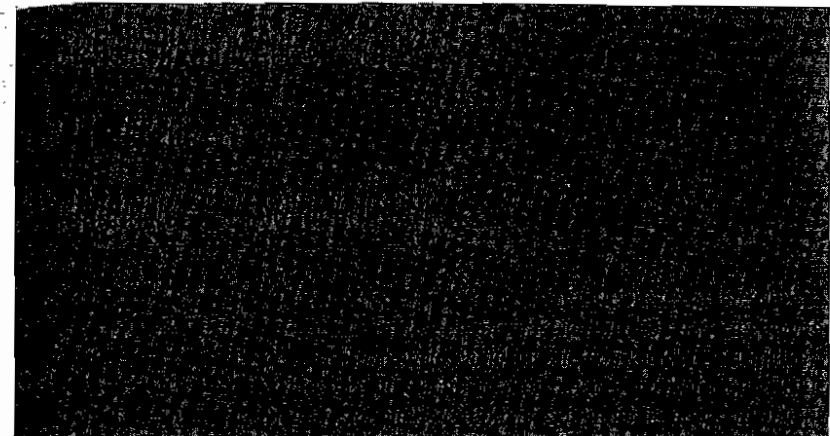




SOMMAIRE

- I. -- LES AVIS DU COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE
- II. -- LA LÉGISLATION RELATIVE AUX SOINS PALLIATIFS
- III. -- LA LÉGISLATION RELATIVE À L'EUTHANASIE
 - A. -- Les débats préalables à l'adoption de la législation
 - B. -- Les conditions et la procédure imposées pour une pratique légale de l'euthanasie

1. -- La problématique de la fin de vie a fait l'objet de discussions importantes en Belgique ces dernières années. Elle a donné lieu à l'adoption de deux législations spécifiques en la matière². Il s'agit de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie³ et de la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs.

1. Les développements de cet article n'engagent que son auteur. Adresse courriel : schamps@pen.ucl.ac.be.

2. Pour consulter ces législations, v. le site <http://www.moniteur.be>.

3. Sur le sujet v. M. VAN OVERSTRAETEN, « Le droit à la vie et le droit à la mort en fin de vie. État des lieux en Belgique et aux Pays-Bas », *Politeia*, vol. III, 2003, p. 161-176 ; M. VAN OVERSTRAETEN et L. MICHEL, « The Protection of the Patient's Private Life : a Vast Normative Landscape », *Acta Chirurgica Belgica*, vol. CII, 2002, n° 5, p. 282-288, et n° 6, p. 420-426, intégré aux collections du

Ces législations ont été élaborées en parallèle avec la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁴.

Le Comité consultatif de bioéthique de Belgique avait auparavant rendu deux avis sur le sujet : l'un concernant l'opportunité d'un règlement général de l'euthanasie⁵ ; l'autre ayant trait à la question de l'arrêt actif de la vie de personnes incapables d'exprimer leur volonté⁶. Ces avis sont brièvement présentés ci-dessous.

Quant au Conseil national de l'Ordre des médecins, il a toujours été attentif aux problématiques liées à la fin de vie. Il a ainsi émis plusieurs avis sur le sujet avant l'adoption de ces législations⁷. Il en a ensuite rendu un autre en 2003 afin d'examiner l'incidence pour la déontologie médicale de la loi relative à l'euthanasie⁸. Plusieurs passages de cette contribution s'y réfèrent. Le Conseil national de l'Ordre s'attache à présent à modifier les articles du Code de déontologie relatifs à la vie finissante⁹ afin de tenir compte du nouveau régime légal.

I. – LES AVIS DU COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE

2. – Dans l'avis du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, le Comité consultatif de bioéthique de Belgique a estimé « ne pas pouvoir et ne pas devoir trancher dans un débat où les orientations éthiques et les conceptions de la vie sont fondamentalement divergentes¹⁰ ». Il a cependant constaté qu'il avait été possible, dans les discussions, de rapprocher les points de vue. Il a dès lors engagé les autorités à susciter sur cette question un large débat démocratique entre les représentants des principaux acteurs concernés et, de manière générale, entre les citoyens.

National Reference Center for Bioethics Literature du Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics de l'université de Georgetown, Washington DC ; J. MASSION, « Les lois belge et néerlandaise sur l'euthanasie », Revue générale de droit médical, numéro spécial, 2004, p. 207-220 ; « L'exception euthanasique en droit belge », Louvain médical, Bruxelles, 2005, n° 7, p. 238-245, et les autres contributions de cette revue sur les décisions médicales en fin de vie ; Th. VANSWEEVELT, « De euthanasiewet : de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid », J. Gez. / Rev. dr. santé, 2002-2003, p. 216-278 ; H. NYS, De wet op de euthanasie. Beknopte bespreking op basis van wetsvoorbereiding en eerdere commentaren, Mechelen, Kluwer, 2004, 97 p.

4. V. sur le sujet le numéro spécial consacré à la loi relative aux droits du patient dans la revue *J. Gez. / Rev. dr. santé*, 2003-2004/2 ; cf. aussi les contributions publiées dans l'ouvrage *Droits du patient et responsabilité médicale – La loi du 22 août 2002*, Bruxelles, Kluwer, 2003, 221 p.

5. Avis n° 1, du 12 mai 1997, concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie ; v. le site <http://www.health.fgov.be/bioeth/>.

6. Avis n° 9, du 22 février 1999, concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté.

7. V. notamment l'avis du 17 novembre 2001 concernant le projet de loi relatif à l'euthanasie ; pour consulter cet avis et d'autres plus anciens, v. le site <http://www.ordomedic.be>.

8. Avis du 22 mars 2003 relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie.

9. V. les articles 95 à 98.

10. Avis du 12 mai 1997, préc., p. 4 et 5.

Dans l'avis du 22 février 1999 concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté, le Comité consultatif de bioéthique a constaté un consensus de ses membres quant au rejet de l'acharnement thérapeutique, au souhait de développer les soins palliatifs et au manque de transparence du processus de décision médicale à la fin de la vie.

3. – En revanche, des positions distinctes ont été présentées dans les deux avis précités quant à la question de savoir s'il était éthiquement justifiable que l'ordre juridique légitime l'euthanasie de personnes capables d'exprimer leur volonté ou l'arrêt actif de la vie de personnes incapables de le faire¹¹.

