Le rôle des rapports de force électoraux et des stratégies des partis

Après avoir examiné les convergences et les divergences au niveau du droit positif et de la législation adoptée ainsi que des principes juridiques mobilisés, nous souhaitons maintenant essayer d'expliquer les raisons politiques et sociales qui ont contribué à atteindre ces différents résultats dans les trois pays étudiés. Nous sommes bien conscients du fait qu'il s'agit de phénomènes fortement complexes et que la nôtre ne peut être qu'une tentative d'analyse incomplète. Nous souhaitons toutefois apporter notre contribution en regardant ces processus à la fois du point de vue du juriste et du sociologue, dans l'espoir que l'union de ces deux perspectives puisse enrichir notre analyse.

Quelles ont alors été les dynamiques partisanes et les forces de changement dans chacun des trois États ? Quelles forces politiques ont contribué de manière plus incisive à l'adoption de législations garantissant davantage d'autodétermination ? Leurs buts et

leurs stratégies, ont-ils été semblables ou au contraire diversifiés ? Pour répondre à tous ces questionnements, nous reviendrons d'abord sur les caractéristiques des majorités politiques ayant guidé le changement (§ 4.1), puis sur leurs stratégies, à la fois institutionnelles (§ 4.2) et politiques (§ 4.3).

4.1 Des majorités politiques innovantes

Dans les trois pays, l'adoption des législations respectivement les plus avancées a lieu, sans exceptions, après un changement radical de la majorité parlementaire (ce qui signifie parfois aussi de la majorité gouvernementale). Ainsi, les résultats électoraux représentent la *conditio sine qua non* au changement.

En Belgique, le résultat électoral de 1999 ouvre la voie à l'adoption de la loi sur l'euthanasie suite notamment à la formation, pour la première fois depuis 1958, d'un gouvernement sans les partis sociaux-chrétiens, soutenu par une majorité parlementaire composée des partis socialistes, libéraux et écologistes[161]. Cette nouvelle situation est perçue comme une occasion d'innover dans des dossiers à connotation éthique[162]. Selon N. Hamarat et G. Lebeer, c'est carrément « l'absence des partis sociaux-chrétiens, jusque-là incontournables pour former une coalition gouvernementale, qui aura permis au texte de franchir les différentes étapes du processus législatif »[163].

En France, le résultat électoral de 2012 garantit au parti socialiste et à ses alliés, qui s'étaient engagés en campagne électorale pour une loi prévoyant « l'assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité », le Président de la République ainsi que la majorité à l'Assemblée nationale, sans toutefois leur donner la majorité au Sénat. L'air de changement que le résultat électoral fait respirer ressemble alors plus à une brise qu'à un vent. Le résultat donne l'impulsion nécessaire pour entamer le processus parlementaire.

---

161 Aussi aux Pays-Bas à partir de 1994 (et jusqu'à 2002, année de l'entrée en vigueur de la loi sur l'euthanasie, adoptée en 2001) les gouvernements ont été composés sans la participation des partis sociaux-chrétiens.

162 F. Judo, « La législation sur l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique : un train peut en cacher un autre », *op. cit.*, p. 70.

163 N. Hamarat et G. Lebeer, « Parler d'euthanasie : controverses publiques et dissidences internes. Un regard sur les piliers », in L. Bruyère, A.-S. Crosetti, J. Faniel et C. Sägesser (Sld -), *Piliers, dépilarisation et clivage philosophique en Belgique*, *op. cit.*, p. 265,

Toutefois le choix est fait de nommer deux co-rapporteurs des deux grands partis opposés avec l'intention claire de « ressembler », dès le début, autour d'une proposition « d'équilibre » et d'un chemin partagé.

En Italie, le résultat électoral de 2013 voit l'entrée au Parlement du nouveau parti antisystème « Mouvement 5 étoiles » (M5S). Ainsi, malgré la formation d'un gouvernement sur le style d'une « grande coalition » assez classique, la majorité parlementaire est représentée par le M5S et la coalition de centre-gauche. Dans les deux chambres du Parlement on assiste donc pour la première fois à une majorité parlementaire de rechange sans les partis catholiques et la droite.

Dans les trois cas, nous considérons qu'aucune nouvelle législation n'aurait vu le jour dans le domaine de la fin de vie en l'absence de ces résultats électoraux et de ces changements dans les rapports de force. La présence ou absence des partis catholiques au gouvernement et/ou dans la majorité parlementaire qui soutient la nouvelle législation semble être un élément décisif du contexte politique afin que le processus parlementaire menant à la dépénalisation de l'euthanasie puisse démarrer, une sorte de *conditio sine qua non* mais qui ne suffit pas à elle seule. Cet élément parait d'ailleurs plus important que les caractéristiques politiques qualifiant chacune des majorités en question (qu'elles soient laïques, libérales, socialistes, progressistes, antisystème...).

4.2 Des stratégies basées sur l'initiative parlementaire

Dans les trois pays, bien que de manière différente (comme nous le verrons), le choix a été d'engager dans le processus législatif la majorité parlementaire au lieu de la majorité gouvernementale, et ce, même dans le cas où la majorité gouvernementale aurait rassemblé les voix nécessaires à l'adoption du texte.

Ainsi, en Belgique, les deux majorités, parlementaire et gouvernementale, s'équivalaient mais le gouvernement a choisi de rester formellement en dehors du processus et de laisser l'initiative aux groupes parlementaires. En France, le gouvernement aurait pu prendre l'initiative mais il a préféré charger deux élus exprimant

une majorité parlementaire claire et bien plus vaste que celle soutenant le gouvernement. En Italie, l'initiative a été prise par une majorité de rechange, alors que le gouvernement choisissait de rester en dehors du processus législatif.

Dans les trois cas, l'on peut facilement imaginer que les processus auraient parcouru un chemin bien plus accidenté si les majorités gouvernementales s'en étaient mêlées. Dans le meilleur des cas le gouvernement même aurait risqué de rencontrer des controverses, mettant en discussion jusqu'à son existence. Dans le pire des cas, le processus ne serait pas arrivé au bout. Ainsi, la préférence accordée au Parlement, notamment dans une matière éthiquement sensible, apparait gagnante.

4.3 Un réformisme plus ou moins modéré selon les cas

Si, dans le cas belge, la majorité avait les idées suffisamment claires au point de marcher sans trop d'hésitations vers le but préétabli, dans les cas français et italien, quoiqu'avec nuances différentes d'un pays à l'autre, la majorité a préféré opter pour une stratégie visant la modération et un changement législatif de moindre portée que dans le plat pays. Et ce, même lorsqu'il y aurait eu des chances, en termes de majorités parlementaires, de mettre la barre beaucoup plus haut.

Dès le début, en effet, que ce soit en France ou en Italie, les propositions de loi signées par les élus du parti dominant de la majorité parlementaire, respectivement le parti socialiste et le parti démocrate, ne contenaient aucune référence à la décriminalisation ou à la dépénalisation ni de l'euthanasie, ni du suicide assisté. Les demandes étaient dès le départ bien plus modestes. Le point d'arrivée a été, dans le cas français, superposable au point de départ, et dans le cas italien, plus avancé que celui de départ.

Cette approche constitue une stratégie différente par rapport au schéma classique qui vise à cibler très haut au départ afin de procéder à un compromis au rabais avant la fin du processus : en gros de demander 100 pour obtenir en fin de jeu 50.

Par ailleurs et *a posteriori*, nous pouvons considérer que les deux stratégies de

négociation opposées s'accordent assez bien aux différents buts poursuivis. Le fait de poursuivre l'adoption d'une législation qui amende de manière plus incisive les normes sur la fin de vie pourrait bien nécessiter une stratégie de négociation plus agressive. Le fait, en revanche, de poursuivre en revanche l'adoption d'une législation « douce » qui modifie modérément la législation sur la fin de vie pourrait plutôt nécessiter une stratégie de négociation plus retenue. Quoi qu'il en soit, les résultats seraient là pour le prouver.

5. Observations comparatives finales et pistes de réflexion

En quoi le cheminement et les réformes successives que nous avons analysé tout au long de cette recherche dépendent-ils des paradigmes sociétaux et du rôle des principes juridiques mobilisés ? Dans quelle mesure ceux-ci ont-ils façonné l'évolution législative et peuvent expliquer les différents parcours, les moments de rupture et de basculement des mentalités intervenus dans chacun des trois pays étudiés ? Quelles perspectives pouvons-nous en tirer pour le futur ?

Nous pouvons résumer les caractéristiques principales des trois contextes sociaux dans le tableau qui suit. Ce tableau synthétise, pour chaque pays étudié, le développement du clivage centre/périphérie (modèle étatique unitaire ou fédéral et question linguistique), le système politique/électoral choisi, le développement du clivage libéraux/communautariens, le type de laïcité (rapport Église/État), ainsi que le caractère pluraliste (ou non) de la société :

/	Centre/ périphérie	Système politique/ électoral	Libéraux / communautariens	Laïcité et pluralisme
Belgique	Périphérie	Proportionnel	Libérale	Laïcité pluraliste
France	Centre	Majoritaire	Communautarienne	Laïcisme républicain
Italie	Centre (avec autonomie régionale)	Mixte (à tendance proportionnelle)	Communautarienne	Laïcité « négociée »

De cette synthèse se dégage un fil rouge qui est celui de la *fragmentation sociale*, entendue en termes sociologiques objectifs et non de valeurs, sans qu'il ne s'agisse de délibérer sur l'aspect positif ou négatif de la fragmentation sociale en soi. Il s'agit plutôt, pour nous, de constater que, là où la société est fragmentée (dans un modèle étatique fédéral, où les minorités linguistiques sont reconnues, où le système électoral est proportionnel, et où la société est libérale et pluraliste), la décriminalisation de certains comportements sensibles sur le plan éthique, tels que l'euthanasie par exemple, est intervenue ; tandis que là où la société se veut soudée et cohésive (dans un état central, au système électoral majoritaire et au pouvoir exécutif dominant, de tendance sociale communautarienne et faiblement pluraliste), la décriminalisation/dépénalisation des mêmes comportements n'a pas eu lieu.

Le tableau suivant résume le rôle des différents *principes juridiques mobilisés*, vis-à-vis de l'utilisation de la décriminalisation comme technique législative :

/	Décriminalisation de l'euthanasie	Rôle de la liberté individuelle	Besoin de sécurité juridique (explicité)	Type de langage
Belgique	Oui	Haut	Oui	Claire
France	Non	Limité	Non	Ambiguë
Italie	Non	Modéré	Non	Ambiguë

Ici aussi, le fil rouge apparait de manière claire : dans les cas étudiés, le rôle de la liberté individuelle, du besoin de sécurité juridique ainsi que d'un langage clair et scientifique ont fonctionné de concert avec la décriminalisation des comportements d'aide active à mourir. Ces facteurs discursifs sembleraient donc entretenir un lien étroit avec la décriminalisation/dépénalisation de l'euthanasie.

