

# Euthanasie : la loi, quelques notions essentielles, la question du suicide assisté

## *Euthanasia : the law, a few notions and the question of assisted suicide*

**J. Herremans**

Avocate au Barreau de Bruxelles ; membre de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie

### RESUME

*La loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie la définit comme " l'acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci ".*

*Le médecin qui se conforme aux conditions et procédures prévues par la loi ne commet pas d'infraction.*

*La demande volontaire, réfléchie et réitérée doit émaner d'un patient adulte qui fait état d'une souffrance physique ou psychique insupportable résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.*

*Un deuxième médecin doit être consulté et, en cas de décès non prévisible à brève échéance, un autre médecin consultant - psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée - doit intervenir. En ce cas, un délai d'au moins un mois doit être respecté entre la demande et l'acte.*

*Le médecin qui pratique une euthanasie doit adresser la déclaration à la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation composée de 16 membres : 8 médecins, 4 juristes, 4 membres issus des milieux concernés par la problématique de patients atteints de maladie incurable. Cette commission est également chargée d'établir un rapport statistique et d'évaluation destiné au Parlement, tous les deux ans.*

*Le testament de vie appelé " déclaration anticipée " reçoit un statut légal mais se limite au cas de l'inconscience irréversible du patient.*

*Cette loi de dépenalisation de l'euthanasie reconnaît le droit à l'autonomie du patient et la liberté de conscience pour chacun.*

*La loi se réfère au seul concept d'euthanasie mais ne précise pas la technique à suivre. Le suicide assisté est possible légalement si telle est la volonté du patient et si son état le lui permet.*

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 423-8

### ABSTRACT

*Conforming to the Belgian Law on Euthanasia of 28 May 2002, the definition of euthanasia is " an act practised by a third party intentionally, ending the life of a person at that person's request ". Doctors who practise euthanasia commit no offence if they follow the prescribed conditions and procedures.*

*The voluntary, well considered request for euthanasia must be initiated by an adult patient, complaining of unbearable physical or mental suffering caused by a serious and incurable medical condition, whether accidental or pathological.*

*Consultation with a second doctor is required. If the death is not to be expected within a short period of time - in other words, for not terminally-ill patients -, the intervention of a third doctor is required, either a psychiatrist or a specialist of the patient's pathology. In that case, a delay of at least one month between the request and the euthanasia has to be respected.*

*The doctor must declare the act of euthanasia to a Federal Commission composed of 8 doctors, 4 lawyers and 4 persons familiar with the problems of patients suffering from an incurable disease. This Commission has also to produce every other year a statistical and evaluation report for Parliament.*

*The living will, called " advance declaration ", is officially recognized but strictly limited to the state of irreversible unconsciousness of the patient.*

*This law on the de-criminalization of euthanasia recognizes the right of personal autonomy for the patient and the principle of freedom of conscience for everyone.*

*The law refers explicitly to the concept of euthanasia but does not specify the method to be used by the doctor. If it is the wish of the patient, and if the physical condition of the patient allows this solution, " assisted suicide " is permitted.*

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 423-8

*Key words : euthanasia, assisted suicide, advance declaration, personal autonomy*

La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie<sup>1</sup> est l'expression de la reconnaissance du respect de l'autonomie du patient et de la volonté de maîtriser la fin de la vie, du droit à la maîtrise de son corps, concepts qui se sont progressivement intégrés dans notre conception actuelle du droit médical<sup>2</sup> et qui, par ailleurs, sont présents dans l'esprit d'une autre législation votée en 2002, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient<sup>3</sup>.

Cette reconnaissance du respect de l'autonomie du patient devait s'accompagner, pour le médecin, non seulement de l'affirmation de la liberté de conscience mais principalement, d'un cadre législatif lui garantissant une sécurité juridique.

