

SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES ENTRE LES LOIS BELGE ET NÉÉRLANDAISE RELATIVES À L'EUTHANASIE

L. DELIENS (1, 3), J.L. BERNHEIM (2), G. VAN DER WAL (3)

RÉSUMÉ : Une loi sur l'euthanasie a été adoptée en Belgique et aux Pays Bas. Dans les deux pays, l'euthanasie est légalisée sous de strictes conditions et moyennant confirmation par une procédure de déclaration. Bien que les deux lois soient similaires, la loi belge est plus explicite quant aux exigences de prudence. La loi néerlandaise, contrairement à la loi belge, ne fait pas de distinction entre la situation terminale et les affections chroniques peu ou lentement évolutives et non terminales. Alors qu'en Belgique, la loi ne s'applique qu'aux patients âgés de plus de 18 ans, aux Pays-Bas, les mineurs à partir de 12 ans peuvent à certaines conditions recevoir une euthanasie. Ces différences sont toutefois mitigées par l'Avis récent du Conseil national de l'Ordre des Médecins, qui, déontologiquement, adopte une interprétation large de la loi. Une autre différence est qu'aux Pays-Bas, c'est dans une grande mesure par jurisprudence que se sont développées les normes légales pour l'euthanasie. Néanmoins, nous pensons que la nouvelle loi et la procédure de déclaration seront plus difficiles à rendre effectives en Belgique qu'aux Pays-Bas. Afin de promouvoir, préserver et garantir la qualité de la pratique de l'euthanasie, la procédure de déclaration est aux Pays-Bas nominative et complétée par un feedback systématique vers les médecins. Le caractère anonyme du volet descriptif de la déclaration qui, en Belgique est examiné par la Commission de Contrôle, ne permet cette possibilité de feedback qu'au cas où une anomalie ou lacune de ce volet fait lever l'anonymat. Dès lors, ce n'est que si la Commission d'Évaluation et de Contrôle belge fait un ample usage de sa prérogative de levée de l'anonymat, que la procédure de déclaration bénéficiera autant aux médecins belges qu'à leurs collègues néerlandais pour améliorer leurs connaissances et compétences en euthanasie.

En Belgique comme aux Pays-Bas, l'euthanasie fait l'objet depuis longtemps d'intenses discussions. Dans les deux pays, dès les années septante du siècle passé, plusieurs projets de loi sur l'euthanasie ont été introduits. L'arrivée au pouvoir de coalitions gouvernementales libérale-socialiste ou libérale-socialiste-écologiste a, dans les deux pays, mené à l'adoption d'une réglementation légale. Le 10 avril 2001, le parlement néerlandais approuvait la "Wet Toetsing Levensbeëindiging op Verzoek en Hulp bij Zelfdoding" (Loi sur l'examen de l'euthanasie et de l'assistance au suicide), qui entra en vigueur le 1^{er} avril 2002 (1). Peu après, le 16 mai 2002, le parlement belge adoptait à son tour la Loi relative à l'Euthanasie (2). Aux Pays-Bas, cet évé-

THE EUTHANASIA LAWS IN BELGIUM AND THE NETHERLANDS : A COMPARISON

SUMMARY : Recently, laws on euthanasia have been adopted in the Netherlands and Belgium. In both countries the legality of euthanasia is conditioned by adherence to strict conditions and by confirmation after a notification procedure. Although both laws are rather similar, the Belgian law is more fastidious on the requirements of prudent practice. The Belgian law does and the Dutch law does not distinguish between terminal conditions and non-terminal or slowly evolutive chronic conditions. In Belgium, the law only applies to adults, whereas in the Netherlands, minors over 12 years of age may under certain conditions receive euthanasia. However, the Belgian National Medical Disciplinary Board has recently mitigated differences by drafting guidelines which reflect a broad interpretation of the law. A major difference between the two countries is that in the Dutch society the norm setting on euthanasia developed more through jurisprudence and endorsement by the Medical Association than through legislation. We anticipate that the implementation of the new law and the notification procedure may be more difficult in Belgium than in the Netherlands. In order to promote the quality of the euthanasia practice, the euthanasia notification procedure in the Netherlands is followed by systematic feedback to the physicians. The strict anonymity of the Belgian notification procedure will be broken only when the control commission finds some anomaly or deficiency in the declaration. Therefore, unless the Evaluation and Control Commission makes ample use of its prerogative to contact the physician, the Belgian physicians may be less supported by the notification procedure to improve their knowledge and skills in euthanasia.

KEYWORDS : *Euthanasia - Terminal diseases - Chronic illnesses - Belgian law - Dutch law*

nement fut quelque peu occulté par des péripéties électorales, mais en Belgique, il donna lieu à de nombreuses réactions dans les médias. La Belgique, à en croire de nombreux commentateurs journalistiques, avait dorénavant la législation sur l'euthanasie la plus libérale du monde. Par ailleurs, la similitude entre les lois belge et néerlandaise fut fréquemment soulignée.