Enfin, le dernier tableau ci-dessous met en lumière les rapports de force électoraux et les stratégies des partis dans chaque pays à l'étude:

/	Majorité gouvernementale	Majorité parlementaire	Rôle proéminent du Parlement	Type de réformisme
Belgique	Soc.-Lib.-Écolos	Soc.-Lib.- Écolos	Oui	Moins modéré
France	Soc. & alliés	Grande coalition	Oui	Plus modéré
Italie	Grande coalition	Centre-gauche + parti antisystème	Oui	Plus modéré

On peut déduire de ce tableau un premier élément commun : de façon générale, dans des matières aussi politiquement sensibles que celle qui nous occupe, les gouvernements préfèrent laisser l'initiative aux parlements. En revanche, se dégagent aussi de ce tableau des éléments très divergents : le choix d'une *stratégie réformiste* moins modérée est intervenu là où les partis catholiques étaient exclus du gouvernement et de la majorité parlementaire ; le choix d'une stratégie réformiste plus modérée est intervenu là où, soit la majorité gouvernementale, soit la majorité parlementaire, incluaient les partis catholiques ou des partis influencés par ce référent confessionnel.

Si nous regardons dans l'ensemble ces différentes dynamiques, présentant des liens entre elles, nous en tirons quelques pistes de réflexion, notamment pour l'avenir. Avec deux prémisses importantes toutefois : les considérations qui vont suivre doivent s'entendre de manière holistique, chaque élément pris individuellement n'emportant aucune conséquence automatique ; les conclusions que nous tirons ne se réfèrent qu'aux cas étudiés, toute analogie devant se baser sur une analyse précise du contexte.

Premièrement, un niveau élevé de *fragmentation sociale* peut constituer un contexte fertile afin que les pouvoirs publics décident de décriminaliser/dépénaliser certaines pratiques. Abstraction faite de tout jugement de valeur, nous avons constaté que là où la société est fragmentée, entre autres et notamment en termes de modèle étatique fédéral, de minorités linguistiques reconnues, de système électoral proportionnel, de société libérale et pluraliste[164], la décriminalisation de l'euthanasie est intervenue tandis

[164] Parmi les trois pays étudiés, nous pensons ici notamment à la Belgique.

que là où la société se veut soudée et cohésive[165], la décriminalisation/dépénalisation n'a pas lieu.

Deuxièmement, le seul fait pour un État de s'autoproclamer « laïque » ne saurait suffire en soi pour expliquer le lien entre laïcité et décriminalisation/dépénalisation de l'euthanasie. Les trois pays étudiés se disent tous laïques mais chacun l'entend de manière (très) différente. Selon ce que nous avons constaté au cours de nos recherches, une *laïcité pluraliste* (comme dans le cas du pluralisme segmenté en Belgique), par opposition à une laïcité républicaine et assimilationniste (comme en France) ou communautarienne, « négociée » et imprégnée de culture catholique (comme en Italie), a pu conduire à l'adoption d'une législation qui reconnait l'autodétermination en fin de vie, et ce jusqu'au geste le plus extrême et irréversible, au nom de la liberté individuelle et du respect des droits humains, en particulier des personnes malades.

Troisièmement, dans un tel contexte laïque, pluraliste et libéral, l'attitude des pouvoirs publics de l'État n'a certainement pas été « interventionniste », en tout cas pas dans le fond des choix des citoyens[166]. Dans cette optique, le rôle de l'État n'est d'intervenir que pour autant qu'il garantit aux individus la possibilité de mener à bout leurs libres choix : la communauté ne pourra donc jamais se substituer aux choix de l'individu.

En conclusion, puisque le mouvement d'évolution culturelle tend, dans nos sociétés de l'Europe occidentale, vers une plus grande reconnaissance des libertés individuelles et des droits humains en général, à laquelle s'ajoute une reconnaissance grandissante du pluralisme social ainsi qu'une fragmentation politique et sociale de plus en plus importante, tout ceci nous porte à penser que même là où les pouvoirs publics ont préféré, pour l'instant, de ne pas procéder à la décriminalisation/dépénalisation de certaines pratiques, il semble possible voire probable qu'ils pourraient décider un jour de franchir ce pas. Lorsque ce sera le cas, la décriminalisation/dépénalisation de l'euthanasie

165 Parmi les trois pays étudié, nous pensons ici notamment à la France.

166 L'Etat belge intervient certainement pour subventionner les différents « mondes » philosophiques et religieux, sans toutefois interférer avec leurs positionnements.

devrait logiquement intervenir, selon notre analyse et parmi les pays étudiés ici, d'abord en Italie et seulement après en France, ce dernier pays jouissant encore d'un modèle de société qui se veut relativement soudé et cohésif, où la (plupart de la) communauté considère encore pouvoir choisir à la place de l'individu ce qui est mieux pour lui.

ANNEXES

ANNEXE I

Texte de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie telle qu'amendée en 2005[167], 2014[168] et 2016[169]

Article 1. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE I. - Dispositions générales.

Art. 2. Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

CHAPITRE II. - Des conditions et de la procédure.

Art. 3. § 1er. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :
- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable ou encore mineur doté de la capacité de discernement et est conscient au moment de sa demande;
- la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
- le patient majeur ou mineur émancipé 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;
- le patient mineur doté de la capacité de discernement se trouve dans une situation médicale sans issue de souffrance physique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui entraîne le décès à brève échéance, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

§ 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire;

2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. À cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;

3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci;

---

[167] Loi du 10 novembre 2005 complétant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie par des dispositions concernant le rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes.***

[168] Loi du 6 janvier 2014 modifiant diverses lois suite à la réforme du Sénat et Loi du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs.***

[169] Loi du 16 juin 2016 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en ce qui concerne la composition de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation.***

5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;
6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.
7° en outre, lorsque le patient est mineur non émancipé, consulter un pédopsychiatre ou un psychologue, en précisant les raisons de cette consultation.
Le spécialiste consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure de la capacité de discernement du mineur, et l'atteste par écrit.
Le médecin traitant informe le patient et ses représentants légaux du résultat de cette consultation.
Le médecin traitant s'entretient avec les représentants légaux du mineur en leur apportant toutes les informations visées au § 2, 1°, et s'assure qu'ils marquent leur accord sur la demande du patient mineur.
§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès du patient majeur ou mineur émancipé n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :
1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;
2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.
§ 4. La demande du patient, ainsi que l'accord des représentants légaux si le patient est mineur, sont actés par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. 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.
Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.
Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.
§ 4/1. Après que la demande du patient a été traitée par le médecin, la possibilité d'accompagnement psychologique est offerte aux personnes concernées.
§ 5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Art. 3*bis*. Le pharmacien qui délivre une substance euthanasiante ne commet aucune infraction lorsqu'il le fait sur la base d'une prescription dans laquelle le médecin mentionne explicitement qu'il s'agit conformément à la présente loi.
Le pharmacien fournit la substance euthanasiante prescrite en personne au médecin. Le Roi fixe les critères de prudence et les conditions auxquels doivent satisfaire la prescription et la délivrance de médicaments qui seront utilisés comme substance euthanasiante.
Le Roi prend les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité des substances euthanasiantes, y compris dans les officines qui sont accessibles au public.

CHAPITRE III. - De la déclaration anticipée.

Art. 4. § 1er. Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :
- qu'il 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.
La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.

La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration.

La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.

Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.

§ 2. Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1er, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
- est inconscient;
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;

et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement :

1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.

Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

2° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;

3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;

4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

CHAPITRE IV. - De la déclaration.

Art. 5. Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

CHAPITRE V. - La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation.

Art. 6. § 1er. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée " la commission ".

§ 2. La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites dans une université belge. Quatre membres sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites de droit dans une université belge]2, ou avocats. Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.

La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.

Les membres de la commission sont nommés, dans le respect de la parité linguistique - chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe - et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur une liste double présentée par la Chambre des représentants, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.

§ 3. La commission établit son règlement d'ordre intérieur.

Art. 7. La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie.

Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes :

1° les nom, prénoms et domicile du patient;

2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant;

3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie;

4° les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations;

5° s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).

6° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et adresse du pharmacien qui a délivré la substance euthanasiante, le nom des produits délivrés et leur quantité ainsi que, le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien.

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes :

1° le sexe et les date et lieu de naissance du patient et, en ce qui concerne le patient mineur, s'il était émancipé;

2° la date, le lieu et l'heure du décès;

3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;

4° la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;

5° les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable;

6° les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure;

7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance;

8° s'il existe une déclaration de volonté;

9° la procédure suivie par le médecin;

10° la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations;

11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations;

12° la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.

Art. 8. La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

Elle se prononce dans un délai de deux mois.

Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se récusera ou pourra être récusé pour l'examen de cette affaire par la commission.

Art. 9. La commission établit à l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans :
a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8;
b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;
c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.
Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels.
Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.
La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée. Elle peut entendre des experts.

Art. 10. Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur proposition des ministres qui ont la Santé publique et la Justice dans leurs attributions.

Art. 11. Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.

Art. 12. Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Art. 13. Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, la Chambre des représentants organise un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période au cours de laquelle la Chambre des représentants est dissoute et/ou au cours de laquelle il n'y a pas de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des représentants.

CHAPITRE VI. - Dispositions particulières.

Art. 14. La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.
Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.
Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.
Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.
Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

Art. 15. La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.
Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.

Art. 16. La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au Moniteur belge.

ANNEXE II

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016

créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1
I. L'article L. 1110-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :
1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
a) La première phrase est ainsi modifiée :
après le mot : « recevoir », sont insérés les mots : «, sur l'ensemble du territoire, les traitements et » ;
après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « et le meilleur apaisement possible de la souffrance » ;
b) A la seconde phrase, après les mots : « d'investigation ou », sont insérés les mots : « de traitements et » ;
c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
« Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre. » ;
2° Les deuxième à dernier alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »
II. La formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens comporte un enseignement sur les soins palliatifs.

Article 2
Après l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-5-1 ainsi rédigé :
« Art. L. 1110--51. Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.
« La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article.
« Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 ».

Article 3

Après le même article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110--52. A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

« 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

« 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

« Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

« La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

« A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 3121 du code de l'action sociale et des familles.

« L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient. »

Article 4

Après le même article L. 1110-5, il est inséré un article L. 1110-5-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-5-3. Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

« Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

« Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet. »

Article 5

I. L'article L. 1111-4 du même code est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. » ;

3° Après le mot : « susceptible », la fin du cinquième alinéa est ainsi rédigée : « d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

II. A la première phrase du V de l'article L. 2131-1 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

Article 6

L'article L. 1111-10 du même code est abrogé.

Article 7

A l'intitulé de la section 2 du chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du même code, après le mot : « volonté », sont insérés les mots : « des malades refusant un traitement et ».

Article 8

L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-11.Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

« A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

« Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

« La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

« Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion. »

Article 9

L'article L. 1111-6 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-6. Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

« Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

« Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

« Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer. »

Article 10

L'article L. 1111-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-12. Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article

L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la

famille ou des proches. »

Article 11

L'article L. 1111-13 du même code est abrogé.

Article 12

L'article L. 1412-1-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'avis des commissions compétentes et de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques inclut une appréciation sur l'opportunité, pour le Gouvernement, de mobiliser, dans les conditions prévues à l'article L. 121-10 du code de l'environnement, le concours de la Commission nationale du débat public. » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par les mots : «, en faisant ressortir les éléments scientifiques indispensables à la bonne compréhension des enjeux de la réforme envisagée ».