Avec les Pays-Bas et, pour le seul suicide assisté, la Suisse et l'Etat d'Oregon, la Belgique fait figure d'exception. Le Grand-Duché de Luxembourg est sur le point d'adopter une législation fort similaire à la nôtre.

Cette législation qui autorise et régit l'euthanasie a fait l'objet de débats fondamentaux tant au sein du Parlement que dans notre société. Les termes en sont mesurés et équilibrés. Il n'en demeure pas moins que l'on ressent un besoin de formation et d'information ainsi que la Commission d'Evaluation et de Contrôle le souligne au fil de ses rapports bisannuels.

## **ELEMENTS FONDAMENTAUX DE LA LOI DU 28 MAI 2002**

Avant l'entrée en vigueur de la loi du 28 mai 2002, l'euthanasie répondait à la définition de l'assassinat - homicide volontaire avec préméditation -, de telle sorte que le médecin qui acceptait de poser cet acte s'exposait au risque d'être renvoyé devant la Cour d'Assises.

La définition de l'euthanasie est commune aux Pays-Bas et à la Belgique : **acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci** (article 2 de la loi).

L'euthanasie étant ainsi définie, elle n'en reste pas moins une infraction pénale et il convient donc de respecter les conditions et la procédure prévues par la loi pour sortir du champ infractionnel.

### **Conditions essentielles**

Cet acte doit être posé par un **médecin** : le médecin ne peut absolument pas déléguer cette responsabilité, par exemple à un infirmier.

Le médecin doit s'assurer de ce que la **demande du patient** est volontaire, réfléchie et réitérée, sans pression extérieure et émane d'une personne **compétente**, c'est-à-dire majeure et lucide. Ce patient doit faire état d'une **souffrance physique ou psychique insupportable** résultant d'une **affection**

**accidentelle ou pathologique grave et incurable** (art. 3 § 1<sup>er</sup>).

### **Conditions de forme et de procédure**

Le législateur belge a prévu une série de balises afin de s'assurer du respect des conditions essentielles de la loi.

#### *Demande formulée par écrit*

La demande doit être formulée **par écrit** (quelques mots suffisent) et, dans l'hypothèse où le patient n'est pas en état de le faire lui-même, la demande est écrite par un tiers en présence du médecin.

#### *Intervention d'un médecin consultant*

Tout comme aux Pays-Bas, **l'intervention d'un second médecin** est requise. Ce médecin consultant, qui doit être indépendant par rapport à la relation thérapeutique qui s'est nouée entre le patient et le médecin qui reçoit la demande d'euthanasie, doit non seulement consulter le rapport médical mais également rencontrer le patient afin d'une part, de vérifier le caractère incurable et grave de l'affection et d'autre part, de s'assurer du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il n'a pas à exprimer une opinion de principe quant à l'euthanasie.

#### *Décès non prévisible à brève échéance*

Le législateur belge, sans qu'il ne soit question de la notion de phase terminale, a toutefois prévu des conditions plus strictes dans l'hypothèse où le médecin estime que le **décès n'est pas prévisible à brève échéance** (la Commission a estimé qu'une échéance non brève doit être considérée comme une échéance non attendue dans les jours, semaines ou mois à venir). En ce cas, un autre **médecin consultant** doit intervenir, spécialiste de la pathologie concernée ou encore psychiatre et dont la mission sera d'examiner tout particulièrement le caractère volontaire de la demande et l'existence d'une souffrance inapaisable.

Dans cette seule hypothèse de décès non prévisible à brève échéance, un **délai d'un mois** minimum doit être respecté entre la demande écrite et l'acte.

#### *Devoir d'information et d'entretien avec l'équipe médicale voire les proches du patient*

Afin que le patient puisse formuler une demande en toute connaissance de cause, le médecin a le devoir de l'informer au sujet de sa situation médicale actuelle, de son espérance de vie ainsi que des traitements possibles, en ce compris les soins palliatifs.