On notera que les deux lois utilisent la même définition de l'euthanasie. A la suite de l'avis de la Commission néerlandaise d'Etat sur l'euthanasie, repris par le Comité consultatif de Bioéthique belge, l'euthanasie est dans les deux lois définie comme "l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci" (3, 4). Il convient d'ajouter immédiatement que le "tiers", dans les deux lois, désigne toujours un médecin (Loi belge, Article 2).

Le but du présent article est de comparer les deux lois et de relever leurs similitudes et diffé-

(1) Sociologie médicale, (2) Oncologie, Ethique médicale, End-of-life Care Research Group, Vrije Universiteit Brussel.

(3) Médecine sociale, VU Medisch Centrum, afd. Sociale Geneeskunde, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, Pays-Bas.

rences. Nous nous limiterons aux différences les plus importantes pour la pratique médicale. Nous référons le lecteur intéressé par une étude juridique exhaustive à G. Geudens (5). Nous avons examiné les deux lois en ce qui concerne les points suivants: les attendus du législateur et les buts de la loi, les conditions matérielles et de procédure, et la déclaration d'enregistrement.

ATTENDUS DU LÉGISLATEUR ET BUTS DE LA LOI

Les principales considérations qui ont, en Belgique et aux Pays-Bas, conduit à légiférer sur l'euthanasie sont similaires. Dans les deux pays, le législateur s'est appuyé sur deux réalités : d'abord, qu'une forte majorité de la population soutenait la légalisation de l'euthanasie, et, ensuite, que l'euthanasie est un acte médical pratiqué avec une fréquence non négligeable. Ce dernier point a été prouvé tant aux Pays-Bas qu'en Belgique au moyen de robustes études épidémiologiques à grande échelle. Celles-ci ont démontré que, dans les années 1990, l'euthanasie et l'aide au suicide concernaient respectivement 2,7 (Pays-Bas) et 1,2 (Flandre) % des décès (6, 7). Dans les deux pays, le Parlement souhaitait surtout assurer une transparence légale et une protection aux médecins et aux patients qui choisissent cette option comme ultime remède en cas d'impuissance face à une souffrance non tolérée et irréversible. Dans les deux pays, c'est au cœur de la relation patient-médecin que le législateur a placé le processus de décision d'euthanasie. Il en résulte que l'euthanasie n'est jamais une obligation pour le médecin, ni un droit absolu pour le patient. L'euthanasie est, dès lors, un des aboutissements d'une longue prise en charge et d'un processus de décision en commun.

Dans les deux lois, l'acte d'euthanasie pratiqué par le médecin est "légalisé" si celui-ci a respecté certaines conditions et procédures formelles de prudence et s'est conformé à l'obligation d'en faire la déclaration. Toutes les autres formes d'interruption de vie sur demande, par exemple par un non-médecin, ou sans respect des conditions et procédures légales, restent, dans les deux pays, punissables comme auparavant. Toutefois, la "légalisation" s'est réalisée de façon différente dans les deux pays.

La modification du code pénal et le statut de l'assistance au suicide : deux différences plus formelles que substantielles

Contrairement à la loi néerlandaise, la loi belge n'a pas modifié le Code pénal, et elle ne

fait pas référence à ses articles pertinents. Le législateur néerlandais, qui ne souhaitait pas faire de différence entre l'euthanasie et l'assistance au suicide, devait, lui, modifier les articles 293 (relatif à l'interruption de vie en réponse à un souhait explicite et sérieux) et 294 (relatif à l'incitation au suicide) du Code pénal. Ce dernier sanctionnait explicitement l'assistance au suicide. Le Parlement belge, eût-il voulu explicitement légaliser aussi l'assistance au suicide, ne devait pas modifier le Code pénal, car celui-ci n'interdit pas le suicide.

En pratique, l'acte d'euthanasie ne sera juridiquement (par rapport aux articles 393 et 394 du Code pénal belge) plus qualifié de meurtre ou d'homicide. L'absence de modification du Code pénal a probablement une valeur surtout symbolique. En effet, les adversaires de la légalisation de l'euthanasie tenaient à ce que le Code pénal continue à préciser explicitement et sans restriction les valeurs fondamentales de droit (dont le droit à la vie) qui, dans une société, sont les plus dignes de protection. Pour les tenants de cette conception, introduire une exception à l'interdiction générale de l'homicide était inacceptable. Par contre, aux Pays-Bas, la légalisation a été accomplie par la modification du Code pénal, et les médecins qui pratiquent une euthanasie ou qui prêtent assistance à un suicide, en observant les conditions de prudence formulées dans la loi, ne seront pas punissables.