Article 13

I. Les articles 1er à 11 de la présente loi sont applicables à Wallis et Futuna, sous réserve de l'adaptation suivante :

Au II de l'article 1er, les mots : «, des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens » sont supprimés.

II. Après le 2° de l'article L. 1521-1 du code de la santé publique, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :

« 2° bis La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 1110-5 est ainsi rédigée :

« “ Ces dispositions s'appliquent sans préjudice de l'article L. 1521-5 ” ; ».

III. Les articles 1er à 11 de la présente loi, à l'exception du II de l'article 1er, sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

IV.L'article L. 1541-2 du code de la santé publique est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. Pour leur application dans ces deux collectivités :

« a) La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 11105 est ainsi rédigée : “ Ces dispositions s'appliquent sans préjudice de l'article L. 1541-4. ” ;

« b) L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1110-5-2 est ainsi rédigé :

« “ A la demande du patient et après consultation du médecin, la sédation profonde et continue associée à une analgésie, prévue au présent article, peut être mise en œuvre à son domicile ou dans un lieu prévu à cet effet par les autorités locales compétentes en matière sanitaire et sociale. ” »

V. L'article L. 1541-3 du même code est ainsi modifié :

1° Au II, il est inséré un 3° bis ainsi rédigé :

« 3° bis Le troisième alinéa de l'article L. 1111-6 est supprimé ; »

2° Sont ajoutés des IV et V ainsi rédigés :

« IV. Le dernier alinéa de l'article L. 1111-6 n'est pas applicable en NouvelleCalédonie.

« V. L'article L. 1111-11 est applicable dans ces deux collectivités, sous réserve des adaptations suivantes :

« 1° A la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa, les mots : “ pris après avis de la Haute Autorité de

santé ” sont supprimés ;
« 2° Le dernier alinéa n'est pas applicable en NouvelleCalédonie. »

Article 14

I. A l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport évaluant les conditions d'application de la présente loi ainsi que la politique de développement des soins palliatifs dans les établissements de santé, les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à domicile.
II. L’article 15 de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie est abrogé.
La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 2 février 2016.

François Hollande
Par le Président de la République :
Le Premier ministre,
Manuel Valls
Le garde des sceaux, ministre de la justice,
JeanJacques Urvoas
La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,
Marisol Touraine
La ministre des outremer,
George PauLangevin
La secrétaire d'Etat chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie,
Laurence Rossignol

ANNEXE III

Texte des articles pertinents du code de la santé publique tels qu'en vigueur au 1er juin 2019 :

Article L. 1110-5[170]

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre.

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.

Article L. 1110-5-1[171]

Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.

La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article.

Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Article L1110-5-2[172]

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

170 Modifié par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 1.
171 Créé par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 2.
172 Créé par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 3.

1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient.

Article L1110-5-3[173]

Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet.

Article L. 1111-4[174]

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical

173 Créé par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 4.

174 Modifié par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5.

du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Article L. 1111-6[175]

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, ou dans un hôpital des armées ou à l'Institution nationale des invalides, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

---

175 Modifié par l'Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Article L. 1111-11[176]

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Article L. 1111-12[177]

176 Modifié par la Li n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 8.
177 Modifié par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 10.

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

ANNEXE IV

Legge 22 dicembre 2017, n. 219

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

(G.U. Serie Generale, n. 12 del 16 gennaio 2018)

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga la seguente legge:

Art. 1

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché' riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le

stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

Art. 2

Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Art. 3

Minori e incapaci

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.

3. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso alla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

Art. 4

Disposizioni anticipate di trattamento

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché' il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto

successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'articolo 3.

6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

8. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie provvedono a informare della possibilità di redigere le DAT in base alla presente legge, anche attraverso i rispettivi siti internet.

Art. 5

Pianificazione condivisa delle cure

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale

il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.

4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

5. Per quanto riguarda gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 4.

Art. 6

Norma transitoria

1. Ai documenti atti ad esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il comune di residenza o presso un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge, si applicano le disposizioni della medesima legge.

Art. 7

Clausola di invarianza finanziaria

1. Le amministrazioni pubbliche interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni della presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 8

Relazione alle Camere

1. Il Ministro della salute trasmette alle Camere, entro il 30 aprile di ogni anno, a decorrere dall'anno successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, una relazione sull'applicazione della legge stessa. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di febbraio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero della salute.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addi' 22 dicembre 2017

MATTARELLA

Gentiloni Silveri, Presidente del Consiglio dei ministri

Visto, il Guardasigilli: Orlando

ANNEXE V

Composition du Sénat (par parti) lors de la 50e législature[178]

Partis flamands (41) :

Vlaamse Liberalen en Democraten : 11

Christelijke Volkspartij : 10

Vlaams Blok : 6

Socialistische Partij : 6

Agalev : 5

Volksunie : 3

Partis francophones (29) :

Parti socialiste : 9

PRL-FDF-MCC : 9

Écolo : 6

Parti social-chrétien : 5

Partis germanophones (1) :

Parti socialiste : 1

Total : 71.

[178] Site internet du Sénat de Belgique, http://www.senate.be/www/?MIval=/index_senate&MENUID=24200&LANG=fr .

ANNEXE VI

Composition des commissions au Sénat (par parti) lors de la 50e législature[179]

Vlaamse Liberalen en Democraten : 3

Christelijke Volkspartij : 3

Parti socialiste : 2

PRL-FDF-MCC : 2

Vlaams Blok : 1

Socialistische Partij : 1

Écolo : 1

Agalev : 1

Parti social-chrétien : 1

Total : 15

[179] *Ann. Parl.*, Sén., Session extraordinaire de 1999, Séances plénières, Jeudi 15 juillet 1999, n° 2-4, p. 4 et s.

ANNEXE VII

Composition de la Chambre (par parti) lors de la 50e législature[180]

Partis francophones (59) :

Parti socialiste : 19

PRL-FDF-MCC : 18

Écolo :11

Parti social-chrétien : 10

Front national : 1

Partis flamands (91) :

Vlaamse Liberalen en Democraten : 23

Christelijke Volkspartij : 22

Vlaams Blok : 15

Socialistische Partij : 14

Agalev : 9

Volksunie : 8

Total : 150.

[180] Site internet de la Chambre, http://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/depute&language=fr&cfm=/site/wwwcfm/depute/cvlist.cfm .

ANNEXE VIII

Composition des commissions à la Chambre (par parti) lors de la 50e législature[181]

Vlaamse Liberalen en Democraten : 3

Christelijke Volkspartij : 3

Agalev / Écolo : 2

Parti socialiste : 2

PRL-FDF-MCC : 2

Vlaams Blok : 2

Socialistische Partij : 1

Parti social-chrétien : 1

VU/ID : 1

Total : 17.

[181] Commissions et délégations aux assemblées internationales, 16 avril 2002, précité.

ANNEXE IX

Composition du Sénat (par groupe politique) entre 2014 et 2017[182]

Socialistes (SOC) : 112.

Union pour un Mouvement Populaire (UMP) : 143.

Union des démocrates et indépendant – Union centriste (UDI-UC) : 43.

Écologistes : 10.

Groupe Communiste, Républicain et Citoyen (CRC) : 18.

Groupe du Rassemblement démocratique et social européen (RDSE) : 13.

Non-inscrits (NI) : 9.

Total : 348.

[182] Ces données se réfèrent aux 348 sénateurs de la période comprise entre les deux élections sénatoriales (2014-2017), soit élus à l'issue des élections sénatoriales de 2011 ou 2014 (178 sièges renouvelés lors de cette élection), données de 2014. Site web du Sénat français : https://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201309/les_groupes_politiques_au_senat_sous_la_veme_republique.html .

ANNEXE X

Composition de la commission des Affaires sociales du Sénat (par groupe politique) entre 2014 et 2017[183]

Union pour un Mouvement Populaire (UMP) : 22

Socialistes (SOC) : 18

Union des démocrates et indépendant – Union centriste (UDI-UC) : 7

Groupe Communiste, Républicain et Citoyen (CRC) :3

Groupe du Rassemblement démocratique et social européen (RDSE) : 3

Écologistes : 2

Non-inscrits (NI) : 2

Total : 57.

[183] Ces données datent de décembre 2014. Site web du Sénat français : http://www.senat.fr/themas/infocompo_2014/infocompo_2014.html .

ANNEXE XI

Composition de l'Assemblée nationale (par groupe politique) lors de la 14e législature[184]

Socialiste, républicain et citoyen (SRC): 293 à 288[185].

Union pour un Mouvement Populaire (UMP) / Les Républicains (LR): 194 à 198.

Union des démocrates et indépendant (UDI): 33 à 27.

Écologistes : 17 à 0[186].

Gauche démocrate et républicaine (GDR) : 15.

Groupe Radical, républicain, démocrate et progressiste (RRDP) : 16 à 18.

Non-inscrits (NI) : 7 à 26.

Total : 577.

184 Site web de l'Assemblée nationale : http://www.assemblee-nationale.fr/qui/?legislature=14 .

185 Les oscillations sont dues au changements de groups politique effectuées par les élus. Nous avons pris note des inscrits aux groupes en novembre 2012 et en novembre 2016 (en gros début et fin du mandat), sachant que les déclarations d'appartenance publiées dans le site web portent la date du mois de novembre de chaque année.

186 Le groupe Écologiste se dissout pendant la législature (en 2017) et ses adhérents (à une exception près) confluent dans le groupe NI.

ANNEXE XII

Composition de la commission des affaires sociales (par groupe politique) lors de la 14e législature[187]

Socialiste, républicain et citoyen : 38.

Union pour un Mouvement Populaire (UMP) : 23.

Union des démocrates et indépendants (UDI) : 4.

Groupe Radical, républicain, démocrate et progressiste (RRDP) : 2.

Gauche démocrate et républicaine (GDR) : 2.

Non-inscrits : 2.

Écologiste : 1.

Total : 72.

[187] Site web de l'Assemblée : http://www2.assemblee-nationale.fr/instances/fiche/OMC_PO420120/2012-11-30 .

ANNEXE XIII

Composition du Sénat (par parti) lors de la XVII législature (2013-2018)[188]

Partito Democratico (PD): 106.

Il Popolo della Libertà (PDL): 92.

Movimento 5 Stelle (M5S): 53.

Scelta Civica per l'Italia (SCI): 21.

Misto (NI): 20.

Lega Nord e Autonomie (LNA): 17.

Per le Autonomie (AUT) – PSI: 10.

Total : 319

[188] Données concernant le début du mandat, en 2013. Site web du Sénat italien : https://www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/GruppiStorici/Grp.html .

ANNEXE XIV

Composition de la commission Santé du Sénat (par parti) lors de la XVII législature (2013-2018)[189]

Partito Democratico (PD) : 22.

Il Popolo della Libertà (PDL) : 10.

Movimento 5 Stelle (M5S) : 10.

Lega Nord e Autonomie (LNA) : 3.

Misto (NI) : 3

Per le Autonomie (AUT) : 2.

Scelta Civica per l'Italia (SCI) : 1.

Total : 51.

[189] Données concernant le début du mandat, en 2013. Site web du Sénat italien : http://leg17.senato.it/versionestampa/stampa.jsp?

ANNEXE XV

Composition de la Chambre des Députés (par parti) lors de la XVII législature (2013-2018)[190]

Partito Democratico (PD) : 281.

