

V. BÉLGICA

V.1. CONSTITUCIÓN COORDINADA (1994)»*

TÍTULO II.- De los belgas y de sus derechos

Artículo 12

Se garantiza la libertad individual.

Nadie podrá ser perseguido sino en los casos previstos por la ley y en la forma por ella prescrita.

Fuera del caso de flagrante delito, nadie podrá ser detenido salvo en virtud de resolución motivada del juez, que deberá notificarse en el momento de la detención o a mas tardar dentro de las veinticuatro horas siguientes.

Artículo 22

Cada uno tendrá derecho al respeto de su vida privada y familiar, salvo en los supuestos y con las condiciones establecidas por la ley.

La ley, el decreto o la disposición prevista en el artículo 134 garantizarán la protección de este derecho.

Artículo 23

Cada uno tiene el derecho de llevar una existencia conforme con la dignidad humana.

A tal fin, la ley, el decreto o la disposición prevista en el artículo 134 garantizarán, teniendo en cuenta los correspondientes deberes, los derechos económicos, sociales y culturales, y determinarán las condiciones de su ejercicio.

Tales derechos comprenderán especialmente

1. .../...

2. El derecho a la seguridad social, a la protección de la salud y a la asistencia social, médica y jurídica.

3. .../...

4. .../...

5. .../...

V.2. LEGISLACIÓN

28 MAI 2002. - Loi relative à l'euthanasie.

Publié M.B.: 22-06-2002

14 JUIN 2002. - Loi relative aux soins palliatifs

Publié le : 26-10-2002

22 AOUT 2002. - Loi relative aux droits du patient.

Publié M.B.: 26-09-2002

24 NOVEMBRE 2004. - Loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient en y insérant le droit pour toute personne de recevoir des soins visant à soulager sa douleur, ainsi que l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Publié M.B.: 17-10-2005

10 NOVEMBRE 2005. - Loi complétant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie par des dispositions concernant le rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes.

Publié M.B.: 13-12-2005

13 DECEMBRE 2006. - Loi portant dispositions diverses en matière de santé.

Publié M.B.: 22-12-2006

27 AVRIL 2007. - Arrêté royal réglant la façon dont la déclaration anticipée en matière d'euthanasie est enregis-

trée et est communiquée via les services du Registre national aux médecins concernés.

Publié M.B.: 07-06-2007

27 AVRIL 2007. - Arrêté royal déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Publié M.B.: 10-07-2007

8 DECEMBRE 2004. - Arrêté royal fixant les jetons de présence et les frais de parcours des membres de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi relative à l'euthanasie.

Publié M.B.: 19-01-2005

2 AVRIL 2003. - Arrêté royal fixant les modalités suivant lesquelles la déclaration anticipée relative à l'euthanasie est rédigée, reconfirmée, révisée ou retirée.

Publié M.B.: 13-05-2003

3 FEVRIER 2003. - Arrêté royal fixant le cadre organique du personnel administratif de la Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation instaurée pour l'application de la loi relative à l'euthanasie.

Publié le : 21-02-2003

3 FEVRIER 2003. - Arrêté royal portant fixation du cadre linguistique du personnel administratif de la Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation instaurée pour l'application de la loi relative à l'euthanasie.

Publié le : 21-02-2003

FEVRIER 2003. - Arrêté royal fixant les conditions de détachement du personnel des services publics à la Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation, instaurée pour l'application de la loi relative à l'euthanasie.

Publié le : 21-02-2003

* Traducida del francés del texto oficial publicado en el Moniteur belge (n° 35, 17 de febrero de 1994)

28 MAI 2002. - Loi relative à l'euthanasie.

Table des matières

- CHAPITRE I. - Dispositions générales.
 CHAPITRE II. - Des conditions et de la procédure.
 CHAPITRE III. - De la déclaration anticipée.
 CHAPITRE IV. - De la déclaration.
 CHAPITRE V. - La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation.
 CHAPITRE VI. - Dispositions particulières.

Texte

Article 1. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE I. - Dispositions générales.

Art. 2. Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par <euthanasie> l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

CHAPITRE II. - Des conditions et de la procédure

Art. 3. § 1er. Le médecin qui pratique une <euthanasie> ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;
- la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
- le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;

et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

§ 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'<euthanasie> et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire;

2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;

3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec

le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci;

5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;

6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'<euthanasie>.

§ 4. La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient.

Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

§ 5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Art. 3bis. <inséré par L 2005-11-10/68, art. 2; En vigueur : 23-12-2005> Le pharmacien qui délivre une substance euthanasiant ne commet aucune infraction lorsqu'il le fait sur la base d'une prescription dans laquelle le médecin mentionne explicitement qu'il s'agit conformément à la présente loi.

Le pharmacien fournit la substance euthanasiant prescrite en personne au médecin. Le Roi fixe les critères de prudence et les conditions auxquels doivent satisfaire la prescription et la délivrance de médicaments qui seront utilisés comme substance euthanasiant.

Le Roi prend les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité des substances euthanasiantes, y compris dans les officines qui sont accessibles au public.

CHAPITRE III. - De la déclaration anticipée

Art. 4. § 1er. Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une <euthanasie> si ce médecin constate :

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

La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui met-

tent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.

La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration.

La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.

Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.

§ 2. Un médecin qui pratique une <euthanasie>, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1er, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
 - est inconscient;
 - et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement :

1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.

Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

2° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;

3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;

4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

CHAPITRE IV. - De la déclaration

Art. 5. Le médecin qui a pratiqué une <euthanasie> remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

CHAPITRE V. - La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation

Art. 6. § 1er. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée « la commission ».

§ 2. La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.

La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.

Les membres de la commission sont nommés, dans le respect de la parité linguistique - chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe - et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.

§ 3. La commission établit son règlement d'ordre intérieur.

Art. 7. La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une <euthanasie>.

Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes :

- 1° les nom, prénoms et domicile du patient;
- 2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant;
- 3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'<euthanasie>;
- 4° les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations;
- 5° s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes :

- 1° le sexe et les date et lieu de naissance du patient;
- 2° la date, le lieu et l'heure du décès;
- 3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;
- 4° la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;
- 5° les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inaféable;
- 6° les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure;
- 7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance;
- 8° s'il existe une déclaration de volonté;
- 9° la procédure suivie par le médecin;
- 10° la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations;
- 11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations;
- 12° la manière dont l'«euthanasie» a été effectuée et les moyens utilisés.

Art. 8. La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'«euthanasie» a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'«euthanasie».

Elle se prononce dans un délai de deux mois.

Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se récusera ou pourra être récuser pour l'examen de cette affaire par la commission.

Art. 9. La commission établit à l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans:

- a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8;
- b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;
- c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.

Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels.

Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.

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

Art. 10. Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur proposition des ministres qui ont la Santé publique et la Justice dans leurs attributions.

Art. 11. Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.

Art. 12. Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Art. 13. Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, les Chambres législatives organisent un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution des Chambres législatives et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.

CHAPITRE VI. - Dispositions particulières

Art. 14. La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une «euthanasie».

Aucune autre personne n'est tenue de participer à une «euthanasie».

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une «euthanasie», il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.

Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'«euthanasie» est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

Art. 15. La personne décédée à la suite d'une «euthanasie» dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.

Art. 16. La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au Moniteur belge.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Bruxelles, le 28 mai 2002.

Modifié par:
LOI DU 10-11-2005 PUBLIE LE 13-12-2005 (ART. MODIFIE : 3BIS)

10 NOVEMBRE 2005. - Loi complétant la loi du 28 mai 2002 relative à l'<euthanasie> par des dispositions concernant le rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes.

Article 1. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2. Il est inséré dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'<euthanasie> un article 3bis, libellé comme suit:

«Art. 3bis. Le pharmacien qui délivre une substance euthanasiante ne commet aucune infraction lorsqu'il le fait sur la base d'une prescription dans laquelle le médecin mentionne explicitement qu'il s'agit conformément à la présente loi.

Le pharmacien fournit la substance euthanasiante prescrite en personne au médecin. Le Roi fixe les critères de prudence et les conditions auxquels doivent satisfaire la prescription et la délivrance de médicaments qui seront utilisés comme substance euthanasiante.

Le Roi prend les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité des substances euthanasiantes, y compris dans les officines qui sont accessibles au public. «

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtu du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Bruxelles, le 10 novembre 2005.

.../...

22 AOUT 2002. - Loi relative aux droits du patient.

Table des matières

CHAPITRE I. - Disposition générale.

CHAPITRE II. - Définitions et champs d'application.

CHAPITRE III. - <Droits> <du> <patient>.

CHAPITRE IV. - Représentation du patient.

CHAPITRE V. - Commission fédérale « <Droits> <du> <patient> ».

CHAPITRE VI. - Dispositions modificatives et finales.

CHAPITRE I. - Disposition générale

Article 1. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE II. - Définitions et champs d'application

Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

1° patient: la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non;

2° soins de santé: services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie;

3° praticien professionnel: le praticien visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

Art. 3. § 1er. La présente loi s'applique aux rapports juridiques (contractuels et extra-contractuels) de droit privé et de droit public dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien professionnel à un patient. <W 2006-12-13/35, art. 61, 002; En vigueur : 01-01-2007>.

§ 2. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis de la commission visée à l'article 16, préciser les règles relatives à l'application de la loi aux rapports juridiques visés au § 1er, définis par Lui, afin de tenir compte du besoin de protection spécifique.

Art. 4. Dans la mesure où le patient y apporte son concours, le praticien professionnel respecte les dispositions de la présente loi dans les limites des compétences qui lui sont conférées par ou en vertu de la loi. Dans l'intérêt du patient, il agit le cas échéant en concertation pluridisciplinaire.

CHAPITRE III. - Droits du patient

Art. 5. Le <patient> a <droit>, de la part <du> praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

Art. 6. Le <patient> a <droit> au libre choix <du> praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi.

Art. 7. § 1er. Le <patient> a <droit>, de la part <du> praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

§ 2. La communication avec le patient se déroule dans une langue claire.

Le patient peut demander que les informations soient confirmées par écrit.

(Le patient a le droit de se faire assister par une personne de confiance ou d'exercer son droit sur les informations visées au § 1er par l'entremise de celle-ci. Le cas échéant, le praticien professionnel note, dans le dossier du patient, que les informations ont été communiquées, avec l'accord du patient, à la personne de confiance ou qu'elles ont été communiquées au patient en la présence de la personne de confiance, et il note l'identité de cette dernière. En outre, le patient peut demander explicitement que les données susmentionnées soient inscrites dans le dossier du patient.) <W 2006-12-13/35, art. 62, 002; En vigueur : 01-01-2007>

§ 3. Les informations ne sont pas fournies au patient si celui-ci en formule expressément la demande à moins que la non-communication de ces informations ne cause manifestement un grave préjudice à la santé du patient ou de tiers et à condition que le praticien professionnel ait consulté préalablement un autre praticien professionnel à ce sujet et entendu la personne de confiance éventuellement désignée dont question au § 2, alinéa 3.

La demande du patient est consignée ou ajoutée dans le dossier du patient.

§ 4. Le praticien professionnel peut, à titre exceptionnel, ne pas divulguer les informations visées au § 1er au patient si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave à la santé du patient et à condition que le praticien professionnel ait consulté un autre praticien professionnel.

Dans ce cas, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient et en informe l'éventuelle personne de confiance désignée dont question au § 2, alinéa 3.

Dès que la communication des informations ne cause plus le préjudice visé à l'alinéa 1er, le praticien professionnel doit les communiquer.

Art. 8. § 1er. Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable.

Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention.

A la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord du praticien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

§ 2. Les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement visé au § 1er, concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention.

§ 3. Les informations visées au § 1er sont fournies préalablement et en temps opportun, ainsi que dans les conditions et suivant les modalités prévues aux §§ 2 et 3 de l'article 7.

§ 4. Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au § 1er, pour une intervention.

A la demande du patient ou du praticien professionnel, le refus ou le retrait du consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

Le refus ou le retrait du consentement n'entraîne pas l'extinction du droit à des prestations de qualité, tel que visé à l'article 5, à l'égard du praticien professionnel.

Si, lorsqu'il était encore à même d'exercer les droits tels que fixés dans cette loi, le patient a fait savoir par écrit qu'il refuse son consentement à une intervention déterminée du praticien professionnel, ce refus doit être respecté aussi longtemps que le patient ne l'a pas révoqué à un moment où il est lui-même en mesure d'exercer ses droits lui-même.

§ 5. Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant visé au chapitre IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents.

Art. 9. § 1er. Le patient a droit, de la part de son praticien professionnel, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr.

A la demande du patient, le praticien professionnel ajoute les documents fournis par le patient dans le dossier le concernant.

§ 2. Le <patient> a <droit> à la consultation <du> dossier le concernant.

Il est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 15 jours de sa réception, à la demande du patient visant à consulter le dossier le concernant.