Une autre différence, apparemment plus substantielle, entre les législations belge et néerlandaise se traduit dans les titres des lois. La loi belge ne concerne que la seule euthanasie. Dans le débat et l'élaboration de la loi aux Pays-Bas, aucune distinction de principe ou pratique n'a été faite entre l'euthanasie et l'assistance au suicide. L'aide au suicide est définie dans la loi néerlandaise comme "l'aide délibérée d'un tiers au suicide, ou la fourniture des moyens pour l'accomplir" (art. 1). Dès lors que l'aide au suicide est définie ainsi en termes juridiques, il est étonnant que le législateur belge n'ait pas, dans la foulée de l'euthanasie, légiféré aussi sur l'aide au suicide. En effet, l'aide au suicide est une option où l'intervention d'un tiers est moins déterminante que lors d'une euthanasie. Puisqu'en droit belge le suicide n'est pas punissable, la participation ou l'aide à un tel acte ne serait pas non plus, selon certains, passible de sanction. Par contre, pour d'autres, l'aide au suicide est assimilable à la "non-assistance à une personne en danger" (art. 422bis du Code pénal belge).

Il convient de rappeler combien, contrairement à la Belgique, la jurisprudence a, aux Pays-

Bas, donné forme à la loi. En Belgique aussi, une jurisprudence résultera sans doute de la suite donnée à l'examen des cas rapportés à la Commission de Contrôle (voir ci-dessous), et pourrait inspirer de futures précisions de la loi. Il est d'ailleurs probable que certains cas pratiques seront intermédiaires entre sédation terminale (pratique médicale non réglementée légalement), euthanasie et assistance au suicide. Certains médecins préfèrent laisser au patient l'initiative d'induire le coma, soit par prise d'une potion, soit en inversant une perfusion à l'aide d'un robinet à trois voies. La potion ou la perfusion n'étant souvent pas létales, elles peuvent devoir être suivies d'une interruption de vie par myorelaxant. Ainsi, aux Etats-Unis, où l'opposition à l'euthanasie est majoritaire partout, l'assistance au suicide a cependant été légalisée dans un état, l'Oregon. Manifestement, tant en éthique qu'en droit, en matière d'interruption médicale de la vie, l'euthanasie représente "le plus", et l'assistance au suicide "le moins". Il serait paradoxal que la Belgique, ayant légalisé le plus, ne permette pas le moins.

En raison du fait que l'aide au suicide n'est pas explicitement incluse dans la législation belge, les médecins et patients belges - pour autant qu'au-delà de l'esprit de la loi, ils tiennent à une protection légale formelle - disposent de moins d'options lors d'une interruption de vie, et ils portent l'entière responsabilité d'un tel acte. Aux Pays-Bas, la "Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG)" (association professionnelle similaire à l'American Medical Association et les Collèges royaux britanniques qui n'a pas son égal en Belgique, mais a, dans ses attributions, la partie professionnelle de celles de l'Ordre des Médecins) s'est clairement prononcée sur la question. Parce qu'elle concrétise mieux la responsabilité du patient, la KNMG exprime une préférence de principe pour l'aide au suicide par rapport à l'euthanasie lorsque l'état du patient permet ce choix.

Toutefois, la loi belge ne précise pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée. Ceci implique que l'administration d'un produit létal par la bouche est autorisée. D'autre part, la législation néerlandaise exige du médecin pratiquant une assistance au suicide (contrairement à la loi de l'Etat d'Oregon aux Etats-Unis) qu'il soit présent jusqu'au décès et qu'il soit prêt à intervenir activement si le décès tarde. Dès lors, la principale différence entre les deux législations sur ce point est, peut-être, que la loi néerlandaise autorise explicitement l'assistance au

suicide, alors que la loi belge est silencieuse à ce sujet.

Il est important de noter que, si la loi est ambiguë quant à l'assistance au suicide, il n'existe au niveau déontologique aucune ambiguë : le Conseil national de l'Ordre des Médecins, dans son Avis du 22 mars 2003, considère que lorsque toutes les conditions requises pour l'euthanasie sont remplies, déontologiquement, l'assistance au suicide ne se distingue en rien de l'euthanasie : "Compte tenu de son indication stricte et des conditions posées à son application, l'aide au suicide (...) 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" (8). En attendant les interprétations légales qui, dans l'avenir, feront jurisprudence, il faut constater que le médecin belge, s'il prête assistance à un suicide selon la déontologie médicale, ne jouit pas en ce moment d'une sécurité légale aussi formelle que s'il pratique une euthanasie.