Movimento 5 Stelle (M5S) : 88.

Misto (NI) : 62.

Il Popolo della Libertà (PDL) : 56.

Movimento Democratico e Progressista (MDP) : 42.

Alternativa Popolare (AP-NCD) : 23.

Lega Nord e Autonomie (LNA) : 22.

Sinistra Italiana (SI) : 17.

Scelta Civica per l'Italia (SCI) : 15.

Centro Democratico (DES-CD) : 12.

Fratelli d'Italia – Alleanza Nazionale (FdI-AN) : 12.

Total : 630.

[190] Les données concernent la fin du mandat (les données du début du mandat ne sont pas disponibles online). Site web de la Chambre : https://www.camera.it/leg17/46 .

ANNEXE XVI

Composition de la commission Affaires sociales de la Chambre (par parti) lors de la XVII législature (2013-2018)[191]

Partito Democratico (PD) : 20.

Il Popolo della Libertà (PDL) : 4.

Movimento 5 Stelle (M5S) : 6.

Misto (NI) : 4.

Movimento Democratico e Progressista (MDP) : 3.

Alternativa Popolare (AP-NCD) : 1.

Centro Democratico (DES-CD) : 1.

Fratelli d'Italia – Alleanza Nazionale (FdI-AN) : 1.

Lega Nord e Autonomie (LNA) : 1.

Sinistra Italiana (SI) : 1.

Scelta Civica per l'Italia (SCI) : 1.

Total : 43.

[191] Les données concernent le début du mandat. Site web de la Chambre : https://www.camera.it/leg17/99?&shadow_organo_parlamentare=2086&tipoVis=2 .

Bibliographie

Niveau international :

- L. Assier-Andrieu et J. Commaille (Sld.), *Politique des lois en Europe. La filiation comme modèle de comparaison*, Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, coll. « Droit et société », vol. 11, 1995, p. 21-81.
- Th. Balzacq, P. Baudewyns, J. Jamin, V. Legrand, O. Paye et N. Schiffino, *Fondements de science politique*, De Boeck, 2014.
- J. Baubérot, *Les laïcités dans le monde*, 2014, Collection : Que sais-je ?, Presses Universitaires de France.
- J. Baubérot, M. Milot et Ph. Portier (Sld.), *Laïcité, laïcités. Reconfigurations et nouveaux défis*, EMSH, 2014.
- J. Bohman, *Public deliberation. Pluralism, complexity and democracy*, Cambridge, MIT Press, 1996.
- L. Bouvet, G. Delannoi, I. Lachausée, A. Policar, P.-A. Taguieff, M. Tribalat, S. Trigano et S. Vibert, « Autour du communautarisme », *Les Cahiers du CEVIFOP*, n° 43, Septembre 2005, *in* https://www.sciencespo.fr/cevifop/sites/sciencespo.fr.cevifop/files/cahier.43.pdf
- J. Caillosse, « La sociologie politique du droit, le droit et les juristes », *Droit et société*, 2011/1 n° 77, p. 187-206.
- M. Callon, « Éléments pour une sociologie de la traduction », *L'Année sociologique (1940/1948)* Troisième série, Vol. 36 (1986), p. 169-208, Presses Universitaires de France.
- F. Capelli, « Confessioni religiose ed integrazione europea tra pluralismo e multiculturalismo », *Diritto comunitario e degli scambi internazionali*, 2005, p. 179-88.
- A. Ceyhan, « Le communautarisme et la question de la reconnaissance », *Cultures & Conflits* [En ligne], 12 | hiver 1993, *in* http://journals.openedition.org/conflits/447
- J. Chevalier, « La régulation juridique en question », *Droit et Société*, 49-2001, p. 827-46.
- J. Commaille, L. Dumoulin et C. Robert (Sld.), *La juridicisation du politique*, Paris, LGDJ, 2010.
- J. Commaille, « À quoi nous sert le droit pour comprendre sociologiquement les incertitudes des sociétés contemporaines ? », SociologieS [En ligne], Dossiers, Sociétés en mouvement, sociologie en changement, mis en ligne le 07 mars 2016, *in* http://sociologies.revues.org/5278
- O. Corten, « Éléments de définition pour une sociologie politique du droit », *Droit et société*, n°39, 1998, p. 347-70.
- J. Dahl Rendtorff et P. Kemp, *Basic ethical principles in european bioethics and biolaw*

– *Report to the European Commission of the BIOMED-II Project 1995-1998*, Guissona (Espagne), 2000.

- C. De Galembert, Th. Delpeuch, L. Dumoulin, *Sociologie du droit et de la justice*, Éditeur : Armand Colin, Collection : U, Sous-collection : Sociologie, 2014.

– M. Deleixhe, « Le rapport à l'Histoire dans la pensée politique des libéraux et communautariens », Mémoire présenté en vue de l'obtention du Master de sciences politiques à finalité approfondie, ULB, 2009.

- F. Demay, *Dictionnaire des idées*, Encyclopaedia universalis, Paris, 2005.

- G. De Ruggiero, *Storia del liberalismo europeo*, Editori Laterza, Bari, 1984.

- A. Dierkens et J.-Ph. Schreiber (éd. par -), *Laïcité et sécularisation dans l'Union européenne*, Éditions de l'Université de Bruxelles, CIERL, 2006.

- A. Dierkens (éd. par -), *Pluralisme religieux et laïcités dans l'Union européenne*, Problèmes d'histoire des religions, Tome 5/1994, Éditions de l'Université de Bruxelles, CIERL, 2006.

- M. Dogan et D. Pelassy, *Sociologie politique comparative - Problèmes et perspectives*, Economica, Paris, 1982.

- M. Doytcheva, « III. Libéraux et communautariens », in M Doytcheva, *Le multiculturalisme*. La Découverte, 2011, p. 29-44.

- E. Durkheim, *De la division du travail social*, PUF, Paris, 1973.

- J. Eliziade, « Bioethics as a new human rights emphasis in european research », *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 2, n°2, 159-170, 1992, p. 166 et s.

- J. Elster, *Deliberative democracy*, Cambridge university press, 1998.

- Y. Englert et autres, *L'euthanasie*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2004, en 2 volumes : *1. Aspects techniques et humains*, *2. Perspectives nationales et européennes*.

- N. Ferreira, « Revisiting euthanasia: a comparative analysis of a right to die in dignity », Avril 2005, ZERP, Bremen, *in* http://www.zerp.uni-bremen.de/english/pdf/dp4_2005.pdf

- G. Fragnière, « Multiculturalisme et respect mutuel. Un défi européen », *Futuribles*, Septembre 2002, n° 278, p. 35-48.

- C. de Galembert, O. Rozenberg et C. Vigour (Sld.), *Faire parler le Parlement. Méthodes et enjeux de l'analyse des débats parlementaires pour les sciences sociales*, Paris, LGDJ, 2013

- M. Gianni, *Les liens entre citoyenneté et démocratie sur la base du débat 'Libéraux-Communautariens'*, Université de Genève, Département de science politique, 1994.

- L. Graziano, « Le pluralisme. Une analyse conceptuelle et comparative », *Revue française de science politique*, n°2, 1996. p. 195-224.

- J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams, *Euthanasia and law in Europe*, Oxford and Portland, Hart publishing, 2008.

- J. Griffiths, A. Bood et H. Weyers, *Euthanasia and law in the Netherlands*, Amsterdam,

Amsterdam University Press, 1998.

- R. Gubert e G. Pollini (a cura di-), *Valori a confronto: Italia ed Europa*, Collana di Sociologia, Franco Angeli editore, Milano, 2006.
- A. Gutmann et D. Thomson, *Democracy and disagreement*, Belknap, 1996.
- J. Hottois, *Dignité et diversité des hommes*, Paris, Vrin, 2009.
- C. Javeau, *Leçons de sociologie*, Armand Colin, Paris, 1997.
- J. Jenson et M. Sineau (Sld.), *Qui doit garder le jeune enfant ? Modes d'accueil et travail des mères dans l'Europe en crise*, Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, coll. « Droit et société », vol. 21, 1998.
- J. Jenson et M. Sineau, « Qui doit garder le jeune enfant ? Les représentations du travail des mères dans l'Europe en crise », *Recherches et prévisions*, n. 53, septembre 1998, p. 1-21.
- F. Judo, « La législation sur l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique : un train peut en cacher un autre », *Laennec*, 2013/2 Tome 61, p. 69-79.
- J. Keown, « The law and practice of euthanasia in the Netherlands », *Law quarterly review* 1992, 108/01, p. 51-78.
- M. van de Kerchove, « L'État et la morale. Pour une éthique de l'intervention pénale », in *Annales de droit de Louvain*, t. XLVI, n°3, 1986, p. 187-208.
- M. van de Kerchove, « Éthique pénale », in : M. Canto-Sperber (Sld.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF, 1996, p. 1108 et s.
- M. van de Kerchove, « Moralité du comportement et moralité de la loi pénale : pour une éthique de l'intervention pénale », *Droit & Philosophie* – Volume 6 – 2014, p. 79-91.
- P. Lascoumes « Traduction », dans Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques* (2014), 4e édition précédée d'un nouvel avant-propos, Paris, Presses de Sciences Po, p. 632-40.
- A. Lijphart, *The politics of accommodation*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1968.
- A. Lijphart, *Patterns of democracy: government forms and performance in thirty-six countries*, second edition, Yale university press, 1999.
- A. Lijphart, « Constitutional design for divided societies », *Journal of democracy*, Vol. 15, N° 2, April 2004 p. 96-109.
- A. Lijphart, *Thinking about democracy*, Routledge, 2008.
- B. Mathieu, *Le droit à la vie*, Éditions du Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2005.
- F. Ost et N. Bary, "La traduction et le multilinguisme", *Études*, vol. tome 417, no. 12, 2012, p. 653-65.
- F. Ost et M. Van de Kerchove, *De la Pyramide au réseau. Pour une théorie dialectique du droit*, 2002, Bruxelles, Publications des facultés universitaires Saint-Louis.