Les annotations personnelles d'un praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation.

A sa demande, le patient peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci. Si cette personne est un praticien professionnel, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3. (Le cas échéant, la demande du patient est formulée par écrit et la demande, ainsi que l'identité de la personne de confiance, sont consignées ou ajoutées au dossier du patient.) <W 2006-12-13/35, art. 63, 1°, 002; En vigueur : 01-01-2007>

Si le dossier du patient contient une motivation écrite telle

que visée à l'article 7, § 4, alinéa 2, qui est encore pertinente, le <patient> exerce son <droit> de consultation <du> dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné par lui, lequel praticien consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3

§ 3. Le <patient> a le <droit> d'obtenir, (...), une copie <du> dossier le concernant ou d'une partie de celui-ci, conformément aux règles fixées au § 2. Sur chaque copie, il est précisé que celle-ci est strictement personnelle et confidentielle. (Le Roi peut fixer le montant maximum pouvant être demandé au <patient> par page copiée, copie donnée en application <du> <droit> précité d'obtenir une copie ou sur un autre support d'information.) <W 2006-12-13/35, art. 63, 2°, 002; En vigueur : 01-01-2007>

Le praticien professionnel refuse de donner cette copie s'il dispose d'indications claires selon lesquelles le patient subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers.

§ 4. Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, par l'intermédiaire du praticien professionnel désigné par le demandeur, le droit de consultation, visé au § 2, pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément. Le praticien professionnel désigné consulte également les annotations personnelles visées au § 2, alinéa 3.

Art. 10. § 1er. Le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du praticien professionnel, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé.

Le <patient> a <droit> au respect de son intimité. Sauf accord <du> <patient>, seules les personnes dont la présence est justifiée dans le cadre de services dispensés par un praticien professionnel peuvent assister aux soins, examens et traitements.

§ 2. Aucune ingérence n'est autorisée dans l'exercice de ce droit sauf si cela est prévu par la loi et est nécessaire pour la protection de la santé publique ou pour la protection des droits et des libertés de tiers.

Art. 11. § 1er. Le patient a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi, auprès de la fonction de médiation compétente.

§ 2. La fonction de médiation a les missions suivantes :

1° la prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel;

2° la médiation concernant les plaintes visées au § 1er en vue de trouver une solution;

3° l'information du patient au sujet des possibilités en matière de règlement de sa plainte en l'absence de solution telle que visée en 2°;

4° la communication d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation;

5° la formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte, telle que visée au § 1er, ne se reproduisent.

§ 3. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, le financement, les règles de procédure et le ressort.

Art. 11bis. <inséré par L 2004-11-24/42, art. 2 ; En vigueur : 27-10-2005> 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.

CHAPITRE IV. - Représentation du patient

Art. 12. § 1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

§ 2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. 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.

Art. 13. § 1er. Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur relevant du statut de la minorité prolongée ou de l'interdiction sont exercés par ses parents ou par son tuteur.

§ 2. Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

Art. 14. § 1er. Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur ne relevant pas d'un des statuts visés à l'article 13, sont exercés par la personne, que le patient aura préalablement désignée pour se substituer à lui pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ces droits lui-même.

La désignation de la personne visée à l'alinéa 1er, dénommée ci-après « mandataire désigné par le patient » s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par cette personne ainsi que par le patient, mandat par lequel cette personne marque son consentement. Ce mandat peut être révoqué par le patient ou par le mandataire désigné par lui par le biais d'un écrit daté et signé.

§ 2. Si le patient n'a pas désigné de mandataire ou si le mandataire désigné par le patient n'intervient pas, les droits fixés par la présente loi sont exercés par l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait.

Si cette personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, les droits sont exercés, en ordre subséquent, par un enfant majeur, un parent, un frère ou une soeur majeurs du patient.

Si une telle personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, c'est le praticien professionnel concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient.

Cela vaut également en cas de conflit entre deux ou plusieurs des personnes mentionnées dans le présent paragraphe.

§ 3. Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

(§ 4. Le droit d'introduire une plainte visé à l'article 11, peut, par dérogation aux §§ 1er et 2, être exercé par les personnes visées à ces paragraphes, telles que désignées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, sans devoir respecter l'ordre prévu.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, fixer des règles plus précises pour l'application du présent paragraphe.) <W 2006-12-13/35, art. 64, 002; En vigueur : 01-01-2007>

Art. 15. § 1er. En vue de la protection de la vie privée du patient telle que visée à l'article 10, le praticien professionnel concerné peut rejeter en tout ou en partie la demande de la personne visée aux articles 12, 13 et 14 visant à obtenir consultation ou copie comme visé à l'article 9, § 2, ou § 3. Dans

ce cas, le droit de consultation ou de copie est exercé par le praticien professionnel désigné par le mandataire.

§ 2. Dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le praticien professionnel, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, déroge à la décision prise par la personne visée aux articles 12, 13 et 14, § 2. Si la décision a été prise par une personne visée à l'article 14, § 1er, le praticien professionnel n'y déroge que pour autant que cette personne ne peut invoquer la volonté expresse du patient.

§ 3. Dans les cas visés aux §§ 1er, et 2, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient.

CHAPITRE V. - Commission fédérale «Droits du patient»

Art. 16. § 1er. Une Commission fédérale « <Droits> <du> <patient> » est créée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

§ 2. Elle aura pour mission :

1° de collecter et traiter des données nationales et internationales concernant des matières relatives aux <droits> <du> <patient>;

2° de formuler des avis, sur demande ou d'initiative, à l'intention du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, concernant les droits et devoirs des patients et des praticiens professionnels;

3° d'évaluer l'application des droits fixés dans la présente loi;

4° d'évaluer le fonctionnement des fonctions de médiation;

5° de traiter les plaintes relatives au fonctionnement d'une fonction de médiation.

§ 3. Un service de médiation est créé auprès de la commission. Il est compétent pour renvoyer une plainte d'un patient concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi à la fonction de médiation compétente ou, à défaut de celle-ci, pour la traiter lui-même, comme visé à l'article 11, § 2, 2°, et 3°.

§ 4. Le Roi précise les règles concernant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « <Droits> <du> <patient> ». Sur le plan de la composition, une représentation équilibrée sera garantie entre les représentants des patients, des praticiens professionnels, des hôpitaux et des organismes assureurs tels que visés à l'article 2, i, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Des fonctionnaires des départements ministériels ou des services publics concernés peuvent également être prévus en tant que membres à voix consultative.