LES CONDITIONS MATÉRIELLES DE PRUDENCE

Les législations des deux pays prévoient certaines conditions de prudence tant matérielles que procéduriales

Les indications.— Les conditions matérielles stipulées aux articles 3 et 4 de la loi belge et à l'article 2 de la loi néerlandaise concernent l'âge, la compétence concernant l'expression de la volonté et les caractéristiques cliniques du patient, la concertation entre médecin et patient, et la qualification de la demande d'euthanasie. Dans les deux pays, une requête d'euthanasie ne peut être honorée que lorsqu'elle émane d'un patient majeur et disposant de sa compétence concernant l'expression de sa volonté. Toutefois, le législateur néerlandais a créé la possibilité d'une euthanasie pour les patients mineurs dès l'âge de 12 ans avec l'assentiment des parents et, dès 16 ans, après concertation avec les parents. Cette possibilité n'est pas prévue par la loi belge. Toutefois, le Conseil national de l'Ordre des Médecins mitige ceci en précisant qu'en déontologie, l'âge mental de l'enfant est déterminant, ce qui est conforme à la Convention internationale des Droits de l'Enfant, ratifiée par la Belgique. L'Ordre rappelle que l'article 12, §2 de la loi sur les Droits du Patient précise que "Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts" (8). La loi néer-

TABLEAU I. LES CONDITIONS MATÉRIELLES DES LOIS RELATIVES À L'EUTHANASIE AUX PAYS-BAS ET EN BELGIQUE : LE PATIENT, LA SITUATION CLINIQUE, LA CONCERTATION ENTRE MÉDECIN ET PATIENT, LA DEMANDE D'EUTHANASIE, ET LA VALIDITÉ DE LA DÉCLARATION ANTICIPÉE.

	Belgique	Pays-Bas
patient	<ul style="list-style-type: none"> - majeur (≥ 18 ans) - capable et conscient au moment de la demande 	<ul style="list-style-type: none"> - majeur (≥ 18 ans) - 12-15 ans: après acquiescement des parents - 16-17 ans: après concertation avec les parents
situation clinique	<ul style="list-style-type: none"> - si incapable, uniquement sur base de déclaration anticipée (voir ci-dessous) - situation médicalement sans issue - souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être soulagée - souffrance consécutive à affection incurable, accidentelle ou pathologique 	<ul style="list-style-type: none"> - si incapable, uniquement sur base de déclaration préalable (≥ 16 ans) (voir ci-dessous) - pas de solution raisonnable pour la situation - souffrance insupportable et sans issue
concertation entre médecin et patient sur:	<ul style="list-style-type: none"> - situation de santé et espérance de vie - la demande d'euthanasie - les éventuelles possibilités thérapeutiques restantes, ainsi que celles de soins palliatifs et leurs conséquences - arriver avec le patient à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable 	<ul style="list-style-type: none"> - la situation dans laquelle le patient se trouve et ses perspectives - arriver avec le patient à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable pour la situation dans laquelle il se trouve
demande d'euthanasie	<ul style="list-style-type: none"> - volontaire, réfléchie et répétée, sans pression extérieure aucune - rédigée par écrit, datée et signée par le patient - si le patient en est incapable, la consignation par écrit, en présence du médecin, est effectuée par une personne majeure choisie par le patient, et n'ayant aucun intérêt matériel au décès de celui-ci, - les demandes, les actes du médecin, et le/les rapport(s) du/des médecin(s) consulté(s) sont régulièrement consignés au dossier médical 	<ul style="list-style-type: none"> - demande volontaire et réfléchie du patient
validité de la déclaration anticipée	<ul style="list-style-type: none"> - souhait d'euthanasie dans une déclaration anticipée - sont exclues de cette possibilité les personnes déclarées 'incapables' à cause de déficiences mentales permanentes - le médecin traitant s'est assuré de ce que : a) le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, b) le patient est inconscient et c) que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science. - désignation d'une ou plusieurs personnes de confiance majeures (les médecins traitant et consulté étant exclus) qui en informent le médecin traitant - rédaction par écrit en présence de 2 témoins majeurs dont au moins un n'a pas d'intérêt matériel au décès - datée et signée par le patient, les témoins, et, selon le cas, par la ou les personnes de confiance - rédigée au plus 5 ans avant la survenue de l'état d'incapacité 	<ul style="list-style-type: none"> - souhait d'euthanasie dans déclaration anticipée - idem - en cas d'incapacité les précautions de prudence sont d'application - rédigée à une époque où le patient pouvait être considéré capable d'une évaluation raisonnable de ses propres intérêts en la matière

landaise oblige le médecin d'avoir acquis la conviction que le patient éprouvait "une souffrance sans issue et intolérable", et médecin et patient doivent ensemble avoir acquis la conviction que, pour la situation du patient, "il n'existe pas d'autre solution raisonnable". Le législateur belge a exprimé la même obligation en d'autres termes, mais a explicité davantage la situation clinique dans laquelle doit se trouver le patient.