Certains membres du Comité souhaitaient une reconnaissance légale de l'euthanasie ou de l'arrêt actif de la vie. Ils invoquaient la nécessité d'une intervention législative qui reconnaisse l'autonomie de la décision de chaque personne devant la mort. Ils avançaient également qu'il y avait un caractère éthique dans un acte, qu'ils qualifiaient de solidarité et de respect de la dignité humaine, consistant à mettre fin à la vie d'un patient dont la situation est sans issue.

D'autres membres considéraient que l'euthanasie effectuée sur des personnes capables ne pouvait être éthiquement justifiée que dans des cas exceptionnels (l'état de nécessité) moyennant une procédure *a priori*. Ils n'acceptaient pas l'arrêt actif de la vie de personnes devenues incapables, lorsque celles-ci n'avaient pas rédigé de directive anticipée en ce sens.

Une troisième position consistait à accepter l'euthanasie comme limite extrême d'une pratique médicale en état de nécessité, moyennant le respect d'une procédure *a priori*. L'arrêt actif de la vie de personnes incapables était cependant toujours refusé.

Enfin, certains prônaient le maintien de l'interdit de l'euthanasie et de l'arrêt actif de la vie – considérés par la loi belge comme un assassinat ou un meurtre – affirmant que la valeur éminente de la vie était le support naturel des autres droits de la personne humaine.

4. – Après les deux avis précités, plusieurs propositions de loi ont été déposées concernant la fin de vie et un débat public a été organisé au Parlement. La loi relative à l'euthanasie a ensuite été adoptée le 28 mai 2002. Son instauration est allée de pair avec la loi du 14 juin 2002 garantissant à tous l'accès aux soins palliatifs.

II. – LA Législation relative aux Soins Palliatifs

5. – La loi du 14 juin 2002 affirme le droit, pour tout patient, de pouvoir bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie. Les dispositifs d'offre de soins palliatifs et les critères de remboursement de ces soins par la Sécurité sociale doivent garantir l'égalité d'accès aux soins palliatifs de tous les patients incurables, dans l'ensemble de l'offre de soins.

11. Il est à observer que le Comité consultatif de bioéthique a utilisé un terme différent selon qu'il s'agissait de personnes capables (« euthanasie ») ou de personnes incapables (« arrêt actif de la vie »).

5.1. – Il est entendu par soins palliatifs 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 curatives. Le législateur a souligné l'importance capitale d'un ensemble multidisciplinaire de soins pour assurer l'accompagnement des patients en fin de vie 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. Une évaluation régulière des besoins en matière de soins palliatifs et de la qualité des réponses qui y sont apportées est réalisée par une cellule d'évaluation.

5.2. – La loi relative aux soins palliatifs précise encore que tout patient a le droit d'obtenir une information concernant son état de santé¹² et les possibilités des soins palliatifs. Sauf en cas d'urgence, le consentement du patient est requis pour tous les examens ou traitements. Le droit à l'information relatif à l'état de santé et à son évolution probable ainsi que le droit au consentement libre et éclairé¹³ pour toute intervention sont également affirmés de manière générale dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art. 7 et 8)¹⁴.

Néanmoins, si le législateur énonce le droit du patient à pouvoir bénéficier de soins palliatifs, il ne les impose pas. En vertu de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, celui-ci peut refuser toute intervention médicale ou retirer son consentement libre et éclairé, même si cette décision peut avoir des conséquences graves pour sa vie ou son intégrité physique. Il convient toutefois que le patient ait été clairement informé des conséquences de ce refus.

III. – LA LÉGISLATION RELATIVE A L'EUTHANASIE

A. – Les débats préalables à l'adoption de la législation

6. – A notre connaissance, la question de l'euthanasie n'a pas fait l'objet de décisions judiciaires en Belgique au cours des dernières décennies précédant la loi du 28 mai 2002. Par ailleurs, ni la loi belge ni la Constitution n'énoncent de façon expresse le droit à la vie et ne consacrent explicitement un droit à la mort. Néanmoins, sont d'application en Belgique l'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fonamen-

12. V. les articles 7 et 8 de cette législation.

13. Sur le sujet, cf. G. SCHAMPS, « L'information et le consentement du patient au regard de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », dans *Droits du patient et responsabilité médicale – La loi du 22 août 2002*, Bruxelles, Kluwer, 2003, p. 41-68. Le droit au consentement libre et éclairé était déjà reconnu par application des règles de droit commun relatives à la responsabilité pénale et à la responsabilité civile.

14. Outre ces droits, cette législation affirme ou rappelle, entre autres, le droit à des prestations de qualité, le droit au libre choix du praticien professionnel, sauf exception légale, le droit au refus de savoir, le droit à l'accès direct au dossier, le droit à l'intimité ou à la protection de la vie privée, le droit au traitement et au soulagement de la douleur, le droit à la médiation.

tales du 4 novembre 1950, et l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 19 décembre 1966, qui soulignent que le droit à la vie doit être protégé par la loi.

7. – Lors des discussions préalables à l'adoption de la législation relative à l'euthanasie, la question a été posée de savoir si, en instaurant une dépénalisation de l'euthanasie, le législateur manquerait à son devoir de protéger le droit à la vie.

Selon le Conseil d'État, les articles de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et du Pacte international précités n'impliquaient pas l'obligation pour l'État de protéger la vie en toute circonstance, contre le gré de l'intéressé.

Il a également considéré que l'obligation des autorités de protéger le droit à la vie devait être mise en balance avec d'autres droits, tels le droit à l'autodétermination, le droit à l'intégrité physique et morale, le droit au respect de la vie privée ou encore le droit de ne pas subir de traitements inhumains ou dégradants¹⁵. A été également invoqué, dans les discussions parlementaires, le fait qu'il existerait un droit implicite à la mort découlant du droit à la vie.

8. – Une des principales questions posées lors des travaux préparatoires, consistait ainsi à déterminer si le droit à la vie pouvait céder le pas devant d'autres droits et si oui, dans quelles situations. Il était aussi demandé si le droit de ne pas subir de traitements inhumains ou dégradants permettait de tolérer un acte contraire à ceux imposés par le respect de la vie, et ce afin d'éviter une atteinte à la dignité de la personne, considérée comme plus préjudiciable¹⁶.