§ 5. Le secrétariat de la commission est assuré par le fonctionnaire général désigné par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

CHAPITRE VI. - Dispositions modificatives et finales

Art. 17. Dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, sont apportées les modifications suivantes :

1° Dans le titre 1er est inséré un chapitre V (nouveau), rédigé comme suit :

«CHAPITRE V. - Respect des <droits> <du> <patient>.»;

2° Un article 17novies est ajouté, libellé comme suit:

«Art. 17novies. Chaque hôpital respecte, dans les limites de ses capacités légales, les dispositions de la loi <du> 22 août 2002 relative aux <droits> <du> <patient> pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridi-

ques avec le patient. De plus, chaque hôpital veille à ce que les praticiens professionnels qui n'y travaillent pas sur la base d'un contrat de travail ou d'une nomination statutaire respectent les <droits> <du> <patient>.

Chaque hôpital veille à ce que toutes les plaintes liées au respect de l'alinéa précédent puissent être déposées auprès de la fonction de médiation prévue par l'article 70quater afin d'y être traitées.

A sa demande, le patient a le droit de recevoir explicitement et préalablement les informations concernant les relations juridiques visées à l'alinéa 1er et définies par le Roi après avis de la commission visée à l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux <droits> <du> <patient>.

L'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, relatifs au respect des <droits> <du> <patient> définis dans la présente loi, à l'exception des manquements commis par les praticiens professionnels à l'égard desquels les informations visées à l'alinéa précédent en disposent explicitement autrement.»;

3° Un article 70quater est ajouté, libellé comme suit :

«Art. 70quater. Pour être agréé, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation telle que visée à l'article 11, § 1er, de la loi <du> 22 août 2002 relative aux <droits> <du> <patient>, étant entendu que le Roi peut définir les conditions dans lesquelles cette fonction de médiation peut être exercée par le biais d'un accord de coopération entre hôpitaux.»

Art. 18. § 1er. L'alinéa 1er de l'article 10, § 2, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, modifiée par la loi du 11 décembre 1998, est modifié comme suit:

«Sans préjudice de l'article 9, § 2, de la loi <du> 22 août 2002 relative aux <droits> <du> <patient>, toute personne a le <droit>, soit directement, soit avec l'aide d'un praticien professionnel en soins de santé, de prendre connaissance des données à caractère personnel traitées en ce qui concerne sa santé.»

§ 2. L'alinéa 2 de l'article 10, § 2, de la même loi, est modifié comme suite :

«Sans préjudice de l'article 9, § 2, de la loi précitée, la communication peut être effectuée par l'intermédiaire d'un professionnel des soins de santé choisi par la personne concernée, à la demande du responsable du traitement ou de la personne concernée.»

Art. 19. L'article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre est remplacé par la disposition suivante:

«Art. 95. - Information médicale - Le médecin choisi par l'assuré peut remettre à l'assuré qui en fait la demande, les certificats médicaux nécessaires à la conclusion ou à l'exécution du contrat. Ces certificats se limitent à une description de l'état de santé actuel.

Ces certificats ne peuvent être remis qu'au médecin-conseil de l'assureur. Ce dernier ne peut communiquer aucune information non pertinente eu égard au risque pour lequel les certificats ont été établis ou relative à d'autres personnes que l'assuré.

L'examen médical, nécessaire à la conclusion et à l'exécution du contrat, ne peut être fondé que sur les antécédents déterminant l'état de santé actuel du candidat-assuré et non sur des techniques d'analyse génétique propres à déterminer son état de santé futur.

Pour autant que l'assureur justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de celui-ci transmet au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant la cause du décès.

Lorsqu'il n'existe plus de risque pour l'assureur, le médecin-conseil restitue, à leur demande, les certificats médicaux à l'assuré ou, en cas de décès, à ses ayants droit.»

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 22 août 2002.

.../...

Modifie par :

LOI DU 13-12-2006 PUBLIE LE 22-12-2006 (ART. MODIFIES : 3;7;9;14)

LOI DU 24-11-2004 PUBLIE LE 17-10-2005 (ART. MODIFIE : 11BIS)

24 NOVEMBRE 2004. - Loi modifiant la loi <du> 22 août 2002 relative aux <droits> <du> <patient> en y insérant le <droit> pour toute personne de recevoir des soins visant à soulager sa douleur, ainsi que l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Texte

Article 1. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2. Un article 11bis, rédigé comme suit, est inséré dans le chapitre III de la loi <du> 22 août 2002 relative aux <droits> <du> <patient> :

« Art. 11bis. - 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. «

Art. 3. A l'article 8, § 1er de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, modifié par la loi du 6 avril 1995, sont apportées les modifications suivantes :

a) l'alinéa suivant est inséré entre les alinéas 1er et 2 :

« La continuité des soins comprend aussi la prise en charge palliative et le traitement de la douleur du patient. «;

b) dans l'alinéa 2, les mots « l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots « l'alinéa 1er «.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Bruxelles, le 24 novembre 2004.

.../...

27 AVRIL 2007. - Arrêté royal réglant la façon dont la déclaration anticipée en matière d'euthanasie est enregistrée et est communiquée via les services du Registre national aux médecins concernés.

Table des matières

CHAPITRE Ier. - Enregistrement de la déclaration anticipée. Art. 1-6

CHAPITRE II. - La communication de la déclaration anticipée aux médecins concernés. Art. 7-8

CHAPITRE III. - Le responsable du traitement. Art. 9-10

CHAPITRE IV. - Dispositions finales. Art. 11-12

Texte

CHAPITRE Ier. - Enregistrement de la déclaration anticipée

Article 1. La déclaration anticipée visée à l'article 4 de la loi du 28 mai 2002 relative à l'«euthanasie» et rédigée conformément à 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 peut être enregistrée auprès de l'administration communale du domicile de la personne à laquelle elle se rapporte.

L'enregistrement a lieu à l'initiative de la personne concernée par la déclaration ou à l'initiative de la personne qui a rédigé la déclaration à sa place conformément à l'article 4 de la même loi.

La reconfirmation, la révision ou le retrait de la déclaration peuvent être enregistrés dans les mêmes conditions.

Art. 2. L'officier de l'état civil est tenu de prendre réception de la déclaration anticipée visée à l'article 1. Il vérifie l'identité de la personne qui lui présente à l'enregistrement la déclaration anticipée ou la reconfirmation, la révision ou le retrait de celle-ci, et s'assure que le document est conforme au modèle ajouté en annexe à l'arrêté royal précité.