- I. R. Pavone, « Eutanasia e diritti umani: compatibilità o contraddittorietà delle normative interne? », Jus, 2003, II, p. 593 et s.
- O. Paye, « Le libéralisme a toujours été social », *Politique*, n°11, 1999, p. 18-23.
- D. Petrova, J. Clifford, *Religion and healthcare in the European Union*, Alliance Publishing Trust, London, 2009.
- Ph. Raynaud et S. Rials (Sld.), *Dictionnaire de philosophie politique*, P.U.F., Paris, 1996.
- L. Reuter, « L'euthanasie en Europe », *Objectif Europe*, n°18, 1992, p. 28-33.
- L. Robin (présenté par -, Sld. Massias), « L'euthanasie en Europe », DEA de droit pénal et politique criminelle en Europe, A.A. 2002-2003, in http://www.palliatif.org/pdf/dearobin.pdf
- P. Singer, « Ms B. And Diane Pretty : a commentary », *Journal of Medical Ethics*, Aout 2002, Vol. 28, p. 4 et s.
- C.L. Sprung, S.L. Cohen, P. Sjokvist, M. Baras, H.H. Bulow, S. Hovilehto et al., "End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study", JAMA 2003; 290:p. 790–7.
- C. Tripodina, « Primavera 2002 : la questione eutanasia preme sull'Europa », in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 2003-I, p. 351-70.
- C. Tripodina, « Profili comparatistici dell'eutanasia : itinerari giuridici alla scoperta di un diritto in via di riconoscimento », in Diritto pubblico comparato ed europeo, 2001 – IV, p. 1714-48.
- P. Valadier, *Agir en politique: décision morale et pluralisme politique*, Paris, Cerf, 1980.
- M. van de Kerchove, *Sens et non-sens de la peine – entre mythe et mystification*, FUSL, Bruxelles, 2009..
- S. Veca, *Ethique et politique*, Paris, PUF, 1999.
- C. Vigour, « Réformer la justice en Europe. Analyse comparée des cas de la Belgique, de la France et de l'Italie », *Droit et société*, 2004/1-2 (n°56-57).
- J.-L. Vincent, « Cultural differences in end-of-life care », *Crit. Care Med.* 2001;29:N52–N55.
- J.-L. Vincent, « Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries », *SWISS MED WKLY* 2004;134:p. 65–8.
- J.-L. Vincent, « Forgoing life support in western european intensive care units : the results of an ethical questionnaire », *Crit. Care Med.*, 1999, vol. 27, n°7.
- « L'Euthanasie », Série « Législation comparée », Juillet 2002, Document de travail élaboré par la Division des études de législation comparée du Service des affaires européennes du Sénat français, in http://www.senat.fr/lc/lc109/lc109.pdf
- *Euthanasia and assisted suicide in the Netherlands and in Europe : methodology of the ethical debate (Proceedings of a European conference, Maastricht, 10-11 June 1994)*, European Commission (Directorate General XII), Luxembourg, EUR-OP, 1996.

- AA.VV., « Le défi du pluralisme », *Lekton*, Automne 1993, Vol. III – n° 2, Université du Québec à Montréal.

Belgique:

- M. Adams et H. Nys, « Comparative reflections on the Belgian euthanasia act 2002 », *Medical Law Review*, 11, Autumn 2003, p. 353-76, Oxford University Press 2003.

- P. Boitte, J.-Ph. Cobbaut et D. Jacquemin, « La loi du 28 mai relative à l'euthanasie : un outil prêt à l'usage ? », in *Ethica Clinica* n° 32, Décembre 2003, p. 22-7.

- L. Bruyère, A.-S. Crosetti, J. Faniel et C. Sägesser (Sld.), *Piliers, dépilarisation et clivage philosophique en Belgique*, CRISP, Bruxelles, 2019.

- B. Conter, « Les soins palliatifs en Belgique », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, vol. 1487, no. 22, 1995, p. 1-37.

- V. de Coorebyter, « Clivages et partis en Belgique », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2008/15 n°2000, p. 7-95.

- W. De Bondt, « La nouvelle loi belge relative à l'euthanasie : la consécration de l'autonomie individuelle », *Revue de droit international et de droit comparé* – Etablissements Emile Bruylant, vol. 80, deuxième trimestre 2003, p. 233-46.

- E. De Keyser, « Euthanasie. Een medische handeling? », *NjW* 2003, liv. 45, 1067-1073.

- S. Degryse, « Le sens de la peine en matière d'euthanasie », Mémoire présenté en vue de l'obtention du Master de droit privé et sciences criminelles, Université Lille 2, 2011.

- M.-L. Delfosse, « Vers la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (I). Une approche des débats parlementaires », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2019/22 n° 2427-2428, p. 74-104.

- M.-L. Delfosse, « Vers la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (II). Une approche des débats parlementaires et de leurs prolongements », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2019/24 n° 2429-2430, p. 7-116.

- P. Delwit, *Composition, décomposition et recomposition du paysage politique en Belgique*, Éditions Labor, Bruxelles, 2003.

- P. Delwit, *Libéralismes et partis libéraux en Europe*, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2002.

- P. Delwit, J.-B. Pilet et E. van Haute, *Les partis politiques en Belgique*, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2011.

- G. Deschietere, « L'homme volontaire, Réflexions sur les nouvelles législations et en particulier celle relative à l'euthanasie », in *Ethica Clinica* n° 32, Décembre 2003, p. 28-31.

- O. De Schutter, « La limite de l'obligation de protéger la vie et le prétendu 'droit de mourir' », *Journ. jur.* 2001, liv. 4, p. 5 et s.

- A. Devillé et O. Paye, « La réforme des procédures de divorce », Bruxelles, *Courrier*

hebdomadaire du CRISP, n° 1495, 1995.

- X. Dijon, « Entre le droit et la mort, propositions pour éviter et récuser l'euthanasie », *Journal des Tribunaux*, 1985, p. 33-55.

- X. Dijon, *La réconciliation corporelle : une éthique du droit médical*, Namur, Presses universitaires de Namur, 1998.

- X. Dijon, *Le sujet de droit en son corps : une mise à l'épreuve du droit subjectif*, Namur, Société d'études morales, sociales et juridiques, 1982.

- H. Dumont, *Le pluralisme idéologique et philosophique et l'autonomie des communautés dans le droit public belge de la culture*, prom. : Rigaux, François, 1995, *in* http://hdl.handle.net/2078.1/157958

- H. Dumont, *Le pluralisme idéologique et l'autonomie culturelle en droit public belge*, volume 1 : de 1830 à 1970, volume 2 : de 1970 à 1993, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis – Bruylant, 1996.

- H. Dumont, « La 'pilarisation' de la société multiculturelle belge », *La Revue Nouvelle*, mars 1999, p. 47 et s.

- H. Dumont, « Le pluralisme 'à la belge' : un modèle à revoir », *Revue belge de droit constitutionnel*, 1999/1, p. 23-31.

- J.-C. K. Dupont, « Euthanasie : la loi belge et la position des juges européens », *Cahiers du Grisé*, n° 3, mars 2003 Paris, École Polytechnique, *in* http://www.philodroit.be/IMGpdf/euthanasie.pdf .

- M. El Berhoumi *Le régime juridique de la liberté d'enseignement à l'épreuve des politiques scolaires*, Bruylant, 2013, p. 532 et s.

- G. Genicot, « Rejet du recours en annulation de la loi étendant l'euthanasie aux mineurs : validation d'une évolution logique et prudente », note sous C.C., 29 octobre 2015, n°153/2015, *J.L.M.B.*, 2015, n°41, p. 1933-41.

- S. Ginsburgh, « La loi belge relative à l'euthanasie. Questions sur la volonté, l'autonomie et le statut du mourant », Avril 2004, *in* http://www.ginsburgh.net/textes/Fin_che_si_compia.pdf

- Ch. Guillain, « La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n° 1796, 2003.

- A. Gutmann et D. Thompson, « Pourquoi la démocratie délibérative est-elle différente ? », *Philosophiques*, vol. 29, n° 2, 2002.

- H. Hainaut, « La sédation, une euthanasie soft ? », in *Ethica Clinica* n° 32, Décembre 2003.

- B. Hanson, « Une euthanasie », in *Ethica Clinica* n° 32, Décembre 2003, p. 4-5.

- B. Hanson, « Euthanasie et figures de l'autonomie », in *Ethica Clinica* n° 32, Décembre 2003, p. 32-6.

- L. Hennebel, « La dépénalisation de l'euthanasie en Belgique », *Journal de l'Institut International des Droits de l'Homme*, 2002, Institut International des Droits de l'Homme, *in* http://www.iidh.org/

- J. Herremans, « La chambre du conseil de Liège applique la loi du 28 mai 2002 sur l'euthanasie », *Journ. proc*. 2003, liv. 455, p. 31 et s.

- J. Herremans, « La dépénalisation de l'euthanasie : un long fleuve tranquille ? Ou quelques considérations à propos de la loi relative à l'euthanasie à travers le prisme d'un non-médecin », *Revue Médicale de Bruxelles* – Nouvelle Série, AMUB – Revue Medicale de Bruxelles Volume : 27, page 69, 2006.

- J. Herremans, « Euthanasie : la Cour d'arbitrage rejette le recours de pro vita et de jurivie », *Journ. proc*. 2004, liv. 473, p. 30-31.

- Y. Kenis, « L'euthanasie active et les médecins », *Bulletin du Conseil National de l'Ordre des médecins*, 1994, 3 (63) : p. 53-61.

- M. van de Kerchove, *Le droit sans peines – Aspects de la dépénalisation en Belgique*, Ed. FUSL, Bruxelles, 1987.

- M. van de Kerchove, « Symbolique et instrumentalité. Stratégies de dépénalisation et de décriminalisation dans une société pluraliste », in *Punir mon beau souci. Pour une raison pénale*, Sld. F. Ringelheim, *Revue de l'Université de Bruxelles*, 1984, N°1-3, p. 123-171.

- Y. Leleu et G. Genicot, « L'euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas. Variations sur le thème de l'autodétermination », *Revue Trimestrielle des Droits de l'Homme*, 2004, liv. 57, p. 5-50, *in* http://www.rtdh.eu/pdf/20045.pdf

- X. Mabille, *Histoire politique de la Belgique*, CRISP, Bruxelles, 2000.

- E. Mangez et G. Liénard, « Pilier contre champ ? De l'articulation entre différenciation fonctionnelle et fragmentation culturelle », *Recherches sociologiques et anthropologiques* – Vol. 45, 2014, no 1.

- B. Marques-Pereira, « La multiplicité des rapports sociaux dans le cheminement d'une décision : le cas de l'avortement en Belgique », 1993, in A. Gauthier et J. Heinen (Sld.), *Le sexe des politiques sociales*, Paris, Côté-Femmes, p. 125-144.

- M.-T. Meulders-Klein, « Individualisme et communautarisme : l'individu, la famille et l'État en Europe occidentale », *Droit et société*, (1993a), n° 23, p. 163-197.

- M.-T. Meyers, « Le clivage philosophique en Belgique face aux enjeux éthiques après la seconde guerre scolaire », Mémoire de licence, UCL, 2000.

- J. Mine, « Chronique de législation pénale (année 2002) », *Rev. dr. pén*. 2003, liv. 3, p. 360-96.

- O. Michiels et E. Jacques, *Principes de droit pénal*, Les Editions de l'Université de Liège, 2014.

- C. Nagels, D. De Fraene, J. Christiaens, « La réforme de la protection de la jeunesse », Bruxelles, *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n° 1937-1938, 2006.

- H. Nys, « Physician assisted suicide in Belgian law », *European Journal of health Law,* 12: 39-42, 2005.

- O. Paye, « L'élaboration de la loi sur la filiation de 1987. Un modèle de processus législatif du droit belge de la famille ? », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 1993, n°30, p. 31-82.

- O. Paye, « Approche socio-politique de la production législative : le droit comme indicateur de processus de décision et de représentation politiques », in J. Commaille, L. Dumoulin, C. Robert (Sld.), *La juridicisation du politique. Leçons scientifiques.* Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 2000, p. 221-240.

- O. Paye, « Les représentations parlementaires de la désunion dans la Belgique contemporaine », in Anne Devillé et Olivier Paye (Sld.), *Les femmes et le droit. Constructions idéologiques et pratiques sociales,* Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, coll. « Travaux et recherches », n°40, 1999, p. 99-148.

- P. Piret, « Une Belgique en pointillés », *Études*, 2006/11, Tome 405, p. 441-452.