S'il existe une équipe, le médecin devra s'entretenir avec elle. Il s'agit bien de recueillir l'avis de

l'équipe qui n'a aucun pouvoir décisionnel.

Le médecin évitera d'informer les proches du patient si celui-ci ne le désire pas.

#### *Dossier médical*

Tous les éléments en relation avec le processus d'euthanasie doivent être consignés au dossier médical.

#### *Mort naturelle*

La personne décédée à la suite d'une euthanasie est réputée décédée de mort naturelle, notamment pour les contrats d'assurance (art. 15).

#### **Déclaration anticipée**

La loi du 28 mai 2002 a conféré un statut légal à la déclaration anticipée anciennement appelée " *testament de vie* ".

Toute personne adulte et compétente peut formuler une déclaration anticipée, que cette personne soit atteinte ou non d'une affection grave et incurable.

La loi a prévu un certain formalisme ainsi qu'une durée de validité. Cette déclaration doit être signée par deux témoins, dont l'un ne peut avoir d'intérêt matériel au décès de l'auteur de la déclaration, et elle doit avoir été rédigée au plus tard cinq ans avant que son auteur ne soit plus en mesure de s'exprimer.

Il est possible de désigner une ou plusieurs personnes de confiance que le médecin aura à consulter.

Le médecin pourra accéder à une demande d'euthanasie dans l'hypothèse où la personne qui a formulé une déclaration anticipée se trouve en état d'inconscience irréversible.

Il est également nécessaire dans cette hypothèse de consulter un médecin tiers qui aura à examiner le caractère grave et incurable de l'affection ainsi que l'irréversibilité de l'inconscience.

Il est prévu une procédure d'enregistrement via les communes auprès du registre national à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2008. Le Service Public Fédéral (SPF) de la Santé Publique tiendra une banque de données consultable à tout instant par les médecins. Il est à souligner qu'une déclaration anticipée non enregistrée gardera toute sa valeur, l'enregistrement restant une faculté offerte aux citoyens.

#### **Contrôle et évaluation de la loi relative à l'euthanasie**

Le législateur belge, à l'instar des Pays-Bas, a prévu une procédure de contrôle. Dans les quatre jours de l'acte d'euthanasie, le médecin doit en faire la

**déclaration** auprès de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie et ce, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette Commission est composée de 16 membres : 8 médecins, 4 juristes, 4 membres issus des milieux concernés par la problématique de patients atteints de maladie incurable. La parité linguistique doit être respectée ainsi qu'une représentation pluraliste : la commission comporte des membres qui ne sont pas nécessairement favorables à l'euthanasie.

Le premier objet de cette Commission est d'assurer le **contrôle** par la société des actes d'euthanasie. Elle a donc à examiner, sur base des déclarations, le respect par les médecins des conditions prévues par la loi. *A priori*, l'**anonymat** de tous les intervenants est préservé. Ce n'est qu'en cas de doute et à la suite d'un vote à la majorité simple que la Commission peut décider de lever l'anonymat.

Dans l'hypothèse où la Commission estime que les conditions n'ont pas été respectées par un vote à la majorité des deux tiers, le dossier est transféré au Procureur du Roi.

La Commission a par ailleurs une mission d'**évaluation** et établit tous les deux ans un **rapport** concernant l'application de la loi destiné au Parlement.

#### **APPROFONDISSEMENT DE QUELQUES NOTIONS**

##### **Document d'enregistrement**

Le document d'enregistrement établi par la Commission a, au fil du temps, connu quelques modifications afin d'en rendre la lecture plus aisée pour les médecins déclarants. Il comporte deux volets, dont le premier est strictement confidentiel. Il y est question des données personnelles du patient, du médecin déclarant, des médecins consultants et de toute autre personne consultée. Ce volet, confidentiel, est scellé.