Art. 3. Sur la base de la déclaration anticipée visée à l'article 1, l'administration communale concernée transmet au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, par l'intervention des services du Registre national, visés à l'article 16, alinéa 1er, 12°, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, les données suivantes:

- a) la date et l'heure de l'enregistrement de la déclaration anticipée par la commune et le code INS de la commune où la déclaration anticipée a été présentée à l'enregistrement;
- b) le numéro d'identification du Registre national de la personne à laquelle se rapporte la déclaration anticipée, ses nom, prénoms, date de naissance et sexe;
- c) le numéro d'identification du Registre national du rédacteur de la déclaration anticipée au cas où celui-ci la présente à l'enregistrement, ses nom, prénoms et sexe;
- d) l'objet de la déclaration anticipée (déclaration initiale, reconfirmation, révision ou retrait);
- e) la date de la déclaration anticipée;
- f) le numéro d'identification du Registre national des personnes physiques des personnes de confiance éventuelles dans un ordre donné par l'intéressé, leurs nom, prénoms et sexe;
- g) le nombre de personnes de confiance si l'intéressé en a désigné plus de 10.

Art. 4. § 1er. Au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement est constituée une banque de données qui reprend les données reçues conformément à l'article 3.

§ 2. L'administration communale concernée transmet la déclaration anticipée visée à l'article 1 qui servait de base à l'enregistrement à la direction générale Organisation des établissements de soins du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, qui la conserve.

Art. 5. § 1er. Le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement envoie immédiatement à l'administration communale concernée, par l'intermédiaire du Registre national, pour tout avis qu'elle reçoit conformément à l'article 1, § 1er, comme accusé de réception, un document qui reprend les données enregistrées dans sa banque de données. Par ailleurs, le document visé comporte des informations re-

latives à l'identité du responsable du traitement, aux moyens du traitement, aux finalités du traitement, à l'existence d'un droit d'accès et de rectification et les destinataires des données, en vue de leur transmission aux personnes concernées, comme visé au § 2.

§ 2. Ensuite, l'administration communale concernée délivre à l'intéressé, outre une copie de la déclaration anticipée visée par le fonctionnaire de la commune, une copie du document prévu au § 1er.

Si l'enregistrement ne s'est pas fait à la demande de l'intéressé même ou si l'enregistrement ne peut se faire immédiatement, les deux copies sont envoyées à l'intéressé dans les 15 jours.

Art. 6. Les données sont supprimées de la banque de données visée à l'article 4, § 1er, après le décès de la personne qu'elles concernent. Cette suppression a lieu après l'expiration du délai pour l'introduction d'un recours dans le cadre d'une procédure judiciaire.

CHAPITRE II. - La communication de la déclaration anticipée aux médecins concernés

Art. 7. § 1er. Si un patient ne peut plus exprimer sa volonté ou s'il se trouve dans un état où l'«euthanasie» pourrait éventuellement être appliquée en exécution de la loi du 28 mai 2002 relative à l'«euthanasie», le médecin traitant s'adresse au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement afin de vérifier si des données ont été enregistrées pour le patient concerné dans la banque de données visée à l'article 4, § 1er.

§ 2. Le médecin visé au § 1er a accès à la banque de données par le biais d'une application web.

Avant d'accorder au médecin l'accès à la banque de données, son identification et son authentification ont lieu à l'aide des données figurant sur sa carte d'identité électronique. Ensuite, par le biais de la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé, visée à l'article 35quaterdecies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, il est vérifié si la personne qui demande accès à la banque de données a réellement la qualité de médecin.

Si le contrôle visé à l'alinéa précédent donne un résultat positif, le médecin peut chercher dans la banque de données à l'aide des critères de recherche suivants: nom, prénoms, date de naissance et sexe du patient en question. Ces critères de recherche doivent obligatoirement être utilisés simultanément.

Les médecins peuvent consulter la banque de données 24 h sur 24, comme décrit ci-dessus.

§ 3. Le médecin traitant est informé le cas échéant des données suivantes :

- a) les nom, prénoms, sexe et lieu de résidence principale du patient;
- b) l'objet de chaque déclaration anticipée enregistrée;
- c) la date de chaque déclaration anticipée visée sous b);
- d) les nom, prénoms, sexe, lieu de résidence principale et date éventuelle du décès de la (des) personne(s) de confiance éventuellement désignée(s) dans un ordre donné par l'intéressé;
- e) les nom, prénoms, sexe, lieu de résidence principale et date éventuelle du décès du rédacteur éventuel de la déclaration de volonté.

Art. 8. Chaque consultation de la banque de données, tel que visée à l'article 7, § 1er, est retracée. A intervalles réguliers, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation est informée des consultations de la banque de données.

CHAPITRE III. - Le responsable du traitement

Art. 9. Le responsable du traitement des données, visé à l'article 1er, § 4, alinéa premier, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, pour les opérations visées par le présent arrêté, est le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Art. 10. Le responsable du traitement visé à l'article 9, a pour mission, sous réserve des dispositions de la loi précitée du 8 décembre 1992:

- a) de garantir l'établissement d'une liste des catégories et de la qualité des personnes ayant accès aux données;
- b) de garantir la transmission d'une liste actualisée des personnes mentionnées sous le point a) à la Commission de la protection de la vie privée;
- c) de veiller à ce que les personnes responsables du traitement des données soient des fonctionnaires ou des membres du personnel sous contrat à durée indéterminée, lesquels sont tenus, en vertu de dispositions contractuelles ou statutaires, de respecter le caractère confidentiel des données;
- d) d'informer les personnes concernées de l'identité du responsable du traitement, des moyens du traitement, des finalités du traitement, de l'existence d'un droit d'accès et de rectification, et des destinataires des données;
- e) de garantir que suffisamment de mesures techniques et organisationnelles sont prises, en vue d'assurer la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité des données;
- f) de veiller à ce que les données soient correctement traitées et, le cas échéant, actualisées.

CHAPITRE IV. - Dispositions finales.

Art. 11. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er septembre 2008.

Art. 12. Notre Ministre de la Santé publique, Notre Ministre de la Justice et Notre Ministre de l'Intérieur sont, chacun en ce qui les concerne, chargés de l'exécution du présent arrêté.
Donné à Bruxelles, le 27 avril 2007.
.../...