8.1. Parmi les motifs invoqués en faveur d'une réponse affirmative et ainsi d'une légalisation de l'euthanasie, figuraient notamment la nécessité d'intervenir face à l'insécurité existante, qui impliquait des pratiques semi-clandestines d'euthanasie, en dehors de tout contrôle social et rendant plus difficile un dialogue approfondi entre le patient et le médecin¹⁷.

Une intervention législative était souhaitée pour permettre au patient atteint d'une maladie grave et incurable, de faire une demande d'euthanasie dans le respect de son autonomie individuelle. Il était notamment considéré qu'en vertu du droit à l'autodétermination et du droit à une vie humaine digne, il revenait au patient – et non au médecin – de décider ce qu'impliquait pour lui une vie digne et de choisir le moment où il pouvait y mettre fin en cas d'affection grave et incurable et de souffrance constante et insupportable.

Il s'agissait également de fournir une protection au patient en imposant des critères précis pour l'intervention du médecin dans une relation de confiance. L'objectif était aussi d'assurer une sécurité juridique au médecin confronté à une demande d'euthanasie. Était en outre mise en avant une volonté de transparence et d'évaluation des pratiques existantes¹⁸.

15. Avis du Conseil d'État sur la proposition de loi relative à l'euthanasie, *Doc. parl. Sénat*, 2000-2001, n° 2-244/21, p. 5.

16. V. pour un examen de ces droits, M. VAN OVERSTRAETEN, *op. cit.*, p. 163 et suiv.

17. Proposition de loi relative à l'euthanasie, *Doc. parl. Sénat*, 20 décembre 1999, 1999-2000, n° 2-244/1, p. 2.

18. *Ibid.*, p. 2 et 3.

8.2. – Les opposants à la dépénalisation de l'euthanasie ont, eux aussi, avancé un certain nombre d'arguments, notamment l'impossibilité pour l'homme de disposer librement du droit à la vie. La Déclaration des évêques de Belgique¹⁹ a considéré que la légalisation de l'euthanasie était en opposition avec le respect fondamental de la vie humaine et, en premier lieu, la vie des personnes les plus vulnérables. Selon cette Déclaration, la légalisation de l'euthanasie laisserait entendre que la valeur et la dignité d'un être humain ne seraient plus liées au fait de son existence, mais à sa qualité de vie, dont le contenu serait laissé à l'appréciation subjective du malade ou d'autres personnes. Les évêques ont néanmoins mis l'accent sur leur refus de l'acharnement thérapeutique, l'importance de réduire au maximum les souffrances des patients, la nécessité de dégager davantage de moyens en faveur de la recherche et du traitement en matière de lutte contre la douleur et celle de développer les soins palliatifs.

9. – Le législateur belge a malgré tout choisi de dépénaliser l'euthanasie, moyennant le respect de conditions et de procédures strictes. Il a notamment mis l'accent sur le droit à l'autonomie du patient en tant qu'expression de sa dignité. Il a également adopté une loi consacrant le droit aux soins palliatifs, comme indiqué plus avant²⁰.

Le législateur n'a pas choisi la voie juridique consistant à introduire une exception aux incriminations de meurtre (art. 393 CP), d'assassinat (art. 394 CP) ou d'empoisonnement (art. 397 CP), inscrites dans le Code pénal. Il a, au contraire, préféré adopter une législation spécifique, souhaitant maintenir dans le Code pénal le principe de l'interdiction de porter atteinte à la vie. L'euthanasie n'est qu'une exception à cette interdiction et elle ne peut être admise que si les conditions légales sont respectées.

10. – Un recours en annulation de la loi a toutefois été introduit devant la Cour constitutionnelle belge, dénommée Cour d'arbitrage, par des associations promouvant le respect de la vie, la dignité humaine et l'intégrité de la personne. La requête soutenait que la loi établissait une discrimination entre, d'une part, les personnes se trouvant dans les conditions de demander une euthanasie et, d'autre part, celles jouissant d'une intégrité physique et mentale. Les requérants avançaient que les personnes malades se trouvant en état de souffrance et de désarroi ne disposaient plus de leur libre arbitre et ne pouvaient pas faire preuve d'autonomie.

La Cour d'arbitrage a rejeté le recours dans un arrêt du 14 janvier 2004²¹. Elle a considéré que les requérants raisonnaient comme si elles présupposaient que qui veut cesser de vivre est nécessairement hors d'état de juger. Selon la Cour, elles ne tenaient aucun compte des garanties inscrites dans la loi attaquée afin d'assurer que la personne qui exprime sa volonté dans les conditions légales prévues (art. 3 et 4 de la loi) le fasse en toute liberté. La Cour a par ailleurs souligné que les parlementaires se sont constamment préoccupés de cet aspect du problème lors de l'élaboration de la législation.

19. Déclaration sur l'euthanasie du 16 mai 2002, *Pastoralia*, 6 (2002), 156.

20. Voir les nos 5 et suiv.

21. Arrêt n° 4/2004, du 14 janv. 2004 ; v. le site de la Cour d'arbitrage : <http://www.arbitrage.be>.

11. – Dans son avis précité sur la proposition de loi relative à l'euthanasie²², le Conseil d'État avait également considéré que celle-ci restait dans les limites imposées à la marge d'appréciation de l'autorité nationale par l'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et l'article 6 du pacte international relatif aux droits civils et politiques. Selon le Conseil d'État, des limites suffisantes – exigées par l'obligation de protéger le droit à la vie – ont été posées au pouvoir discrétionnaire du législateur. Quelles sont ces limites ?

B. – Les conditions et la procédure imposées pour une pratique légale de l'euthanasie

12. – Le médecin a l'obligation de s'assurer de ce que les conditions et la procédure légales sont bien respectées. A défaut, il pourrait être poursuivi pénalement, sauf admission d'un état de nécessité. Par ailleurs, outre celles prévues par la loi, il peut encore soumettre son intervention à d'autres conditions.

13. – La personne décédée à la suite d'une euthanasie, pratiquée dans le respect des conditions légales est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquelles elle était partie, en particulier les contrats d'assurance²³.