Le second volet ne peut comporter en principe aucune référence au nom et à l'adresse du patient ainsi qu'aux noms des médecins déclarants et consultants et ce, afin de préserver l'anonymat. Sur base de ce document, la Commission examinera si les conditions et la procédure prévues par la loi ont été respectées. Le médecin aura à y préciser la nature de l'affection grave et incurable (il est demandé un diagnostic précis), la nature et la description de la souffrance constante et insupportable, les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, etc.

Ce document, ainsi d'ailleurs que les rapports de la Commission et les textes légaux, peuvent être consultés et téléchargés à partir du site internet du SPF de la Santé Publique ([www.health.fgov.be/euthanasie](http://www.health.fgov.be/euthanasie)).

## **Demande “ actuelle ” versus déclaration anticipée**

Il s'agit de distinguer la demande formulée par un patient confronté à une affection grave et incurable et qui exprime la volonté de bénéficier d'une aide médicale à mourir et la déclaration anticipée qui peut être rédigée à tout instant de la vie d'une personne adulte et lucide pour le futur.

La loi, pour ce qui concerne la demande, n'a prévu aucun formalisme, hormis le cas où le patient ne peut l'écrire lui-même. En cette hypothèse, elle doit être écrite par un tiers, qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient et ce, en présence du médecin qui la déposera au dossier médical et justifiera la raison pour laquelle le patient n'était pas en état d'écrire lui-même. Le texte peut être fort simple : le patient n'a pas à justifier sa demande d'euthanasie. Il suffit qu'il écrive qu'il souhaite bénéficier d'une euthanasie et que cet écrit soit daté et signé par lui.

Il faut souligner qu'une telle demande n'implique pas que l'acte doit être posé immédiatement. La Commission a estimé qu'elle reste valable pendant tout le temps nécessaire à la préparation de l'euthanasie.

En ce qui concerne la déclaration anticipée, la loi exclut que le médecin traitant puisse avoir la qualité de personne de confiance. Cela étant, lorsque la loi parle de “ médecin traitant ”, il est question du médecin qui accomplit l'acte d'euthanasie. Dès lors, un médecin de famille peut fort bien apparaître comme personne de confiance pourvu que ce ne soit pas lui qui pose l'acte d'euthanasie.

## **Déclaration anticipée en matière de refus de traitement**

Il est utile de rappeler que la loi relative aux droits du patient, sans pour autant nommer *expressis verbis* ce document, confère la possibilité pour le patient d'établir une déclaration anticipée en matière de refus de traitement. Contrairement à la déclaration relative à l'euthanasie, aucun formalisme n'est prévu, ni durée de validité. En revanche, cette expression de la volonté du patient, avec la possibilité également de faire intervenir un mandataire, possède une force contraignante à l'égard des professionnels de la santé.

## **Inconscience irréversible**

Pour les patients inconscients, le législateur a donc prévu qu'une euthanasie pouvait être pratiquée sur base d'une déclaration anticipée. La loi a limité le champ d'application de la déclaration anticipée à l'état d'inconscience irréversible. Les cas de coma irréversible et d'état végétatif sont en général cités. *Quid* cependant, en dehors de ces deux hypothèses, des patients dont on peut soutenir qu'ils ont perdu toute conscience et ce, sans possibilité de la recouvrer ?

Il convient toutefois de souligner que, dans cette

dernière hypothèse, les principes et procédures définis par la loi relative aux droits du patient doivent à tout le moins recevoir application. Un patient peut donc avoir formulé de manière anticipée un refus de traitement, volonté qui sera relayée, en cas d'inconscience, soit par un de ses représentants légaux cités par la loi (soit époux cohabitant, partenaire cohabitant légal ou partenaire cohabitant de fait, soit enfant majeur, soit parent, soit frère ou sœur majeur(e) du patient), soit son mandataire.

## **Demande et capacité du patient**

La demande du patient constitue le fondement de cette législation : sans demande du patient, il n'est pas question de qualifier un acte interruptif de vie d'euthanasie.