La souffrance doit être "constante", et résulter "d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable". La cause de la souffrance n'est pas explicitée dans la loi néerlandaise. En pratique médicale, ces précisions ne constituent toutefois pas une différence essentielle. Dans les deux pays, ce sont le diagnostic et le pronostic qui, pour le médecin, déterminent son appréciation de la nature et de l'irréversibilité de la souffrance.

Concertation avec le patient.— Le législateur belge est plus explicite lorsqu'il qualifie la

concertation avec le patient. Le médecin belge doit "informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie" et se concerter avec le patient sur "sa demande d'euthanasie et (...) les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs, et leurs conséquences (...)". La qualification de la demande est également en loi belge plus explicite qu'aux Pays-Bas. Selon la loi néerlandaise, le médecin "acquiert la conviction que la demande du patient est volontaire et dûment réfléchie". Il doit arriver, avec le patient, à la conviction que, dans sa situation, il n'y a aucune autre solution raisonnable et que la demande du patient est entièrement volontaire.

En Belgique, la demande doit être formulée de manière "volontaire, réfléchie et répétée", et libre de toute "pression extérieure". Contrairement aux Pays-Bas, la demande doit être actée par écrit : "Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même." Si le patient n'est pas

TABLEAU II. CONDITIONS FORMELLES DANS LES LOIS BELGE ET NÉERLANDAISE RELATIVES À L'EUTHANASIE : CONSULTATION ET ACTE D'EUTHANASIE.

	Belgique	Pays-Bas
médecin traitant	- obtenir l'avis conforme d'un autre médecin sur le caractère grave et irréversible de l'affection et sur la souffrance	- consulter au moins un autre médecin
médecin consultant	- indépendance tant du consultant que du médecin traitant - compétence pour juger de l'affection en question	- indépendance
tâches du médecin consultant	- consulter le dossier médical et examiner le patient - vérifier la souffrance physique ou mentale persistante et insupportable qui ne peut être soulagée - faire rapport de ses constatations - le médecin traitant informe le patient des résultats de cette consultation	- voir le patient - émettre un avis sur l'observance des conditions de prudence - rédiger un rapport écrit
2 ^e consultation	- lorsque le médecin traitant juge que "le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance": - le 2 ^e consultant est un psychiatre ou un spécialiste de l'affection en question - il a les mêmes tâches que le 1 ^{er} consultant (voir ci-dessus)	- "jurisprudence"
autres exigences de concertation	- si une équipe soignante est en contact régulier avec le patient, le médecin doit discuter la demande du patient avec (des membres de) cette équipe - si le patient le souhaite, le médecin doit discuter la demande du patient avec les proches que le patient désigne - le médecin doit s'assurer que le patient a eu l'occasion de discuter la demande avec les personnes qu'il ou elle souhaitait rencontrer	
application de l'euthanasie	- lors de 'non-terminalité', laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'application de l'euthanasie	- l'interruption de vie ou l'aide au suicide se font d'une façon médicalement soignée

en état de formuler une demande par écrit, ceci incombe à "une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient (...)". Dans tous les cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et le nom du médecin est mentionné dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical (art. 3, § 4).

L'incapacité de manifester sa volonté.— Tant en Belgique (art. 4) qu'aux Pays-Bas (art. 2), les patients devenus incapables de manifester leur volonté peuvent obtenir une euthanasie s'ils l'ont, préalablement et alors qu'ils étaient capables de manifester leur volonté, exprimé par une déclaration anticipée.

Sont exclues de cette possibilité les personnes qui, de par leur incapacité mentale permanente et définitive, ont été déclarées "incompétentes". En Belgique, les conditions de validité et d'application de la déclaration anticipée sont détaillées de manière plus précise qu'aux Pays-Bas. La déclaration n'est applicable que si le patient est "inconscient", et ceci de manière "irréversible selon l'état actuel de la science". La déclaration anticipée peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui informent le médecin traitant de la volonté du patient. 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 anticipée doit être constatée par écrit, composée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins ne peut avoir aucun 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. Elle n'est valable que si elle est rédigée ou confirmée moins de 5 ans avant le moment où le patient est devenu incapable d'exprimer sa volonté.

LES CONDITIONS PROCÉDURIELLES ET LA PROCÉDURE DE DÉCLARATION

Consultation.— Les conditions (de bonnes pratiques) procéduriales comprennent la consultation d'un autre médecin, la consultation de l'équipe infirmière, la consultation d'un second médecin et l'application de l'euthanasie. La loi néerlandaise n'exige la consultation que d'un seul médecin. La loi belge requiert en outre un deuxième consultant lorsque "le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance". Le motif du législateur belge était d'introduire une distinction procédurielle entre les malades terminaux et non terminaux, distinction absente aux Pays-Bas. Pour les patients non terminaux, on doit, en plus, observer un délai d'au moins un mois entre la demande et l'application de l'euthanasie. Le législateur belge, au contraire du néerlandais, prescrit aussi la consultation de l'équipe soignante si elle existe, et, à

condition que le patient le souhaite, des proches qu'il désigne.