1. – La notion d'euthanasie

1. – *L'acte intentionnel mettant fin à la vie pratiqué par un médecin*

14. – Par euthanasie, la loi entend « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci » (art. 2). Elle ajoute, dans la disposition suivante, que seul le médecin ne commet pas d'infraction s'il pratique une euthanasie moyennant le respect des conditions légales (art. 3). Cet acte ne peut donc pas être effectué par une autre personne. Il ne peut pas être délégué à un infirmier, par exemple.

15. – Le Conseil national de l'Ordre des médecins souligne que cette loi ne s'applique pas à d'autres décisions médicales concernant la vie finissante²⁴. Il n'est toutefois pas toujours aisé de distinguer l'euthanasie par rapport à l'acte médical de soulagement des souffrances. La question est ainsi posée de savoir si constitue une euthanasie ou si relève des soins palliatifs l'acte médical destiné à lutter contre la souffrance, mais qui implique une diminution de la durée de vie.

Selon le Conseil d'État, lorsque les soins sont strictement limités à ce qui est nécessaire à la lutte contre la douleur, ils entrent dans le cadre des soins admissibles et la circonstance qu'ils ont entraîné ou anticipé la mort ne peut, en principe, pas être reprochée au médecin. Autre est la question de savoir, selon le Conseil d'État,

22. Avis du Conseil d'État, *op. cit.*, p. 6 et 9.

23. Sur la communication des certificats médicaux à la compagnie d'assurance, v. G. SCHAMPS, « Le secret médical et l'assureur : commentaire du nouvel article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre », in *T. Gez./Rev. dr. santé*, 2003-2004, p. 131-150.

24. Avis du 22 mars 2003, *préc.*, p. 2.

si constituent des soins palliatifs ou, au contraire, une euthanasie, des actes se rapprochant d'un accompagnement du processus léthal, allant au-delà d'un simple traitement de la douleur, telle la sédation contrôlée, qui implique que le patient soit endormi afin de lui éviter de ressentir les douleurs liées à son affection²⁵.

Il pourrait être toutefois considéré que si le médecin ne recherche pas ou n'accepte pas le décès en soi, il ne s'agit pas d'une euthanasie. En effet, la définition légale de celle-ci implique l'intention de mettre fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

16. – Le Conseil national de l'Ordre des médecins souligne par ailleurs l'intérêt des soins palliatifs²⁶ et il insiste sur le fait que la lutte contre la douleur revêt une importance capitale pour le patient en fin de vie. Selon le Conseil, la déontologie médicale a toujours admis l'usage de médicaments, même les plus puissants, malgré la possibilité d'induire des complications pouvant hâter le décès. Le Conseil considère également qu'une lutte efficace contre la douleur peut avoir un effet positif sur la qualité de la vie restante²⁷.

L'administration de ces substances – comme toute autre intervention – n'est toutefois permise qu'avec le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant. Il est aussi à souligner que la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient a été modifiée récemment pour ajouter le droit au traitement et au soulagement de la douleur²⁸.

17. – Le Conseil national de l'Ordre des médecins considère encore que l'arrêt ou la non-mise en œuvre d'un traitement sont déontologiquement indiqués s'il est scientifiquement établi qu'il n'y a plus d'espoir d'une amélioration raisonnable et si des traitements prolongeant la vie n'augmentent pas le confort du patient et ne lui procurent que gêne et souffrance²⁹.

Il ne s'agit, en effet, pas d'une euthanasie, mais d'une absence d'acharnement thérapeutique. Le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant légal est à nouveau requis.

2. – L'absence de dépénalisation de l'aide au suicide

18. – Seule l'euthanasie est dépénalisée et non l'assistance au suicide. Celle-ci pourrait notamment constituer l'infraction d'abstention de porter secours à une personne en danger (art. 422 bis et 422 ter du Code pénal). La tentative de suicide n'est pas incriminée.

25. Avis du Conseil d'État, op. cit., p. 12.

26. Avis du 15 janvier 2000 relatif à l'implication médicale dans le cadre de la vie finissante – euthanasie.

27. Avis du 22 mars 2003, préc., p. 3.

28. V. l'article 11 bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient : « Toute personne doit recevoir de la part des professionnels de la santé les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur » (loi du 24 novembre 2004, Monit. belge, 17 octobre 2005).

29. Avis du 22 mars 2003, préc., p. 3 ; avis du 27 septembre 2003 concernant la mention DNR dans le dossier médical hospitalier.

19. – Plusieurs voix s'élèvent pour dépénaliser l'aide au suicide, moyennant le respect des conditions et de la procédure légales de l'euthanasie. Est invoqué à l'appui de cette position le fait que des patients se trouvant dans les conditions légales de demander l'euthanasie préfèrent poser eux-mêmes l'acte déterminant leur décès, avec l'aide de leur médecin qui reste présent jusqu'à leur dernier souffle. Ils préfèrent ne pas faire porter par le médecin le poids moral ou émotionnel d'un tel acte.

19.1. – La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie semble se montrer implicitement favorable à une dépénalisation de l'assistance au suicide effectuée dans les conditions de la loi relative à l'euthanasie.

En effet, dans son premier rapport, détaillé plus loin³⁰, elle a considéré comme régulière une euthanasie pratiquée sans que le médecin injecte lui-même le produit léthal, mais le fait ingérer par le patient.

Selon la Commission, la loi autoriserait une telle administration car elle n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée. La Commission indique que lorsque le geste léthal est posé par le patient, ce n'est souvent qu'en partie : selon elle, le patient n'absorbe la potion qu'avec l'aide du médecin ; il actionne le robinet de la perfusion, mais celle-ci a été préparée par le médecin ; une absorption par la bouche peut être suivie d'une injection intraveineuse, etc.

Pour la Commission, la rédaction actuelle de la loi relative à l'euthanasie implique que le médecin ait le contrôle du processus de décès jusqu'à son terme, quelles qu'en soient les modalités. Il convient pourtant de relever que la loi parle d'un « acte » accompli par le médecin.

Un membre de la Commission a d'ailleurs souhaité que le texte légal soit modifié afin de qualifier de « suicide assisté » une euthanasie ainsi pratiquée³¹. Cette proposition n'a pas été suivie par les autres membres de la Commission car ils craignaient qu'une telle modification ne crée plus de confusion que de clarification.