Le législateur a tenu à s'entourer de précautions afin que l'on soit assuré de ce qu'il s'agisse bien d'une demande “ formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée ” et qui ne résulte pas “ d'une pression extérieure ”.

Par ailleurs, le patient majeur (ou le mineur émancipé) doit être capable et conscient au moment de formuler cette demande.

La capacité visée par la loi n'est pas nécessairement superposable à la notion de capacité juridique. Un patient peut fort bien faire l'objet d'une mesure d'administration provisoire visant ses biens sans pour autant perdre sa capacité en ce qui concerne les décisions à prendre au point de vue médical. Un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer et se trouvant dans les premières phases de cette maladie, peut fort bien être considéré comme apte à formuler une demande d'euthanasie.

## **Déontologie médicale et législation**

Dès la réforme du 17 octobre 1992, le Code de déontologie en son chapitre consacré à la vie finissante, introduisait la notion de dignité : “ *Lorsqu'un malade se trouve dans la phase terminale de sa vie tout en ayant gardé un certain état de conscience, le médecin lui doit assistance morale et médicale pour soulager ses souffrances morales et physiques et préserver sa dignité* ”.

Cependant, l'article 95 comportait l'interdit de l'euthanasie et du suicide assisté.

L'Ordre des Médecins a procédé à une révision de son Code de déontologie, notamment en ce qui concerne la vie finissante le 18 mars 2006. L'interdit de l'euthanasie et du suicide assisté a bien entendu été supprimé. Conformément à l'article 95 § 2, lors de toute demande à propos de la fin de vie, le médecin est tenu d'expliquer les initiatives qui peuvent être prises telles que la désignation d'un mandataire, la consignation du refus de consentement à une intervention déterminée et la **rédaction d'une déclaration anticipée**

**concernant l'euthanasie.** Le paragraphe 4 de l'article 97 prévoit que le médecin aide le patient dans la rédaction et la conservation des déclarations définies à l'article 95 § 2.

Avant cette réforme de 2006, l'Ordre des Médecins avait publié le 22 mars 2003 un avis fondamental portant sur les lois relatives à l'euthanasie, aux soins palliatifs et aux droits du patient. Il n'est guère possible d'en préciser le détail. Notons toutefois que l'Ordre précise qu'un médecin ne pourrait faire l'objet d'une sanction sur base de l'article 95 non encore modifié s'il s'est conformé aux prescrits d'une législation à portée éthique établie dans un état démocratique et respectant la liberté de conscience du médecin. Il est également question du devoir d'information claire et en temps utile qui pèse sur le médecin. Dans sa conclusion, l'Ordre insiste sur " *l'essence des dispositions légales analysées, à savoir le respect mutuel de l'autonomie et des valeurs éthiques de chacun* " ainsi que sur " *une compréhension réciproque* ". " *Un patient dûment informé pourra faire en concertation franche avec son médecin son choix de vie* ".

#### **Liberté de conscience (art. 14)**

Nul ne peut être contraint à participer à un processus d'euthanasie. Un médecin peut donc refuser de pratiquer une euthanasie que ce soit en raison de convictions personnelles ou parce qu'il estime que le cas n'entre pas dans le champ d'application de la loi. Il a cependant le devoir, en cas de refus, d'en informer en temps utile le patient (voire la personne de confiance) et de transférer le dossier à un confrère choisi par le patient.

Cette liberté de conscience est l'apanage de l'individu et non d'une institution.

#### **SUICIDE ASSISTE ET EUTHANASIE**

La loi du 12 avril 2001 des Pays-Bas sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide a donc prévu d'une manière expresse l'hypothèse du suicide assisté<sup>4</sup>. Il est vrai que le Code pénal néerlandais prévoit deux délits particuliers concernant l'acte interruptif de vie à la demande de la personne et l'aide au suicide. Il convient toutefois de préciser que les critères de minutie qui ont été élaborés aux Pays-Bas concernent les deux hypothèses et que le médecin devra se conformer à l'ensemble des conditions prévues par la loi tant pour le suicide assisté que pour l'euthanasie.