- H. Pourtois, « Délibération, participation et sens du désaccord », *Éthique publique* [En ligne], vol. 7, n° 1 | 2005, mis en ligne le 13 novembre 2015, *in*: http://ethiquepublique.revues.org/1997

- C. Sägesser et V. de Coorebyter, « Cultes et laïcité en Belgique », Dossiers du *CRISP* n° 51.

- C. Sägesser et J.-F. Husson, « La reconnaissance et le financement de la laïcité (I) », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2002/11 n° 1756, p. 5-43.

- D. Sinardet, « Le fédéralisme consociatif belge : vecteur d'instabilité ? », *Pouvoirs*, 2011/1, n° 136, p. 22 et s.

- C. Susanne (textes réunis par-), *L'euthanasie ou la mort assistée*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1991.

- F. Tulkens et M. van de Kerchove, *Introduction au droit pénal : aspects juridiques et criminologiques*, Ed. Kluwer, 2003, p. 312 et s.

- F. Tulkens, Y. Cartuyvels, Ch. Guillain, *La peine dans tous ses états. Hommage à Michel van de Kerchove*, Larcier (Bruxelles / Louvain), 2011.

- T. Vansweevelt, « De euthanasiewet : de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid ? », *Rev. dr. santé*, 2002-2003, p. 216 et s.

- T. Vansweevelt, « De euthanasiewet. Toepassingsgebied en krachtlijnen », *N. J. W.*, 2002, p. 444 et s.

- J. Wautier, « L'ouverture du débat sur l'euthanasie au Sénat / Cadre éthique, médical, juridique et politique », *Courrier Hebdomadaire du CRISP*, 2000, n° 1672-1673.

- E. Witte, « La question linguistique en Belgique dans une perspective historique », *Pouvoirs*, vol. 136, no. 1, 2011, p. 37-50.

- « Dossier sur le pluralisme », *La revue politique*, Cepess, 2001-2002, n° 2.

- « Questions autour de l'euthanasie », *La revue politique*, Cepess, 1999, n° 6.

- K. Chambaere, J. Bilsen, J. Cohen, B. Onwuteaka-Philipsen, F. Mortier, L. Deliens, « Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium : a population-based survey », CMAJ, June 2010, vol.182(9), p. 895-901.

- V. de Coorebyter, « Laïcité, séparation, cohabitation », *Cahiers marxistes* n° 229, novembre-décembre 2004.

- L. Deliens, F. Mortier, J. Bilsen, M. Cosyns, R. Van der Stichele, J. Vanoverloop et K. Ingels, « End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium : a nationwide survey », in *The Lancet*, 356, 9244, 25 novembre 2000, p. 1806-11.

- A. Dierickx, « Als sterven 'leven' is... is helpen sterven dan 'doden'? Een commentaar bij de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie », *T. Strafr*., 2003, Dossier n°2.

- M. Mallien, « L'extension de l'euthanasie aux mineurs non émancipés. Une analyse des conditions requises par les lois des 28 mai 2002 et 28 février 2014 », *J. dr. jeun*., 2015, n° 342, p. 17-29.

- F. Rigaux, « L'avis du Conseil d'Etat belge sur la dépénalisation de l'euthanasie et le droit aux soins palliatifs », *Rev. trim. D.H.* 2002, p. 274-85.

- G. Schamps, M. Van Overstraeten, « La loi belge relative à l'euthanasie et ses développements » in *Liber Amicorum Henri-D.Bosly*, Bruxelles, La Charte, 2009, P. 337-55.

- Y. Van Wesemael, J. Cohen, J. Bilsen, T. Smets, B. Onwuteaka-Philipsen, L. Deliens, « Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian act on euthanasia : a nationwide survey », *Journal of pain and symptom management*, 2011, vol.42 (5), p. 721-733.

France :

- I. Arnoux, *Les droits de l'être humain sur son corps*, Presses Universitaires Bordeaux, Bordeaux, 1994.

- N. Aumonier, B. Beignier et P. Letellier; *L'Euthanasie*, Collection : Que sais-je ? PUF, 2001.

- M. Barbier, « Pour une définition de la laïcité française ». *Débat*, 2005, mars-avril, n° 134, p. 129-141.

- J. Bauberot, « La laïcité : un mouvement en devenir », *Revue des deux mondes*, 1996, juin, n° 6, p. 23-62.

- J.-L. Baudouin, *Éthique de la mort et droit à la mort*, Paris, PUF, 1993.

- J. Benhamou, C. Brinon, H. Dupilet et C. Laroumagne, « La fin de vie en droit comparé », étude du 28.06.06, *in* http://www.droit.univ-paris5.fr/cddm/modules.php?name=News&file=article&sid=93

- P. Boucaud, « Commentaire de l'avis du Comité national consultatif d'éthique du 27 janvier 2000 "Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie" », *Laennec*, 2000, n° 60.

- H. Caillavet, « Pour la dépénalisation de l'euthanasie » (Entretien avec Henri Caillavet), La documentation française, 2004, v. 56, n° 299, mars 2004, p. 69-78.

- F.-R. Cerruti, *L'euthanasie. Approche médicale et juridique*, Toulouse, Privat, 1987.

- F. Chazel et J. Commaille (Sld.), *Normes juridiques et régulation sociale*, Paris, LGDJ, 1991.

- T. Chatel, « La mort moderne : 'tabous' et représentations », *Cités* 2016/2 (N° 66), p. 41-8, *in* http://www.cairn.info/revue-cites-2016-2-page-41.htm

- J. Coelho, *Les droits du malade en fin de vie*, Les Études Hospitalières, 2007.

- J. Commaille, *L'esprit sociologique des lois. Essai de sociologie politique du droit*, 1994, Paris, PUF.

- V. de Coorebyter, « Laïcité : la mauvaise réputation », *Les @nalyses du CRISP en ligne*, 3 mars 2017, www.crisp.be

- I. Corpart, « Nouvelle loi sur la fin de vie : début d'un changement. Commentaire de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie », *Droit de la famille* (n° 6), 2005, p. 7-11.

- G. Delfau, *La laïcité, défi du XXIe siècle*, L'Harmattan Paris, 2015.

- L. Delsenne, « De la difficile adaptation du principe républicain de laïcité à l'évolution socio-culturelle française », *Revue du droit public*, 01/03/2005, n° 2, p. 427-462.

- V. Depadt, « Le droit à une sédation et les directives anticipées: principaux apports de la loi "Claeys-Léonetti" du 2 février 2016 », in *Lexbase*, 2016, 645, p.43 et s.

- A. Dieckhoff, *La constellation des appartenances : nationalisme, libéralisme et pluralisme*, Paris, Presse de sciences po, 2004.

- F. Dreifuss-Netter, « Les juges et la fin de vie », Les Tribunes de la santé, 2004/4 (no 5), p. 65-75. www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SEVE_005_75

- F. Dreifuss-Netter (dossier réalisé par -), *Malades en fin de vie. Soins, éthique et droit, Problèmes politiques et sociaux* – 19 – La documentation française, N° 926, juillet 2006.

- F. Dreifuss-Netter, « Refus, limitation ou arrêt des traitements dans la loi relative à la fin de vie », étude mise à jour le 16/05/07, *in* http://www.droit.univ-paris5.fr/cddm/modules.php?name=News&file=article&sid=103

- E. Dunet-Larousse, « L'euthanasie : significations et qualification au regard du droit pénal », *Revue de droit sanitaire et social*, 34, 1998.
- C. Durand-Prinborgne, « La loi sur la laïcité, une volonté politique au centre de débats de société », *Actualité Juridique Droit Administratif (AJDA)*, n°13, p. 704-9.
- A. Garapon, « La fin de vie et le droit », Intervention au Colloque sur différents aspects de la prorogation de la vie (Londres, octobre 2003), *in* http://www.courdecassation.fr/internationale_br_5/britanno_irlandais_632/publications_635/fin_vie_droit_8648.html?idprec=6766
- M. Gauchet, *La religion dans la démocratie* – Parcours de la laïcité, Paris, Gallimard, 1998.
- F. Gauthier, « Républicanisme vs libéralisme. Les régimes de laïcité et leur mise à l'épreuve », *Revue du Mauss*, 2017/1 n° 49, p. 269-290.
- P. Hayat, « Laïcité et sécularisation », *Les Temps Modernes*, 1/2006 (n° 635-636), p. 317-29.
- E. Hirsch (Sld.), *Mort par sédation. Une nouvelle éthique du « bien mourir »*, Toulouse, ERES, Poche – Espace éthique, 2016.
- E. Hirsch, « La sédation profonde et continue à l'épreuve de l'euthanasie », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, vol. 124, no. 1, 2016, Presses universitaires de Grenoble, p. 29-36.
- S. Hocquet-Berg, « Le texte sur la fin de vie : une loi pour les malades ou... pour les médecins ? », *Resp. civ. et assur*. Mai 2005. p.4 et s.
- G. Koubi, « Vers une déconstruction du principe de laïcité ? », *Revue du droit public*, 1er mars 2004, n°2, p. 325-329.
- G. Laval, M.-L. Villard, F. Comandini, N. Carlin et R. Schaerer, « Euthanasie et suicide assisté, ces demandes qui se font plus pressantes », in *Ethica Clinica* n° 32, Décembre 2003.
- B. Legros, *Euthanasie, arrêt de traitement, soins palliatifs et sédation*, Les Études Hospitalières, 2011.
- B. Legros, *L'euthanasie et le droit. État des lieux sur un sujet médiatisé*, [deuxième édition], Les Études Hospitalières, 2006.
- C. Martel, « L'euthanasie : une réforme manquée », *Revue pénitentiaire et de droit pénal* – 1908 – PERI – Editions CUJAS, 2006, v. 130, n° 2, p. 281-90.
- E. Montero et B. Ars (Sld.), *Euthanasie. Les enjeux du débat*, Presse de la Renaissance, Paris, 2005.
- J. Paillot, « L'euthanasie et le droit », Transcription d'une conférence donnée au colloque de bioéthique de Paray-le-Monial le 13 novembre 2004, www.cfjd.org/cupboard/analyses/euthanasie_et_droit_jean_paillot_note_2_cfjd_2004.doc#_Toc88559357