19.2. Quant au Conseil national de l'Ordre des médecins il considère que, du point de vue déontologique, l'aide au suicide peut être assimilée à l'euthanasie, pour autant que soient respectées toutes les conditions et la procédure prévues par la loi relative à l'euthanasie³².

Selon lui, l'aide au suicide n'est acceptable que si le médecin et le patient discutent au préalable de toutes les éventualités et si le médecin procure lui-même la substance létale qui doit être absorbée en sa présence et en suivant ses indications. Le médecin doit, selon le Conseil, demeurer présent pendant toute la durée de l'agonie pour, conformément à ce qui a été convenu, apporter à tout moment l'aide nécessaire.

30. V. les nos 41 et suiv.

31. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, premier rapport aux chambres législatives, 22 septembre 2002-31 décembre 2003, Doc. parl. Chambre et Sénat, session 2003-2004, 16 septembre 2004, n° 1374/001 et n° 3-860/1, p. 24.

32. Avis du 22 mars 2003, préc., p. 4.

19.3. – Lors de l'élaboration de la loi relative à l'euthanasie, le Conseil d'État a aussi posé la question de la pertinence du choix de ne pas faire relever de cette législation l'assistance au suicide.

Il ne voyait pas pourquoi la proposition de loi ne visait pas également le comportement du médecin mettant des substances létales à la disposition d'un patient, à sa demande, tout en lui laissant le choix du moment de son décès et en s'abstenant de procéder lui-même à l'acte.

Selon le Conseil d'État, l'assistance médicale au suicide peut être assurée dans des conditions de contrôle médical comparables à celles prévues dans la proposition de loi.

Il a dès lors proposé au législateur de régler également cet aspect de la mort assistée ou, en tout cas, de pouvoir s'autoriser de motifs objectifs et juridiquement admissibles, au regard des principes d'égalité et de non-discrimination, pour effectuer une telle distinction³³. Le législateur n'a toutefois pas suivi ce conseil.

Des propositions de loi ont ensuite été déposées afin d'étendre à l'assistance au suicide le champ d'application de la loi relative à l'euthanasie³⁴. Elles sont à l'examen.

2. – Les personnes admises à demander l'euthanasie

1. – Le statut du patient

20. – Seul le patient majeur – c'est-à-dire âgé de dix-huit ans – ou mineur émancipé³⁵ peut faire une demande d'euthanasie. Celle-ci peut être actuelle ou anticipée, comme indiqué plus loin³⁶. Aucune exigence de nationalité ou de condition de résidence n'est émise.

Le patient doit être capable et conscient au moment où il effectue sa demande. Celle-ci doit, en effet, être libre et ne peut pas résulter d'une pression extérieure ou encore provenir d'une simple impulsion.

Lorsque la demande du patient est actuelle, le médecin doit s'assurer qu'elle est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée. Il doit mener avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de son état³⁷.

33. Avis du Conseil d'État, *op. cit.* p. 14 et 15.

34. V. ainsi la proposition de loi du 2 octobre 2003 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc. parl. Sénat*, session extraordinaire, 2003, n° 3-220/1 ; la proposition de loi du 7 juillet 2004 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc. parl. Sénat*, session ordinaire, 2003-2004, n° 3-804/1. Pour consulter ces documents parlementaires, v. les sites www.senate.be et www.lachambre.be.

35. Un mineur ayant atteint l'âge de quinze ans accomplis peut être émancipé par le tribunal de la jeunesse. Il l'est de plein droit par le mariage.

36. V. les n° 27 et suiv.

37. V. aussi le n° 25.

21. – Les mineurs et les personnes incapables ne sont pas admises à faire une demande d'euthanasie³⁸. Leur représentant légal ne peut pas non plus le faire³⁹.

Il est à signaler qu'en dehors d'hypothèses régies par des législations spécifiques⁴⁰, telle l'euthanasie, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient consacre le droit à l'autonomie du mineur, lorsque celui-ci est considéré comme étant apte à apprécier raisonnablement ses intérêts (art. 12, § 2)⁴¹. En pareil cas il a le droit de prendre seul les décisions relatives à ses droits du patient, dont celle de consentir à une intervention ou de la refuser, même si cela entraîne des conséquences négatives pour sa vie ou son intégrité physique, pour autant qu'il en ait été clairement informé.

2. – La valeur non contraignante d'une demande d'euthanasie

22. – La demande d'euthanasie, effectuée par un patient, qu'elle soit actuelle ou anticipée, n'est pas contraignante. Aucun médecin n'est, en effet, obligé d'en pratiquer une. En outre, aucune autre personne n'est tenue d'y participer.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il doit en informer, en temps utile, le patient ou la personne de confiance éventuelle⁴² en en précisant les raisons. Si le refus repose sur un motif d'ordre médical, celui-ci est consigné dans le dossier médical du patient. A la demande de ce dernier ou de la personne de confiance, le médecin est tenu de communiquer le dossier médical au médecin désigné par le patient ou par la personne de confiance.

23. – Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins⁴³, il est nécessaire que le patient soit informé à temps des convictions de ses médecins quant aux différentes possibilités de fin de vie. Il s'agit, pour le Conseil, d'éviter qu'en raison d'une information tardive d'une objection de conscience de ses médecins, un

38. V. G. SCHAMPS, « Les droits du patient et les malades mentaux », dans *Responsabilité et responsabilisation dans la justice pénale*, Bruxelles, Larcier, 2006, p. 55-64 (à paraître). Des propositions de loi ont néanmoins été déposées afin d'étendre la possibilité de l'euthanasie à des mineurs (proposition de loi du 7 juillet 2004, *op. cit.*, n° 3-908/1) ou à des personnes qui n'ont plus conscience de leur propre personne, de leur état mental et physique et de leur environnement social et physique (proposition de loi du 14 décembre 2005 modifiant l'article 4 de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc. parl. Sénat*, 14 décembre 2005, 2005-2006, n° 3-1485/1). La démence n'est, en effet, pas considérée comme un état d'inconscience irréversible, condition exigée par la loi pour pratiquer une euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée. Cette dernière proposition a toutefois fait l'objet d'une réaction d'opposition dans la presse par un réseau interuniversitaire francophone d'expertise en vieillissements, dont sont membres des professeurs des universités francophones du pays et d'autres personnes, de tendances diverses (*la Libre Belgique* et *le Soir*, 2 mars 2006). Cette réaction a été accueillie de façon positive par plusieurs parlementaires ; v. aussi la proposition de loi qui souhaite supprimer la possibilité de pratiquer l'euthanasie en cas de seules souffrances psychiques (proposition de loi du 8 juillet 2003 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc. parl. Chambre*, 8 juillet 2003, sess. extr. 2003, n° 0052/001).