Il en est de même en Belgique, même si la loi du 22 juin 2002 ne mentionne qu'un seul terme : l'euthanasie.

Le législateur n'a pas précisé la technique à utiliser. Dès lors, conformément tant à l'avis du 22 mars 2003 de l'Ordre des Médecins que des conclusions de la Commission de Contrôle et

d'Evaluation de l'Euthanasie, il échet de préciser qu'il appartient au médecin et au patient de déterminer la méthode la plus adéquate en fonction tant de l'état du patient que de ses choix intimes. Le médecin devra en tous points se conformer aux conditions prévues pour la dépénalisation de cet acte, c'est-à-dire qu'il aura non seulement à prescrire les médicaments et aller les retirer chez le pharmacien mais aussi à les administrer au patient et à rester à ses côtés jusqu'à la constatation du décès.

Se trouve en dehors du champ d'application de la loi l'hypothèse où le médecin accèderait à la demande d'un patient de lui prescrire les substances létales, le patient choisissant le moment de les prendre en dehors de toute assistance de son médecin.

Sans entrer dans une étude comparative des réglementations en vigueur aux Pays-Bas et en Belgique d'une part et d'autre part en Suisse et dans l'Etat d'Oregon, soulignons toutefois que l'euthanasie reste prohibée tant en Oregon qu'en Suisse et que l'aide au suicide est possible :

- En Oregon, pour un patient adulte résidant dans l'Etat, se trouvant en phase terminale, avec une espérance de vie de maximum 6 mois. Le rôle du médecin, après avoir constaté que toutes les conditions sont remplies et avoir consulté un autre médecin, peut, après un délai de réflexion d'au moins 15 jours tracer l'ordonnance. En principe, il ne sera pas présent le jour où le patient décidera de prendre les médicaments. *The Oregon Death with Dignity Act* a été adopté par voie de référendum le 27 octobre 1997.
- En Suisse, la pratique du suicide assisté a été rendue possible suite à l'interprétation d'une disposition du Code pénal suisse (article 115) qui sanctionne exclusivement l'aide au suicide avec un mobile égoïste. *A contrario*, sans mobile égoïste, l'aide au suicide n'est dès lors pas punissable. Cette interprétation a été confirmée par le Parlement suisse. Des critères stricts ont été élaborés et ce n'est qu'après l'examen du dossier médical qu'un médecin acceptera de donner la prescription. Les accompagnateurs des personnes qui font cette demande d'auto-délivrance ne doivent pas être nécessairement des professionnels de la santé. Tout décès survenant à la suite d'un suicide assisté est déclaré aux autorités judiciaires.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

1. Publication au Moniteur belge le 22 juin 2002, entrée en vigueur le 22 septembre 2002, texte disponible sur le site internet du SPF Santé Publique : [www.health.fgov.be/euthanasie](http://www.health.fgov.be/euthanasie)
2. Entre autres : Leleu Y-H, Génicot G, Langenaken E : Les Droits de la personnalité, X<sup>ème</sup> colloque de l'Association Famille et Droit, 30 novembre 2007, La Maîtrise de son corps par la personne, concept et applications
3. Publication au M.B. le 26 septembre 2002

4. Des informations substantielles sont publiées sur le site internet du Ministère de la Santé des Pays-Bas : [www.minvws.nl/dossiers/euthanasie](http://www.minvws.nl/dossiers/euthanasie)

**Correspondance et tirés à part :**

J. HERREMANS  
Avenue E. De Mot 19  
1000 Bruxelles  
E-mail : [jherrema@ulb.ac.be](mailto:jherrema@ulb.ac.be)

Travail reçu le 11 juillet 2008 ; accepté dans sa version définitive le 11 juillet 2008.