Préambule

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.
Vu la loi du 28 mai 2002 relative à l'«euthanasie», notamment l'article 4, § 1er, dernier alinéa;
Vu l'avis de la Commission de la protection de la vie privée du 19 octobre 2005;
Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 24 avril 2006;
Vu l'accord de Notre Ministre du Budget du 18 décembre 2006;
Vu l'avis n° 42.346/3 du Conseil d'Etat, donné le 13 mars 2007 en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;
Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique, de Notre Ministre de la Justice et de Notre Ministre de l'Intérieur et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,
Nous avons arrêté et arrêtons :

RAPPORT AU ROI

Sire,

1. Contexte

D'après la loi du 28 mai 2002 relative à l'«euthanasie», tout

majeur ou mineur émancipé capable peut consigner, par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une «euthanasie» s'il n'est plus capable. Il convient de remarquer qu'un médecin ne peut pas être contraint, sur la base d'une telle déclaration anticipée, de pratiquer l'«euthanasie». On n'a donc pas un droit à l'«euthanasie», comme il est prévu dans le cadre des droits du patient.

L'article 4, § 1er, dernier alinéa, de la loi du 28 mai 2002 relative à l'«euthanasie» précise que le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à l'enregistrement, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration anticipée en matière d'«euthanasie» aux médecins concernés, via les services du Registre national.

Dans une première phase, les modalités suivant lesquelles la déclaration anticipée relative à l'«euthanasie» est rédigée, reconfirmée, révisée ou retirée ont été fixées, en application de cette disposition, par l'arrêté royal du 2 avril 2003.

Dans l'arrêté qui vous est soumis, l'article 4 mentionné ci-dessus est exécuté en ce qui concerne l'enregistrement de la déclaration anticipée et sa communication aux médecins concernés via les services du Registre national.

Il convient de préciser que la finalité unique de cette réglementation est d'informer le médecin, confronté à un patient incapable et qui se trouve dans une situation où l'«euthanasie» pourrait être appliquée. Il convient de signaler que, vu qu'il s'agit, en l'occurrence, d'un système d'enregistrement facultatif, le médecin doit tenir compte du fait que, lorsqu'il consulte le système présenté ci-dessus, il ne peut pas s'attendre à trouver les informations les plus récentes.

2. L'enregistrement de la déclaration anticipée

Le présent arrêté royal fixe tout d'abord une procédure d'enregistrement pour la déclaration anticipée en matière d'«euthanasie». Il s'agit d'une procédure d'enregistrement facultative : en d'autres termes, une déclaration anticipée est également valable s'il n'est pas fait usage de la possibilité d'enregistrement décrite.

La personne (majeur capable ou mineur émancipé) qui souhaite faire enregistrer une déclaration anticipée en matière d'«euthanasie» (déclaration initiale, reconfirmation, révision ou retrait) suivant la procédure prévue dans l'arrêté, doit compléter un formulaire tel que repris en annexe de l'arrêté royal du 2 avril 2003. (article 1er)

Elle se rendra ensuite, munie du formulaire complété, à la commune de son domicile pour son enregistrement. (article 1er)

Hormis la possibilité de faire enregistrer une déclaration anticipée pour soi-même, il est prévu que, si l'on n'est pas physiquement en mesure de rédiger et de signer la déclaration anticipée, la personne qui a rédigé effectivement la déclaration (possibilité prévue à l'article 4, § 1er, alinéas quatre et cinq, de la loi relative à l'«euthanasie») peut également la présenter à l'enregistrement. (article 1er)

L'officier de l'état civil doit recevoir le document complété.

Il doit toutefois procéder à un double contrôle avant de commencer l'enregistrement effectif:

1° il doit tout d'abord contrôler l'identité de la personne qui présente la déclaration anticipée à l'enregistrement. Il s'agit donc de contrôler soit si l'identité de la personne qui présente la déclaration anticipée correspond à l'identité de la personne à laquelle se rapporte la déclaration anticipée, soit si la personne qui présente la déclaration anticipée est celle qui est désignée dans cette déclaration par l'intéressé physiquement inapte pour faire consigner sa déclaration anticipée;

2° il doit, en outre, vérifier si la déclaration anticipée présentée est conforme au modèle annexé à l'arrêté royal du 2 avril 2003. Il s'agit d'un contrôle formel (notamment : Toutes les

données ont-elles été complétées., Chacun a-t-il signé.) (article 2)

Si ce contrôle d'identité et ce contrôle formel produisent un résultat positif, l'enregistrement effectif de la déclaration anticipée peut commencer.

Cela implique que le fonctionnaire communal, via le réseau des services du Registre national, envoie un avis au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement reprenant les données spécifiques suivantes (article 3) :

a) la date et l'heure de l'enregistrement de la déclaration anticipée par la commune et le code INS de la commune où la déclaration de volonté a été présentée pour enregistrement;

b) le numéro d'identification du Registre national de la personne à laquelle se rapporte la déclaration anticipée, ses nom, prénoms, date de naissance et sexe;

c) le numéro d'identification du Registre national du rédacteur de la déclaration anticipée au cas où celui-ci la présente à l'enregistrement en application de l'article 1er, § 1er, deuxième alinéa, ses nom, prénoms et sexe;

d) l'objet de la déclaration anticipée (déclaration initiale, reconfirmation, révision ou retrait);

e) la date de la déclaration anticipée;

f) le numéro d'identification du Registre national des personnes physiques des personnes de confiance éventuelles dans un ordre donné par l'intéressé, leurs nom, prénoms et sexe;

g) le nombre de personnes de confiance si l'intéressé en a désigné plus de 10.

Le rôle du Registre national dans le cadre de la transmission des données par les communes au SPF Santé publique peut être explicité comme suit:

Les communes disposent d'une ligne de télécommunications (réseau) avec le Registre national. Les communes utilisent cette ligne de télécommunications pour transmettre au SPF Santé publique, par le biais d'une transaction de mise à jour, les données relatives aux déclarations anticipées en matière d'«euthanasie». Le Registre national lui-même adopte, en l'occurrence, une attitude passive et fait donc exclusivement office d'intermédiaire pour les transactions entre les communes et le SPF Santé publique.

Le Registre national lui-même ne conserve pas la moindre donnée qui a été obtenue dans le cadre du traitement visé par l'arrêté ni ne conserve la moindre trace d'information à cet égard. Le seul élément qui est conservé au niveau du Registre national, en raison de la sécurité et de la transparence, est une trace qui indique que la commune a transmis au SPF Santé publique des données relatives à l'«euthanasie» par le biais du réseau du Registre national. Plus concrètement, cela signifie que l'on peut retracer au niveau du Registre national qu'à un moment X, les communes ont utilisé le réseau du Registre national pour transmettre des données en matière d'«euthanasie» au SPF Santé publique.

Pour être exhaustif, l'intervention du Registre national telle que décrite dans le présent arrêté est une intervention telle que visée par l'article 16, alinéa 1er, 12°, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques.