39. V. les n° 28 et suiv. en ce qui concerne la déclaration anticipée du patient.

40. V., par exemple, la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes.

41. Cf. G. SCHAMPS, « La nouvelle réglementation relative aux droits du patient et son incidence pour les proches », *Ethica Clinica*, 2005, p. 32-44.

42. En cas de déclaration anticipée.

43. Avis du 22 mars 2003, préc., p. 4.

patient soit contraint, en phase terminale, de chercher un médecin disposé à pratiquer, à sa demande, un mode déterminé d'arrêt de vie. Il convient aussi de dissuader, selon le Conseil, l'apparition d'équipes et de centres d'euthanasie. Le Conseil a encore souligné l'attention qui doit être prêtée au respect mutuel de l'autonomie et des valeurs éthiques de chacun. Selon lui, cette attitude s'appuie sur une compréhension réciproque dans laquelle un patient dûment informé pourra faire son choix de vie en concertation franche avec son médecin ⁴⁴.

3. – La situation médicale du patient et l'information de ce dernier

1. – La situation médicale du patient

a) La demande actuelle d'euthanasie et l'information du patient

24. – La présence de plusieurs données liées à l'état de santé du patient doit être vérifiée par le médecin pour qu'il puisse effectuer une euthanasie sur la demande actuelle du patient : celui-ci doit se trouver dans une situation médicale sans issue et faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable. Celle-ci ne peut être apaisée et doit résulter d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

25. – Il a été souligné dans les travaux parlementaires que le dialogue entre le patient et le médecin doit être au cœur de l'intervention ⁴⁵. Une euthanasie ne peut ainsi être pratiquée que si le médecin a préalablement informé le patient de son état de santé et de son espérance de vie. Il doit se concerter avec lui sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables, celles qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Le médecin doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation.

L'information du patient quant à son état de santé et son évolution probable ainsi que l'exigence de son consentement libre et éclairé, préalable à toute intervention, sont également affirmées de manière générale dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art. 7 et 8). Le Conseil national de l'Ordre des médecins souligne aussi que le médecin doit communiquer à temps au patient un pronostic fatal afin de pouvoir parler avec lui de la fin de la vie, à plusieurs reprises, ouvertement et de manière approfondie ⁴⁶.

A la question de savoir jusqu'à quel moment un patient – se trouvant dans un état de souffrance physique ou psychique constante et insupportable – peut encore formuler une demande d'euthanasie réfléchie et volontaire, le Conseil de l'Ordre est d'avis que lorsque la demande a été discutée au préalable avec le patient et que celui-ci a toujours maintenu l'option choisie, il peut être considéré avec une plus grande certitude que l'exécution de la procédure légale n'est rien de plus qu'une formalisation d'une décision bien réfléchie ⁴⁷.

44. Avis du 22 mars 2003, préc., p. 8.

45. Proposition de loi relative à l'euthanasie, préc., p. 4.

46. Avis du 17 novembre 2001 relatif au projet de loi sur l'euthanasie ; v. également l'article 33 du Code de déontologie.

47. Ibid., p. 4 et 5.

b) La demande anticipée d'euthanasie

26. – Le législateur a également prévu la possibilité, pour tout majeur ou mineur émancipé, disposant de ses facultés de discernement, de formuler à l'avance sa demande d'être euthanasié au cas où il ne serait plus en mesure de la manifester au moment où la situation se présenterait.

Le médecin doit alors vérifier, avant de pratiquer l'euthanasie, que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, qu'il est inconscient et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

4. – La formulation de la demande du patient

1. – La demande actuelle

27. – La demande du patient doit être actée par écrit. Elle ne peut pas être simplement implicite. C'est le patient lui-même qui doit rédiger, dater et signer le document.

S'il n'est pas en état physique ⁴⁸ de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix. Celle-ci ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient. Elle doit mentionner dans l'acte le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et elle doit en indiquer les raisons. Le médecin qui pratiquera l'euthanasie doit être présent et son nom doit être mentionné dans le document. Celui-ci est versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment. En ce cas, le document actant celle-ci est retiré du dossier médical et est restitué au patient.

2. – La déclaration anticipée

28. – Une déclaration anticipée n'est prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité du patient de manifester sa volonté. Elle peut être retirée ou adaptée à tout moment.

Cette déclaration doit être constatée par écrit et être dressée en présence de deux témoins majeurs dont l'un au moins ne peut avoir d'intérêt matériel au décès du patient. Un modèle de déclaration anticipée a été établi par arrêté royal ⁴⁹. Le document doit être daté et signé par le déclarant, les témoins et la ou les personnes de confiance éventuelles.

29. – La déclaration peut, en effet, désigner une ou plusieurs personnes de confiance, majeures, classées par ordre de préférence. Celles-ci informeront le médecin de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration, en cas de refus, d'empêchement, d'in-

48. Par exemple, en raison d'une maladie musculaire. Si le patient ne dispose pas de ses facultés de discernement, la demande d'euthanasie n'est pas valable, puisque la personne n'est pas capable.

49. V. l'arrêté royal du 2 avril 2003 fixant les modalités suivant lesquelles la déclaration anticipée relative à l'euthanasie est rédigée, reconfirmée, révisée ou retirée et l'annexe.

capacité 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 confiance⁵⁰.

30. – Le législateur a également régi l'hypothèse où une personne est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer un document. En pareil cas, la déclaration anticipée peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix. Celle-ci ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration sera actée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins ne peut non plus avoir d'intérêt matériel au décès du patient. La déclaration doit préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer et elle doit en énoncer les raisons. Elle doit être datée et signée par les personnes précitées et par la ou les éventuelles personnes de confiance. Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration.

5. – Les autres conditions devant être respectées

1. – La consultation d'autre(s) médecin(s)

a) La demande actuelle

31. – Comme déjà indiqué⁵¹, le médecin est tenu de s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient. Il doit le faire en menant avec le patient les entretiens indiqués plus avant.