- B. Palier et Y. Surel, *Quand les politiques changent. Temporalités et niveaux de l'action publique*, L'Harmattan, Paris, 2010, Coll. Logiques Politiques.
- J.-Ph. Pierron, « Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, no. 2, 2007, p. 43-66.
- E. Putman, « Commentaire de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits du malade et à la fin de vie », *Rev. jur. Personnes et famille* n°6, juin 2005.
- A. Renaut, A. Touraine, *Un débat sur la laïcité*, Paris, Stock, 2005.
- J. Ricot, « Une loi exemplaire sur la fin de vie », *Esprit* (n° 315), Juin 2005, p. 119 et s.
- G.-H. Riposseau (présenté par -, Sld de J.-P. JEAN), «Pénalisation et dépénalisation (1970-2005) », Mémoire de Master II recherche droit pénal et sciences criminelles, Université de Poitiers, A.A. 2004/2005, *in* http://www.memoireonline.com/03/07/380/m_penalisation-depenalisation-1970-20050.html
- J. Roux, « Permanences et mutations du Code civil au XXe siècle », in J. Bouine et J. Roux, *200 ans de Code civil*, CulturesFrance, 2004.
- R. Schaerer, F. Poirier, « Compte rendu d'actualités », *Jusqu'à la mort accompagner la vie* 2/2016 (N° 125), p. 97-103. URL : www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2016-2-page-97.htm
- D. Sicard, « Le coup de grâce », in *La lettre de l'Espace éthique (Hôpitaux de Paris)*, 2000, n° 9-10-11, et « Réfléchir avec humilité et sérénité à la vie et à la mort à l'hôpital », suivi d'un débat « L'euthanasie en question », in *La lettre de l'Espace éthique*, 2000, n° 12,13,14, *in* http://www.espace-ethique.org
- P. Verspieren, « La loi sur la fin de vie : De l'émotion à la pondération », *Etudes* (n° 4), octobre 2005, p. 329-40.
- V. F. Vialla, « Droits des malades et fin de vie », *D*. 2005, n° 27, p. 1797 et s.
- C. Vigour, « Politiques et magistrats face aux réformes de la justice en Belgique, France et Italie », *Revue française d'administration publique*, 2008/1 (n° 125).
- C. Vigour, *La comparaison dans les sciences sociales*, Paris, La découverte (Repères), 2005.
- A. Viola, « Laïcité, il faut poursuivre le débat », *Revue de la recherche juridique*, droit prospectif, 2004, n°2, p. 1453-64.
- Y. Ch. Zarka, « Qu'est-ce que finir sa vie ? », *Cités* 2016/2 (N° 66), p. 3-10, *in* http://www.cairn.info/revue-cites-2016-2-page-3.htm
- « Dossier Laïcité », *Après-demain*, avril-mai 2001, n° 433-434.
- « Laïcité, mode d'emploi », *Hommes et migrations*, 1999, mars-avril, n° 1218, p. 1-76.
- « La laïcité », *Pouvoirs*, 1995, nov., n° 75, p. 5-116.
- « La laïcité, une religion française », *Le Monde, Dossiers et documents*, décembre 2005,

n° 348, p. 1-8.

- « La laïcité : mémoire et exigences du présent », *Problèmes politiques et sociaux*, 2005, oct., n° 917, p. 4-118 ; 2005, févr., n° 2, p. 79-154.

- « Le bien mourir », *Gérontologie et société*, n° 108, 2004/1 vol. 27, mars 2004, p. 6-245. Notamment : M.-F. Callu, « Les mots de la fin de vie : cessation de traitement, sédation, euthanasie active et passive, en quoi ces mots heurtent-ils notre Droit français ? », p. 89 et s. ; S. Rameix, « Le droit de mourir », p. 97 et s. ; M. Desmedt, « Limitation et arrêt thérapeutique », p. 167 et s. ; R. Schaerer, « Euthanasie : la situation française », p. 177 et s.

- *L'histoire*, numéro spécial, « Dieu et la politique. Le défi laïque », n°289 Juillet – Août

Italie :

- R. Alagna, *Tipicità e riformulazione del reato*, Bononia University Press, Bologna, 2007.

- M. C. Barbieri, « Stato vegetativo permanente: una sindrome 'in cerca di un nome' e un caso giudiziario in cerca di una decisione. I profili penalistici della sentenza Cass. 04.10.2007 sez. I civile sul caso di Eluana Englaro », *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, 2008, 51 (1), p. 389-421.

- A. Bernardi, « Soft law e diritto penale: antinomie, convergenze, intersezioni », in *Soft law e hard law nelle società postmoderne*, (a cura di) A. Somma, Torino, Giappichelli Editore, 2009, p. 1-29.

- M. Bignami, « Il caso Cappato alla Corte Costituzionale: un'ordinanza ad incostituzionalità differita », *Questione Giustizia*, 19.11.2018, *in* http://questionegiustizia.it/articolo/il-caso-cappato-alla-corte-costituzionale-un-ordinanza-ad-incostituzionalita-differita_19-11-2018.php

- S. Cacace, « La sedazione palliativa profonda e continua nell'imminenza della morte: le sette inquietudini del diritto », in *Riv. it. med. leg.*, 2017, n. 2.

- S. Canestrari, « Le diverse tipologie di eutanasia: una legislazione possibile », *Riv. it. med. leg.*, 2003, V, p. 751 et s.

- S. Canestrari, « Una buona legge buona (DDL recante 'Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento') », *Riv. it. med. leg.*, 2017, V. 39, f. 3, p. 975-80.

- S. Canestrari, « I tormenti del corpo e le ferite dell'anima: la richiesta di assistenza a morire e l'aiuto al suicidio », *Diritto Penale Contemporaneo*, 3/2019, p. 119-38.

- S. Canestrari, « Una sentenza 'inevitabilmente infelice': la 'riforma' dell'art. 580 C.P. da parte della Corte Costituzionale », *Riv. it. dir. proc. pen.*, Anno LXII Fasc. 4 – 2019, p. 2159-79.

- S. Canestrari, G. Cimbalo e G. Pappalardo (a cura di -), *Eutanasia e diritto: confronto tra discipline*, Torino, Giappichelli, 2003.

- M. Cappato, *Credere, disobbedire, combattere – Come liberarci delle proibizioni per*

migliorare la nostra vita, Rizzoli, Milano, 2017.

- E. Carpanelli, « Di corti e comitati… L'epilogo del "caso Lambert" nella prospettiva del diritto internazionale dei diritti umani », in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 3/2019, p. 9-26.

- C. Casonato, C. Piciocchi (a cura di-), *Biodiritto in dialogo*, CEDAM, 2006.

- G. Cassano, « Note di attualità in tema di eutanasia », *Giur. it.* 2003, V, p. 1527 et s.

- P. Chiassoni, « Sucidio terapeutico e diritto penale. Un esercizio di analisi argomentativa », *Diritto e questioni pubbliche*, XVIII, 2018/I (giugno), p. 403-20.

- L. Chieffi (a cura di-), *Bioetica e diritti dell'uomo*, Paravia, Torino, 2000.

- C. Cupelli, « Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa. La sentenza 242 del 2019 e il caso Cappato », *sistemapenale.it*, 4 dicembre 2019.

- A. D'Aloia, « Diritto di morire? La problematica dimensione costituzionale della "fine della vita" », *Politica del diritto*, 1998, I , p. 601 et s.

- M. Donini, « La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale », *Riv. it. med. leg.*, 2016, vol. 38, II, p. 555-81.

- L. Eusebi, « Omissione dell'intervento terapeutico ed eutanasia », Archivio penale 1985, p. 508 et s.

- S. Fabbrini, « The transformation of the Italian democracy », *Bulletin of Italian Politics*, Vol. 1, n°1, 2009, p. 29-47.

- C. Flamigni e M. Mengarelli, *Nelle mani del dottore?*, FrancoAngeli, 2014.

- G. Fornasari, « Paternalismo hard, paternalismo soft e antipaternalismo nella disciplina penale dell'aiuto al suicidio. Corte costituzionale e Bundesverfassungsgericht a confronto », in *Sistema penale*, 11 giugno 2020.

- P. Frati, G. Montanari Vergallo, N. M. Di Luca, « Eutanasia e dignità della vita umana: il contributo della Corte d'Assise d'Appello di Milano (nota a Ass. Ap. Milano, sez. I, 21 giugno 2002, n° 23) », *Riv. it. med. leg.*, 2003, V, p. 916 et s.

- M. Garavelli, « Eutanasia e attenuante del motivo di particolare valore morale (nota a sent. Cass., Sez. I, 7 aprile 1989, Billo) », *Cass. pen.*, 1991, I, p. 1780 et s.

- F. Giunta, « Diritto di morire e diritto penale – I termini di una relazione problematica », *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1997, II, p. 74 et s.

- F. Giunta, « Eutanasia pietosa e trapianti quali atti di disposizione della vita e del proprio corpo », *Dir. pen. e processo*, 1999, I, p. 403 et s.

- G. Iadecola, *Il medico e la legge penale*, Padova, CEDAM, 1993, p. 127 et s.

- F. Introna, « Omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) ed analisi psichiatrico-forense della validità del consenso (nota a sent. Corte Assise Roma, 25 febbraio 1984, Papini) », *Riv.it. med. leg.*, 1987, p. 201 et s.

- I. Lagrotta, « Diritto alla vita ed eutanasia nell'ordinamento costituzionale italiano: principi e valori », relazione tenuta nel giugno del 2005 al Convegno internazionale su "Inizio e fine della persona umana" Università di Warmia-Olstyn – Polonia, *in* http://www.lexitalia.it/articoli/lagrotta_eutanasia.htm

- A.-M. Lecis Cocco Ortu, « L'équilibrisme de la Cour constitutionnelle italienne en matière d'euthanasie et d'assistance au suicide : entre activisme et respect du rôle du législateur », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 15 janvier 2020, *in* http://journals.openedition.org/revdh/8185 .

- D. Mack Smith, *Storia d'Italia*, Bari-Roma, Ed. Laterza, 1972.

- M. B. Magro, « The last dance. Riflessioni a margine del c.d. caso Cappato »", *Diritto Penale Contemporaneo*, 06/2019.

- M. B. Magro, « Il suicidio assistito tra inviolabili diritti di libertà e obblighi di prestazione positiva nella decisione del Tribunale Costituzionale tedesco sul § 217 StGB », *Dir. pen. XXI sec.*, 2019, 36, P. 5 et s.

- M. Mainardi (a cura di -), « Testamento biologico e consenso informato », Giappichelli Editore, Torino, 2018.

- F. Mantovani, « Aspetti giuridici dell'eutanasia », in *Rivista Italiana di diritto e procedura penale*, 1988, p. 448 et s.

- V. Manzini, *Trattato di diritto penale italiano*, Torino, 1981, 5° Ed. aggiornata, Unione tipografica – Editrice torinese.

- A. Massaro, Questioni di fine vita e diritto penale, G. Giappichelli Editore, Torino, 2020.

- L. Monticelli, « Eutanasia, diritto penale e principio di legalità », in *L'indice penale*, 1998, p. 463 et s.

- V. Patalano, *I delitti contro la vita*, Padova, CEDAM, 1984.

- G. Razzano, « Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte o sedazione profonda e continua fino alla morte. La differenza tra un trattamento sanitario e un reato. Il parere del CBN, la legge francese e le proposte di legge all'esame della Camera dei deputati », in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 3/2016, p. 141-65.

- L. Risicato, « La Consulta e il suicidio assistito: l'autodeterminazione timida fuga lo spettro delle chine scivolose », in *Legislazione penale*, 16 marzo 2020.

- A. Ruggeri, « Fraintendimenti concettuali e utilizzo improprio delle tecniche decisorie nel corso di una spinosa, inquietante e ad oggi non conclusa vicenda (a margine di Corte Cost. Ord. n. 207 del 2018) », *Consulta Online*, 209/I, p. 92-112.

- E. Scalfari (a cura di-), *Dibattito sul laicismo*, Ed. La biblioteca di Repubblica, Rome, 2005.

- S. Seminara, « Riflessioni in tema di suicidio e di eutanasia », *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1995, p. 670 et s.