La finalité de l'enregistrement des données mentionnées aux points b), c) et f) est la suivante. Elles permettent, tout d'abord de vérifier si la (les) déclaration(s) anticipée(s) enregistrée(s) dans la banque de données se rapporte(nt) effectivement au patient au sujet duquel le médecin demande des données (b). Par ailleurs, ces données offrent la possibilité de contacter les personnes concernées. (voir point 3) ci-dessous)

En ce qui concerne la finalité de l'enregistrement des autres données, on peut affirmer ce qui suit. Les données du point a) doivent permettre de remonter à la source des données enregistrées (p.ex. en cas de l'un ou l'autre problème concernant l'enregistrement). L'enregistrement de l'objet de la déclaration, visé au point d), va de soi. L'enregistrement de la date de la

déclaration anticipée concernée est quant à lui nécessaire vu qu'elle n'est valable que si elle est reconfirmée dans les 5 ans (article 3 de l'arrêté royal du 2 avril 2003). En outre, il est possible qu'une même personne fasse enregistrer plusieurs déclarations anticipées. En pareil cas, c'est la plus récente des déclarations enregistrées qui prime. L'enregistrement du nombre de personnes de confiance, lorsqu'il y en a plus de 10, est dicté par la raison suivante. Les données visées au point f) peuvent être enregistrées dans la banque de données pour un maximum de 10 personnes de confiance par déclaration anticipée. En mentionnant le nombre, on sait que si les 10 personnes de confiance enregistrées ne peuvent pas intervenir pour une raison quelconque, il y en a plus de 10 qui sont indiquées. Pour obtenir les données précises des ces personnes de confiance, il faudra consulter le document papier correspondant (voir ci-après).

Les données mentionnées ci-dessus aux points a) à g) sont enregistrées dans une banque de données centrale au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. C'est à ce niveau que les données sont donc conservées sous une forme électronique. (article 4, § 1er)

Les documents « papier » qui ont servi de base à l'enregistrement sont également conservés au SPF Santé publique. Plus précisément, les administrations communales envoient ces documents à la direction générale Organisation des établissements de soins du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. (article 4, § 2)

Pour chaque avis que le SPF Santé publique reçoit d'une commune via le réseau du Registre national, il envoie à l'administration communale concernée, également par l'intermédiaire du Registre national, comme accusé de réception, un document qui reprend les données enregistrées dans sa banque de données. (article 5, § 1er). En vue de garantir la transparence du traitement à l'égard du citoyen, les informations suivantes sont également reprises dans le document visé : l'identité du responsable du traitement (voir ci-après), le mode de traitement, les finalités du traitement, l'existence d'un droit d'accès et de rectification et les destinataires de ces données. Il s'agit, en l'occurrence, des informations que le SPF Santé publique doit transmettre, en tant que responsable du traitement (voir ci-après). Observons incidemment que sur ce plan, le Registre national conserve une trace qui indique que des données relatives à l'«euthanasie» ont été transmises à la commune par le SPF Santé publique par le biais du réseau du Registre national. Plus concrètement, dans le cadre de la traçabilité, il est consigné qu'à un moment X, le SPF Santé publique a fait usage du réseau du Registre national pour transmettre des données en matière d'«euthanasie» à une commune.

Une copie de la déclaration anticipée présentée, visée par le fonctionnaire communal, est décernée à la personne à laquelle se rapporte la déclaration au moment où il la fait enregistrer.

Elle reçoit également une copie du document décrit ci-dessus, que le SPF Santé publique fait parvenir à la commune. (article 5, § 2)

Si le fonctionnaire communal n'effectue pas immédiatement l'enregistrement ou si la déclaration anticipée est enregistrée à la demande du rédacteur de la déclaration en cas d'incapacité physique de l'intéressé, les deux copies sont envoyées à l'intéressé en personne dans les 15 jours.

En vue de la protection de la vie privée des personnes concernées, les données ne peuvent être conservées dans la banque de données plus longtemps que cela ne s'avère nécessaire dans le cadre de la finalité pour laquelle elles ont été enregistrées. Vu que la finalité de l'enregistrement est d'informer le médecin de la volonté d'un patient, ces données doivent être supprimées de la banque des données après le décès de la personne en question. Cependant, afin de ne pas détruire des pièces justificatives, il est prévu de conserver les don-

nées après le décès de la personne en question pendant la période au cours de laquelle une procédure légale peut être entamée. (article 6)

3. La communication de la déclaration anticipée aux médecins concernés

Si un médecin est confronté à un patient qui relève de l'interdiction et qui se trouve dans une situation où, en application de la loi relative à l'«euthanasie», l'«euthanasie» pourrait être exécutée, il s'adresse à la banque de données centrale créée auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement pour vérifier si cette banque de données reprend, pour son patient, des données relatives à une déclaration anticipée en matière d'«euthanasie». (article 7, § 1er).

Les médecins ont accès à cette banque de données centrale 24 h sur 24, par le biais d'une application web.

Cependant, avant de pouvoir effectuer des recherches dans la base des données, ils doivent s'identifier et s'authentifier. C'est pourquoi ils doivent introduire les données figurant sur leur carte d'identité électronique. Outre l'identification et l'authentification, il faut s'assurer du fait que le médecin qui souhaite y avoir accès, ait effectivement la qualité de médecin. A cet égard, il existe un lien de l'application web vers la banque de données fédérale des praticiens des professions de santé, comme visé dans l'article 35quaterdecies de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, également dénommée cadastre.

Si l'identification, l'authentification et la consultation du cadastre ont fourni un résultat positif, le médecin en question peut chercher dans la base de données éventuelle déclaration anticipée de son patient. Pour ce faire, il doit en même temps compléter les données suivantes : nom, prénoms, date de naissance et sexe du patient concerné. (article 7, § 2)

Si cette banque de données reprend des données pour son patient, les données suivantes sont communiquées au médecin (article 7, § 3) :

- a) les nom, prénoms, sexe et résidence principale du patient;
- b) l'historique de toutes les déclarations anticipées que le patient a fait enregistrer;
- c) la date de chaque déclaration anticipée visée au point b);
- d) les nom, prénoms, et résidence principale de la (des) personne(s) de confiance éventuellement désignée(s) et du rédacteur éventuel de la déclaration anticipée.

Par une combinaison des données visées aux points b) et c), le médecin sait quelle déclaration anticipée de son patient est la plus récente. Comme mentionné précédemment, le système d'enregistrement tel que décrit ici est facultatif. Cela signifie donc qu'une déclaration anticipée plus récente qui n'a pas été enregistrée prime une déclaration anticipée enregistrée.