Une autre différence réside dans le détail de la mission du consultant. Aux Pays-Bas, celui-ci doit voir le patient et émettre par écrit son opinion sur l'observance des conditions de prudence. En Belgique, il doit en outre consulter le dossier médical, examiner le patient et consigner ses observations concernant l'affection et le caractère de la souffrance dans un rapport écrit qui est joint au dossier médical. Seule la conclusion du consultant doit être mentionnée dans la

déclaration du médecin pratiquant l'euthanasie. Le consultant belge doit de plus être "compétent quant à la pathologie concernée".

Déclaration (9).— Dans les deux pays, la déclaration de l'euthanasie par le médecin qui l'a pratiquée constitue un élément crucial de la loi. Cette déclaration est indispensable pour que l'euthanasie bénéficie d'une dérogation de toute poursuite judiciaire. Le document de déclaration belge est plus détaillé qu'aux Pays-Bas. Dans les deux pays, l'immunité est conférée par une commission ad hoc. En Belgique, cette tâche est

TABLEAU III. LA PROCÉDURE DE DÉCLARATION DANS LES LOIS BELGE ET NÉERLANDAISE SUR L'EUTHANASIE : RAPPORTAGE ET CONTRÔLE SOCIAL.

	Belgique	Pays-Bas
déclaration	<ul style="list-style-type: none"> - document de déclaration dûment rempli - à remettre moins de 4 jours après le décès à la Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation (voir ci-dessous) 	<ul style="list-style-type: none"> - codifiée dans la loi sur les (voir ci-dessus) actes de décès - immédiatement avertir le médecin légiste communal et lui remettre le formulaire de déclaration
document d'enregistrement et de déclaration	<ul style="list-style-type: none"> - la première partie doit être scellée par le médecin traitant et comprend toutes les données personnelles du patient, du médecin traitant, du ou des médecins consultés, et le cas échéant les personnes de confiance citées dans la déclaration anticipée - la seconde partie est entièrement anonyme et comprend le rapport sur la procédure et les exigences matérielles et formelles 	<ul style="list-style-type: none"> - rapport raisonné sur l'observance des conditions de prudence - le document n'est pas anonyme, mais nominatif
commission d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation - 16 membres désignés sur la base de leur expérience "dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission" 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 commissions régionales d'évaluation - nombre de membres impair (de fait: 3)
composition	<ul style="list-style-type: none"> - 8 médecins (dont 4 professeurs) - 4 juristes, professeurs de droit ou avocats - 4 personnes issues des milieux s'occupant de la problématique des maladies incurables 	<ul style="list-style-type: none"> - un juriste - un médecin - un expert en matière d'éthique
critères de composition et présidence	<ul style="list-style-type: none"> - parité linguistique - au moins 3 membres du même sexe - représentation pluraliste - remplaçants prévus - commission présidée par un président francophone et un néerlandophone, élus parmi les membres de chaque rôle linguistique - nominations pour 4 ans, renouvelables 	<ul style="list-style-type: none"> - remplaçants prévus - commission présidée par le juriste - nominations pour 6 ans, une fois renouvelables
compétences	<ul style="list-style-type: none"> - la commission examine le document de déclaration rempli (voir ci-dessus) qui a été envoyé par le médecin traitant - sur la base de la deuxième partie du document de déclaration, elle vérifie si l'euthanasie a été pratiquée dans les conditions et selon les procédures prescrites par la loi - en cas de doute, elle peut à une majorité simple lever l'anonymat et demander au médecin traitant tout élément du dossier - la commission établit le libellé du document de déclaration - la commission peut, si ceci est nécessaire pour la bonne évaluation du dossier, demander au médecin d'oralement ou par écrit compléter son rapport 	<ul style="list-style-type: none"> - la commission juge sur la base du rapport désigné par l'article 7, paragraphe 2 de la loi sur les déclarations de décès si le médecin ayant pratiqué l'euthanasie ou l'assistance au suicide a agi en conformité avec les critères de prudence prévus à l'article 2 - la commission peut, si ceci est nécessaire pour la bonne évaluation des actes du médecin, obtenir des informations du médecin légiste, du consultant ou d'autres membres de l'équipe soignante
jugement et rapport	<ul style="list-style-type: none"> - la commission statue endéans les deux mois - si à une majorité des deux tiers la commission juge que les conditions prescrites par la loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au Procureur du Roi du lieu de décès du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - la commission émet son jugement motivé endéans les 6 semaines après réception du rapport - le médecin est notifié par écrit - la commission remet le dossier au Collège des Procureurs généraux et à l'Inspecteur régional de la santé si elle juge que le médecin n'a pas agi selon les critères de prudence - le jugement est prononcé à la majorité simple des voix et si tous les membres ont participé au vote.
contrôle social	<ul style="list-style-type: none"> - la commission émet la première fois, deux ans après l'entrée en vigueur de la loi, et, ensuite, tous les deux ans un rapport statistique et des recommandations à l'attention des Chambres législatives - ces rapports sont chaque fois suivis d'un débat 	<ul style="list-style-type: none"> - annuellement, avant le 1^{er} avril, les commissions soumettent aux ministres un rapport conjoint sur leurs activités de l'année écoulée - annuellement, à l'occasion de la soumission du budget aux Etats-généraux, les ministres leur font rapport sur le fonctionnement des commissions