Il doit en outre consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de sa consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure, lui aussi, du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il doit rédiger un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient que du médecin traitant, et il doit être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant doit informer le patient des résultats de cette consultation.

32. – Le législateur effectue une distinction selon que le décès interviendra ou non manifestement à brève échéance.

Dans la deuxième hypothèse, un délai d'un mois doit être respecté entre la demande écrite du patient et l'euthanasie. De plus, le médecin à qui la demande a été adressée doit consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Celui-ci doit également être indépendant et doit agir comme le premier médecin consulté. Il s'assure en outre du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande du patient. Le médecin traitant informe également le patient des résultats de cette deuxième consultation.

50. Ils ne peuvent pas non plus, en principe, profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires que le patient aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

51. V. le n° 24.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins exhorte toutefois les médecins à la plus grande prudence dans le cadre de demandes d'euthanasie de patients dont la mort n'est pas censée être proche⁵².

b) La déclaration anticipée

33. – Tout comme pour la demande actuelle, le médecin concerné doit consulter un autre médecin, avant de pouvoir procéder à une euthanasie. Celui-ci doit être également indépendant et compétent quant à la pathologie concernée. Il donne un avis sur l'irréversibilité de la situation médicale du patient après avoir pris connaissance du dossier médical et avoir examiné le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Le médecin traitant met la personne de confiance éventuelle au courant des résultats de cette consultation.

Dans son avis du 17 novembre 2001⁵³, le Conseil national de l'Ordre des médecins a regretté qu'il ne soit pas prévu d'associer le médecin généraliste à la concertation, alors que la déontologie médicale le préconise. Le Conseil considère également que le médecin sollicité par la demande d'euthanasie devrait prendre l'avis d'un spécialiste de la lutte contre la douleur et celui d'une personne qualifiée en matière de soins palliatifs.

2. – L'entretien avec d'autres personnes quant à la demande du patient

a) La demande actuelle

34. – Si le patient en manifeste la volonté, le médecin doit s'entretenir de sa demande avec les proches que le patient désigne. Il doit également s'assurer de ce que celui-ci a eu l'occasion d'en parler avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

En outre, s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, le médecin doit discuter de cette demande avec l'équipe ou certains de ses membres.

b) La déclaration anticipée

35. – Lorsqu'une personne de confiance a été désignée, le médecin concerné par la demande doit s'entretenir avec elle de la volonté du patient. Il doit également s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec les proches du patient désignés par cette personne de confiance. Il est aussi tenu de le faire avec l'équipe soignante qui est en contact régulier avec le patient ou avec certains de ses membres.

5. – La délivrance des substances euthanasiantes par le pharmacien

36. – Ainsi que l'a indiqué le Conseil national de l'Ordre des médecins⁵⁴, il est nécessaire que le médecin ait une connaissance approfondie des produits adéquats et des dispositifs de leur administration afin qu'il puisse assurer au patient une mort paisible et sans souffrance.

52. Avis du 22 mars 2003, préc., p. 6.

53. Avis relatif au projet de loi sur l'euthanasie.

54. Avis du 22 mars 2003, préc., p. 2.

Dans la loi du 28 mai 2002, le législateur n'avait toutefois pas précisé la question de la délivrance des substances euthanasiantes. Il vient de le faire dans une nouvelle disposition introduite récemment dans cette législation⁵⁵.

Dans un avis du 4 juin 2005⁵⁶, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait souligné qu'il revenait au médecin de se concerter avec le pharmacien pour la fourniture de ces substances. Il était, en effet, exclu d'impliquer des membres de la famille du patient ou des tiers lors de la délivrance des substances euthanasiantes. Le Conseil s'opposait dès lors à la délivrance éventuelle de coffrets de produits anesthésiants sous la forme de « kit euthanasie ».

37. – Le législateur est allé dans le même sens en insérant un nouvel article 3 bis dans la loi relative à l'euthanasie.

En vertu de cette disposition, le pharmacien qui délivre une substance euthasiante 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 fournit cette substance en personne au médecin.

Un arrêté royal sera adopté afin de fixer les critères de prudence et les conditions auxquelles doivent satisfaire la prescription et la délivrance de tels médicaments. Des mesures seront également prises afin d'assurer la disponibilité de ces substances, y compris dans les officines accessibles au public.

6. – Le dossier médical et le contrôle *a posteriori*

1. – Le dossier médical

38. – L'ensemble des demandes formulées par le patient ou sa déclaration anticipée, les démarches du médecin traitant et leur résultat, les rapports des médecins consultés doivent être consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Il est à souligner que depuis la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art. 9), le patient a un droit d'accès direct à son dossier et d'en obtenir une copie. Il peut donc examiner le rapport des médecins consultés, seul ou par l'entremise d'une personne de confiance qui peut être ou non un praticien professionnel⁵⁷.

2. – Le contrôle *a posteriori*

a) La procédure de contrôle

39. – Le législateur a choisi de n'instaurer qu'un contrôle *a posteriori* du respect de la loi. Celui-ci est effectué par la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Il n'a pas été opté pour une consultation préalable d'une autre instance, tel un comité d'éthique.

55. V. l'article 3 bis de la 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.

56. *Bull. Cons. nat.*, septembre 2005, p. 8.

57. Le praticien professionnel peut en outre consulter les annotations personnelles du médecin soignant le patient.

Le médecin qui a pratiqué une euthanasie doit remettre, dans les quatre jours ouvrables, un document d'enregistrement à cette Commission. Ce document se compose de deux volets confidentiels.

Le premier ne peut être consulté qu'après une décision de la Commission. Il comprend les coordonnées du patient, du médecin, des personnes consultées et de la ou des personnes de confiance. Le second volet contient les données relatives aux conditions et à la procédure de l'euthanasie effectuée. La Commission vérifie, sur la base de ce second volet, si l'euthanasie a été effectuée légalement. En cas de doute, elle peut décider de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet et peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

La Commission se prononce dans un délai de deux mois. Si, à la majorité des deux tiers, elle estime que les conditions légales n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du roi du lieu du décès du patient pour d'éventuelles poursuites pénales. Celles-ci peuvent d'ailleurs être lancées d'office, sans qu'une intervention de la Commission soit nécessaire.