- S. Seminara, « Le sentenze sul caso Englaro e sul caso Welby: una prima lettura », *Diritto penale e processo*, 2007, 12, p. 1561-67.

- O. Spataro, « La legge n. 219 del 2017 e la disciplina del fine-vita tra principi costituzionali e problemi aperti. Spunti di riflessione », in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 2/2019, p. 199-222.

- L. Stortoni, « Riflessioni in tema di eutanasia », *Indice pen.*, 2000, II, p. 477 et s.

- C. Todini, « Riflessioni in tema di diritto di morire con dignità e di aiuto a morire », *Giust. Pen.*, 2000, II, 193.

- R. Valdrè, « Il suicidio. Aspetti epidemiologici e note generali », *in* http://www.psicoterapie.org/63.htm .

- P. Veronesi, « Fisionomia e limiti del diritto fondamentale all'autodeterminazione », in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, Special Issue 2/2019, p. 27-43.

- S. Vinciguerra, « L'aiuto al suicidio dopo il giudizio di costituzionalità. Una risposta e qualche domanda », in *Foro it.*, 2020, I, p. 843 et s.

- V. Zagrebelsky, « Aiuto al suicidio. Autonomia, libertà e dignità nel giudizio della Corte europea dei diritti umani, della Corte costituzionale italiana e di quella tedesca », in *Legislazione penale*, 2 marzo 2020.

- AA. VV., *Liberalismo, cristianesimo e laicità*, postfazione di M. Pera, Mondadori, 2005.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....5
Glossaire.....9
Acronymes des partis politiques.....12

INTRODUCTION.....15
1 L'objet : la régulation juridique de la fin de vie.....16
2 Un cadre d'interprétation interdisciplinaire.....27
3 La structure de la recherche.....36

PARTIE I : LE DROIT POSITIF EN BELGIQUE, FRANCE ET ITALIE.....39

1 LE DROIT BELGE.....40
1.1 La loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002.....40
1.1.1 L'exclusion de l'aide au suicide du champ d'application de la loi.....54
1.1.2 L'option de la décriminalisation et la technique législative.....57
1.2 La loi du 28 février 2014, étendant l'euthanasie aux mineurs.....59
1.3 La loi relative aux droits du patient du 22 août 2002.....60
1.4 La loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs.....62
1.5 Le code de déontologie médicale.....63
1.6 Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives.....64

2 LE DROIT FRANÇAIS.....66
2.1 Les dispositions du Code civil.....66
2.2 Les dispositions du Code pénal.....67
2.3 Un aperçu des quatre lois adoptées récemment.....73
2.4 La jurisprudence.....81
2.5 Le code de déontologie médicale.....86
2.6 Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives.....89

3 LE DROIT ITALIEN.....93
3.1 La loi relative au testament biologique.....94
3.2 La législation concernant les soins palliatifs.....98
3.3 Les dispositions du Code pénal.....100
3.4 La jurisprudence.....105
3.5 Les dispositions du Code civil.....110
3.6 Le code de déontologie médicale.....112

3.7 Le cadre juridique dans son ensemble : observations conclusives.....114

PARTIE II :
LE PROCESSUS DE RÉFORME LÉGISLATIVE DANS LES TROIS PAYS.
UN OBJET JURIDIQUE, UNE DÉMARCHE SOCIOLOGIQUE.....117

1 LA BELGIQUE.....119
1.1 Introduction aux règles du jeu parlementaire.....119
1.2 L'historique législatif.....120
1.2.1 Les normes en vigueur avant le changement législatif.....121
1.2.2 Le débat de société croissant.....125
1.2.3 Les travaux parlementaires avant 1999.....128
1.2.3.1 Les propositions de loi déposées.....130
1.2.3.2 La création du Comité consultatif de bioéthique.....136
1.2.3.3 Le premier débat parlementaire sur l'euthanasie.....142
1.2.3.4 Vers les élections de juin 1999.....150
1.2.4 Considérations conclusives concernant l'historique.....156
1.3 Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2002.....166
1.3.1 La présentation des propositions de loi et le dépôt de propositions additionnelles.....172
1.3.1.1 Les différentes visions exprimées dans les propositions déposées.....174
1.3.2 Les propositions communes de la majorité gouvernementale.....181
1.3.2.1 La proposition relative à l'euthanasie.....181
1.3.2.2 La proposition relative à une commission fédérale d'évaluation.....185
1.3.2.3 La proposition relative aux soins palliatifs.....186
1.3.3 Le débat parlementaire en commissions réunies.....188
1.3.3.1 Les propositions initiales.....188
1.3.3.2 La présentation de la proposition de la majorité.....191
1.3.3.3 Les auditions des experts.....192
1.3.3.4 La parole aux sénateurs : le débat général.....195
1.3.3.4.1 Quelles valeurs et quelle organisation sociale.....196
1.3.3.4.2 Intervenir dans le Code pénal : oui, non, comment.....205
1.3.3.4.3 ...et à quelles conditions.....212
1.3.3.4.4 Les références aux autres pays.....219
1.3.3.4.5 Les mots pour le dire.....225
1.3.4 Les amendements et le texte adopté en commissions.....227
1.3.4.1 L'intitulé de la proposition de loi.....228
1.3.4.2 Les dispositions générales.....229

1.3.4.3 Les conditions et la procédure....232
1.3.4.4 La déclaration anticipée....238
1.3.4.5 La problématique de la femme enceinte....245
1.3.4.6 La déclaration de décès et la commission fédérale....247
1.3.4.7 Les dispositions particulières, les dispositions modificatives et l'entrée en vigueur....255
1.3.4.8 Le vote final en commissions....261
1.3.5 L'avis du Conseil d'État....262
1.3.6 Le passage en plénière au Sénat....265
1.3.6.1 Le débat....266
1.3.6.2 Le vote....275
1.3.7 L'examen analytique des dynamiques parlementaires au Sénat....277
1.3.7.1 Les facteurs du succès....277
1.3.7.2 Les stratégies....283
1.3.8 Le débat et le vote à la Chambre....295
1.3.8.1 Les amendements déposés en commission Justice....295
1.3.8.2 L'opinion de la commission Santé publique....296
1.3.8.3 Le débat et le vote en commission Justice....296
1.3.8.4 Le débat et l'adoption en séance plénière....299
1.3.8.5 Les dynamiques parlementaires à la Chambre....304
1.4 Après l'adoption de la loi sur l'euthanasie....305
1.4.1 Le rejet des recours par la Cour d'Arbitrage....305
1.4.2 Les rapports bisannuels de la commission fédérale de contrôle et d'évaluation....307
1.4.3 Les propositions de loi visant à amender la loi de 2002, déposées entre 2003 et 2013....313
1.4.4 La loi du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs....317
1.4.5 Les propositions de loi visant à amender la loi de 2002, déposées entre 2014 et 2020....320
1.4.6 Une dernière affaire (partiellement) en cours....322

2 LA FRANCE....334
2.1 Introduction aux règles du jeu parlementaire....334
2.2 L'historique législatif....335
2.2.1 Les normes en vigueur avant le changement législatif....336
2.2.2 Les initiatives législatives antérieures à la loi du 3 février 2016 (loi « Claeys-Leonetti »)....337
2.2.2.1 Les propositions de loi déposées mais restées sans suite

entre 1978 et 2008.....338
2.2.2.2 Les premières propositions de loi concernant une aide active à mourir soumises au vote.....350
2.2.2.3 Les propositions de loi déposées mais restées sans suite en 2008 et 2009.....355
2.2.2.4 Une autre proposition de loi soumise au vote.....358
2.2.2.5 Les propositions de loi déposées et restées sans suite entre fin 2009 et début 2012.....366
2.2.2.5.1 L'année 2012 : des changements à l'horizon.....367
2.2.2.6 Les propositions de loi et les débats entre 2013 et 2015 : une hausse de l'intensité de l'échange politique.....371
2.2.3 Considérations conclusives concernant l'historique.....381
2.3 Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2016.....384
2.3.1 La proposition de loi.....385
2.3.2 La première lecture à l'Assemblée nationale.....389
2.3.3 La première lecture au Sénat.....396
2.3.4 La deuxième lecture à l'Assemblée nationale.....400
2.3.5 La deuxième lecture au Sénat.....405
2.3.6 La proposition de la Commission paritaire.....407
2.3.7 La troisième lecture à l'Assemblée nationale.....409
2.3.8 La troisième lecture et l'adoption au Sénat.....413
2.3.9 L'analyse du débat parlementaire.....413
2.3.10 Réflexions sur les dynamiques politiques sous-jacentes.....421

3 L'ITALIE.....430
3.1 Introduction aux règles du jeu parlementaire.....430
3.2 L'historique législatif.....431
3.2.1 Les normes en vigueur avant le changement législatif.....431
3.2.2 Les initiatives législatives antérieures à 2013.....433
3.2.2.1 Les propositions et projets de loi déposés mais restés sans suite entre 1984 et 2005.....434
3.2.2.2 Les propositions et projets de loi déposés mais restés sans suite entre 2006 et 2008.....446
3.2.2.3 Les projets et propositions de loi confluant dans le « projet de loi Calabrò ».....469
3.2.2.4 Les propositions et projets de loi déposés mais restés sans suite entre 2009 et 2013.....482
3.2.3 Considérations conclusives concernant l'historique.....483
3.3 Le processus législatif en vue de l'adoption de la loi de 2017.....485

3.3.1 Les propositions et projets de loi déposés mais restées sans suite concernant l'euthanasie....486
3.3.2 Le processus parlementaire concernant le testament de vie à la Chambre....489
3.3.2.1 Le travail parlementaire en commission....497
3.3.2.2 L'adoption en plénière....502
3.3.2.2.1 Le débat....503
3.3.2.2.2 Les amendements clé....523
3.3.2.2.3 L'adoption du texte final....532
3.3.3 Le processus parlementaire au Sénat....532
3.3.3.1 Le travail parlementaire en commission....534
3.3.3.2 L'adoption en plénière....535
3.4 Réflexions sur les dynamiques politiques sous-jacentes....536
3.4.1 Les facteurs du succès....536
3.4.2 Les stratégies....539

CONCLUSIONS GÉNÉRALES....541
1 Les paradigmes socio-politiques dominants dans les trois pays....542
1.1 Le modèle belge : le pluralisme segmenté....543
1.2 Le modèle français : le républicanisme....547
1.3 Le modèle italien : le « pacte social »....551
2 Un chemin commun vers la liberté individuelle, une amplitude distincte selon le pays....554
2.1 Des changements importants en l'espace de deux décennies....555
2.2 Convergences et divergences dans les évolutions du contenu législatif....563
3 Le rôle du droit pénal et des principes juridiques mobilisés....565
3.1 Criminalisation *versus* décriminalisation et pluralisme....566
3.2 La liberté individuelle et les autres droits humains....569
3.3 Le besoin de sécurité juridique....573
3.4 Décriminalisation/dépénalisation et langage....576
3.5 La valeur symbolique du droit pénal....581
4 Le rôle des rapports de force électoraux et des stratégies des partis....583
4.1 Des majorités politiques innovantes....584
4.2 Des stratégies basées sur l'initiative parlementaire....585
4.3 Un réformisme plus ou moins modéré selon les cas....586
5 Observations comparatives finales et pistes de réflexion....587

Annexes....592
Bibliographie....627