confiée à une seule Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation, alors qu'aux Pays-Bas fonctionnent cinq commissions régionales. Dans les deux pays, les commissions ont également la tâche de faire rapport au Parlement afin de permettre un contrôle social sur la pratique de l'euthanasie.

Aux Pays-Bas, la procédure de déclaration est consignée dans la "Wet op de Lijkbezorging" ("Loi sur les déclarations de décès") régissant notamment la mission des médecins légistes chargés de délivrer les permis d'inhumer. Le médecin ayant pratiqué l'euthanasie remet sa déclaration au médecin légiste, qui fait suivre à la Commission régionale de Contrôle. L'implication d'un médecin légiste chargé de rédiger un rapport rend la procédure de déclaration plus complexe qu'en Belgique, où le médecin adresse directement la déclaration à la Commission de Contrôle et d'Évaluation. Celle-ci est composée de 16 membres médecins et juristes (mais pas d'éthiciens), avec en plus des "experts de terrain", personnes s'occupant de la problématique des maladies incurables et de soins palliatifs.

Les commissions.— Les attributions des commissions sont similaires : elles vérifient l'observance des conditions légales et, par leurs rapports, permettent un contrôle par la société. En Belgique, ce rapport sera biennal, adressé au Parlement; aux Pays-Bas, il est annuel et adressé aux ministres de la Santé et de la Justice. En Belgique, un dossier n'est transmis à une instance judiciaire que par un vote à la majorité des deux tiers, de même qu'aux Pays-Bas lorsque deux des trois personnes constituant une commission régionale se prononcent dans ce sens.

Feedback vers les médecins ayant pratiqué une euthanasie.— Une différence apparemment plus substantielle concerne le feedback de l'évaluation des cas par la Commission aux médecins lui ayant adressé une déclaration d'euthanasie. Aux Pays-Bas, où la procédure est confidentielle, mais pas anonyme, le médecin rapporteur reçoit, pour chaque cas, une évaluation en retour. En Belgique, selon la volonté du législateur, l'anonymat du dossier ne sera levé et le médecin ne sera contacté qu'en cas d'insuffisance de l'information rapportée. La différence pourrait toutefois se révéler moins importante qu'il n'y paraît car, 1) aux Pays-Bas, le feedback n'est contributif à l'amélioration des compétences du médecin rapporteur qu'en cas d'insuffisance de son rapport, et 2) en Belgique, chaque insuffisance ou doute apparu lors de l'examen de la déclaration entraîne la levée de l'anonymat, une demande d'explications au médecin concerné et

des recommandations quant aux carences constatées.

Quoique la procédure belge assure au médecin une solide protection légale, il persiste toutefois une certaine contradiction avec la pratique des certificats de décès. La déclaration de décès ne comporte jusqu'ici pas de rubrique "décès par euthanasie" et les rubriques de décès de cause non naturelle prévues ne s'appliquent pas à l'euthanasie. Le médecin ne peut donc déclarer que "mort naturelle". C'est aussi ce que recommande l'Ordre des Médecins (8).

CONSÉQUENCES PRATIQUES

Les lignes directrices des lois néerlandaise et belge sont semblables. L'euthanasie est légalisée sous des conditions strictes stipulées par la loi. La loi belge va toutefois plus loin que la néerlandaise dans la qualification précise des conditions matérielles et procéduriales. Par contre, les Pays-Bas ont, grâce à une jurisprudence disciplinaire et pénale considérable, développé une procédure bien plus détaillée que celle qui est décrite dans la loi. Nous estimons qu'en Belgique la déclaration est plus détaillée et le contrôle de la pratique médicale plus complexe qu'aux Pays-Bas. Il ne serait donc pas étonnant que les médecins belges se révèlent plus réticents à l'obligation de déclaration que leurs collègues néerlandais.