40. – Tous les deux ans, la Commission est tenue de remettre un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet, une description et une évaluation de la loi et, le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative ou d'autres mesures.

b) Le premier rapport de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie

41. – La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie a rendu son premier rapport le 22 juin 2004⁵⁸. Celui-ci s'étend sur la période du 22 septembre 2002 (date d'entrée en vigueur de la loi) au 31 décembre 2003.

Au cours de cette période, 259 documents d'enregistrement ont été adressés à la Commission. Un seul document concernait une euthanasie pratiquée sur une personne inconsciente, sur la base d'une déclaration anticipée que celle-ci avait établie.

Près de la moitié des euthanasies ont été pratiquées au domicile du patient. Elles ont été rarement pratiquées dans les maisons de repos et de soins.

Toutes les affections étaient graves, incurables et sans issue médicale possible. Dans la très large majorité des cas il s'agissait d'affection de malignité diverse (tumeurs solides malignes, leucémies, myélomes, etc.), dont le décès était attendu à brève échéance.

La plupart d'entre elles avaient subi de multiples traitements à visée curative ou palliative. Une autre affection, moins fréquente, était de nature neuro-musculaire évolutive mortelle.

58. V. les références de ce premier rapport à la note infrapaginale n° 31 ; cf. aussi les échanges de vue qui lui ont succédé à la Chambre des représentants, dans le rapport fait au nom de la Commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, par H. DIERICK et L. GOURRY, *Doc. parl. Chambre*, 2004-2005, n° 1374/002. Ces documents peuvent être consultés sur le site www.lachambre.be.

La répartition entre hommes et femmes était de moitié. La majorité des patients était âgée de plus de soixante ans. Les euthanasies ont été peu fréquentes en deçà de quarante ans et au-delà de quatre-vingts ans. Seule une euthanasie a été pratiquée chez un patient âgé de moins de vingt ans (dix-huit ans). En revanche, le nombre d'euthanasies pratiquées sur des patients de la tranche d'âge de plus de soixante-dix-neuf ans est faible. La Commission en a déduit que l'âge avancé ne semblait pas avoir constitué en soi un facteur favorisant l'euthanasie.

42. – Selon la Commission, aucune déclaration n'a mis en évidence une violation des conditions de fond de la loi. L'euthanasie a, en général, été effectuée correctement, en accord avec les données disponibles de la littérature médicale, en induisant d'abord une inconscience profonde. Outre les consultations imposées par la loi, de nombreux médecins et équipes palliatives ont été volontairement consultés.

Certains membres de la commission auraient souhaité qu'il soit proposé, dans le rapport, d'insérer dans la loi l'obligation d'un « filtre palliatif⁵⁹ » à toute demande d'euthanasie ainsi que des procédures de consultation supplémentaires lorsque le décès n'est pas prévu à brève échéance. La majorité des membres de la Commission ne s'est pas ralliée à cette proposition. Selon eux, rien ne suggérerait, dans les déclarations examinées, la nécessité ni même l'intérêt d'imposer aux médecins et aux patients des contraintes supplémentaires à celles existantes.

43. – La Commission n'a pas proposé d'initiatives législatives nouvelles, n'ayant pas recueilli d'éléments qui les justifieraient. Elle estime toutefois nécessaire d'améliorer l'information du corps médical et des citoyens. Celle-ci devrait, en particulier, donner aux médecins des éléments permettant d'intervenir efficacement comme consultants dans le domaine de la fin de la vie. La Commission suggère également la tenue d'enquêtes concernant l'ensemble des décisions médicales en fin de vie.

Les membres de la Commission ont tenu à souligner qu'ils ont apprécié l'attitude des médecins qui, en complétant le document d'enregistrement, ont tenu à respecter la loi, tout en respectant la demande de leur patient.

CONCLUSION

44. – Un large débat a entouré l'élaboration de la législation relative à l'euthanasie, tant au niveau parlementaire, avec l'audition de représentants des acteurs concernés, que dans la société belge. Cette législation a été préparée en parallèle avec la loi relative aux soins palliatifs et la loi relative aux droits du patient.

59. V. toutefois la proposition de loi qui souhaite l'introduire (proposition de loi du 27 avril 2005 introduisant un filtre palliatif obligatoire dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, Doc. parl. Sénat, 27 avril 2005, 2004-2005, n° 1737/001).

Le législateur a choisi la voie de la dépénalisation de l'euthanasie, moyennant le respect de conditions strictes de fond et de procédure. Afin de maintenir le principe de l'interdit de tuer, il n'a pas inséré ce nouveau régime dans le Code pénal, mais dans une loi particulière.

Cette législation résulte d'une appréciation et d'une mise en balance de plusieurs valeurs, dont le droit à la vie et à l'intégrité physique, le droit à la dignité humaine, le droit à l'autodétermination. La portée et les contours de ces droits varient néanmoins selon les points de vue.

Le législateur belge a favorisé le droit à l'autodétermination du patient, sans pour autant consacrer un droit à l'euthanasie, le médecin restant, en effet, libre de refuser de l'effectuer. L'accent est mis sur le dialogue entre le patient et le médecin ainsi que sur l'accompagnement en fin de vie du patient par le médecin, l'équipe soignante et les proches. Le législateur souhaitait également une transparence sociale dans les pratiques de l'euthanasie dont certaines avaient lieu auparavant de façon clandestine.

Des questions demeurent discutées en Belgique, dont celle de savoir s'il convient d'autoriser légalement l'assistance au suicide, dans les conditions de fond et de procédure de la loi relative à l'euthanasie. L'extension de cette législation aux patients mineurs ou aux personnes plongeant dans une démence progressive (qui, ayant encore leur capacité de discernement, souhaitent pouvoir faire une demande anticipée d'euthanasie) fait également l'objet de discussions.

En tout cas, le respect et l'accompagnement de la personne en fin de vie, la prise en charge de la douleur, le dialogue entre le patient, l'équipe soignante et les proches doivent être constamment favorisés. Cette dimension reçoit une attention particulière dans les législations relatives aux soins palliatifs, à l'euthanasie et aux droits du patient. Il n'est toutefois pas besoin d'une norme légale pour prôner le respect de ces valeurs dans la relation spécifique que l'on entretient ou noue avec la personne arrivant au crépuscule de sa vie...