On peut s'interroger sur la mesure dans laquelle les patients dont "le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance" pourront être distingués des autres. La difficulté, en routine médicale, de faire cette distinction a mené le législateur néerlandais à renoncer à cette distinction. En fait, cette mesure s'appliquera surtout aux patients atteints de souffrances incontrôlables liées à des séquelles non évolutives d'affections anciennes (telles des paralysies post-traumatiques) ou à des affections très lentement évolutives (telle la sclérose en plaques). Les résultats de l'utilisation des deux lois en pratique médicale peuvent difficilement être prédits. Ils dépendront, en grande partie, des différences dans la pratique médicale à la fin de la vie (6, 7) et des conceptions et attitudes des patients et des médecins. Aux Pays-Bas, la participation active des organisations médicales à la définition des conditions de prudence et aux procédures de tolérance en vigueur avant la nouvelle loi augure bien d'une bonne compliance. En Belgique, la question reste posée de savoir dans quelle mesure la profession médicale prêter son concours à l'application d'une loi à la préparation de laquelle elle n'a que peu parti-

cipé. L'absence, jusqu'ici, d'une infrastructure de consultation en matière d'euthanasie comparable à celle des médecins SCEN ("Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland", soutien et consultation pour l'euthanasie), risque de se faire ressentir. En Flandre, un réseau récemment créé comprenant une centaine de médecins volontaires pour conseiller et orienter leurs collègues tant en matière de soins palliatifs que d'euthanasie, et servir de consultants, procure une assistance qui n'est jamais distante de plus de vingt kilomètres (10).

Le fait que, dans les deux pays, une loi ait été adoptée ne signifie pas que la discussion sur les actes médicaux abrégant la vie soit terminée. Les deux lois, ainsi que les modalités de déclaration des cas, resteront soumises à réévaluation. Ceci suffit à prévoir de nouveaux débats parlementaires qui donneront l'occasion d'apporter des aménagements. Il faut aussi noter que ces lois sont loin d'avoir réglementé toutes les pratiques médicales qui posent problème à la fin de la vie. Beaucoup d'interrogations persistent, notamment quant à l'interruption de la vie sans demande explicite du patient, pratique jusqu'à présent trois fois plus fréquente en Belgique (Flandre) qu'aux Pays-Bas (6, 7), les possibilités d'euthanasie chez les enfants, et les demandes d'euthanasie formulées par des patients psychiatriques (11). A cet égard, l'Ordre des Médecins conclut que "Afin d'éviter que la qualité de la relation médecin-patient ne soit altérée dans la phase ultime de la vie, il est fondamental de ne pas se focaliser sur la formalisation juridique, mais plutôt de prêter attention à ce qui constitue l'essence des dispositions légales analysées, à savoir le respect mutuel de l'autonomie et des valeurs éthiques de chacun". Ces questions donneront sans doute lieu à de nouveaux débats parlementaires, et les possibilités d'aménagements de la loi restent ouvertes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tekst Wet "Toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding". Staatsblad nr 194 2001.
2. Projet de loi relative à l'euthanasie.— Actes parlementaires du Sénat de Belgique 2001-2002, Bruxelles, 2002, n° 2-244/26
3. Staatscommissie Euthanasie.— *Rapport inzake euthanasie*. Staatsuitgeverij, Den Haag, 1985.
4. Avis n° 1 du Comité consultatif de Bioéthique. *Bioethica Belgica*, 1998, 1, 2-6.
5. Geudens G.— Het euthanasiedebat ruim bekeken. Juridische en politieke beschouwingen bij de discussie in België en Nederland. In: Van Neste F, Taelis J, Cools A, redacteurs. *Van klinische ethiek tot biorecht*. Peeters, Leuven, 2002, 427-77.
6. Maas PJ van der, Wal G van der, Haverkate I, et al.— Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands. *N Engl J Med*, 1996, 335, 1699-705.
7. Deliëns L, Mortier F, Bilsen J, et al.— End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *Lancet*, 2000, 356, 1806-11.
8. http://www.ordomedic.be/fr/IIIann1_2003.htm et publication prévue dans le BCN n° 100, juin 2003.
9. Le formulaire belge de déclaration peut être obtenu par: <http://www.health.fgov.be/AGP/fr/formulaires/Euthanasie/Formulaire-EuthanasieFR.pdf>
10. LEIF-artsen (Levensseinde Informatie Forum) : www.uvv.be/uvv5/news/news.html
11. Hartogh GA den.— Regulering van euthanasie en hulp bij suïcide: hoe succesvol is het Nederlandse model? *Tijdschr Gezondheidsrecht*, 2002, 26, 232-50.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. J. Bernheim, End-of-life Care Research Group, Fac. Gen. en Farm. VUB, Laarbeeklaan 103, 1090 Brussel; jan.bernheim@vub.ac.be