Les données mentionnées au point d) permettent au médecin de contacter les personnes de confiance éventuellement désignées durant la phase qui précède l'«euthanasie». Il y est en effet contraint par la loi relative à l'«euthanasie» elle-même (article 4, § 2, 1°, 3° et 4° de la loi relative à l'«euthanasie»).

Il est important de signaler qu'avant la transmission des données susmentionnées au médecin concerné, le SPF Santé publique consulte le Registre national. Cette consultation a plus particulièrement pour objectif d'obtenir les données mentionnées aux points a) et d) les plus récentes, en ce compris la résidence principale actuelle. Il est en effet possible, par exemple, qu'une personne de confiance ait déménagé entre le moment de l'enregistrement de la déclaration anticipée et la demande d'information par le médecin. En disposant des données les plus récentes, le médecin est donc entre autres en mesure de contacter correctement la personne de confiance. Si l'une

des personnes mentionnées au point d) devait être décédée au moment de la consultation de la banque de données, la date de décès serait alors communiquée au médecin concerné.

Afin de pouvoir exercer un certain contrôle sur l'accès à la banque de données «euthanasie», il est prévu de tracer chaque consultation. A intervalles réguliers, la Commission fédérale d'évaluation et de contrôle est informée de ces consultations. De cette façon, la Commission est en mesure d'évaluer l'application de la loi relative à l'«euthanasie» sur ce plan, mission qui lui est attribuée en vertu de l'article 9, alinéa 1er, b), de la loi sur l'«euthanasie». (article 8)

4. Le responsable du traitement

La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, exige la désignation, pour chaque traitement des données à caractère personnel, d'un responsable du traitement. Celui-ci détermine la finalité et les moyens du traitement. Ce responsable du traitement doit remplir les différentes obligations prévues dans la loi précitée. Afin de garantir une meilleure transparence, l'identification du responsable du traitement revêt une grande importance: on peut lui demander de se justifier quant à ses obligations et les personnes concernées peuvent faire valoir leurs droits à son égard.

Pour le traitement tel que décrit par le présent arrêté, le SPF Santé publique est responsable du traitement. (article 9)

Le présent projet reprend plusieurs missions spécifiques, que ce responsable du traitement doit respecter, en vue de la protection de la vie privée des intéressés.

Il convient en outre de mentionner que les communes interviennent, pour un certain nombre d'opérations décrites dans l'arrêté, en tant que sous-traitant au sens de l'article 1, § 5, de la loi du 8 décembre 1992 mentionnée ci-avant. Le SPF Santé publique peut dès lors, étant responsable du traitement de toutes les opérations décrites dans l'arrêté, donner directement des instructions administratives à ce sous-traitant (dans le cadre d'une circulaire, par exemple).

5. Entrée en vigueur

Les dispositions entrent en vigueur le 1er septembre 2008.
.../...

AVRIL 2003. - Arrêté royal fixant les modalités auxquelles la déclaration anticipée relative à l'euthanasie est rédigée, reconfirmée, révisée ou retirée.

Texte

Article 1er. La déclaration anticipée, dans laquelle un majeur ou un mineur émancipé capable consigne sa volonté, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, qu'un médecin pratique une «euthanasie» sous les conditions fixées par la loi du 28 mai 2002 relative à l'«euthanasie», est rédigée selon le modèle joint en annexe.

Art. 2. La déclaration anticipée visée à l'article 1er est, soit manuscrite, soit dactylographiée.

Art. 3. La déclaration anticipée doit, afin de rester valide, à chaque fois être reconfirmée dans les cinq ans.

Art. 4. La personne concernée peut, à tout moment, sans aucune règle, réviser ou retirer sa déclaration anticipée.

Art. 5. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge.

Art. 6. Notre Ministre de la Santé publique et Notre Ministre de la Justice sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 2 avril 2003.

.../...

ANNEXE

Art. N. Modèle de la déclaration anticipée relative à l'<euthanasie>. Voir M.B. 13-05-2003, p. 25591-25593.

.../...

Préambule

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 28 mai 2002 relative à l'<euthanasie>, notamment l'article 4;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 28 février 2003;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 26 mars 2003;

Vu l'avis n° 39/2002 de la Commission de la protection de la vie privée, donné le 16 septembre 2002;

Vu la demande de traitement en urgence motivée par le fait que la loi du 28 mai 2002 relative à l'<euthanasie> entre en vigueur au plus tard trois mois après la date de publication au Moniteur belge;

que la loi précitée a été publiée le 22 juin 2002 et que, par conséquent, elle est entrée en vigueur le 23 septembre 2002;

que, par conséquent, un majeur ou un mineur émancipé capable doit pouvoir consigner sa volonté, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, qu'un médecin pratique une <euthanasie> sous les conditions fixées dans la loi précitée;

qu'il est dès lors urgent d'informer la population des modalités suivant lesquelles la déclaration anticipée est rédigée, enregistrée, reconfirmée, révisée ou retirée et communiquée aux médecins concernés;

Vu l'avis 34.609/3 du Conseil d'Etat, donné le 24 décembre 2002, en application de l'article 84, alinéa 1er, 2°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et de Notre Ministre de la Justice :

Nous avons arrêté et arrêtons:

RAPPORT AU ROI

Sire,

1. Contexte

La loi du 28 mai 2002 relative à l'<euthanasie> a été publiée au Moniteur belge du 22 juin 2002.

A la date d'entrée en vigueur de cette loi (le 23 septembre 2002, au plus tard), le médecin peut, s'il est répondu aux conditions fixées dans la loi, pratiquer une <euthanasie>, à la demande de l'intéressé. Si les exigences et la procédure fixées sont respectées, le médecin qui pratique cette <euthanasie> ne commet pas un délit. En outre, il convient de tenir compte du fait que le médecin ne peut en aucun cas, même lorsqu'il est répondu aux conditions fixées, être contraint de pratiquer une <euthanasie>.

Si, au moment où le médecin pourrait pratiquer une <euthanasie>, l'intéressé est en état d'exprimer sa volonté, il doit rédiger une demande d'<euthanasie>. Il doit dater et signer ce document. Le document doit être joint au dossier médical par le médecin traitant. Si, à ce moment, le patient est en état d'exprimer sa volonté mais ne peut rédiger lui-même un document dans ce sens, il désigne une personne majeure qui rédigera le document à sa place, en présence d'un médecin.

Dans l'hypothèse précitée, il faut donc penser à une relation thérapeutique entre un médecin et un patient en état d'exprimer sa volonté.

Une autre situation est celle où le patient, au moment où l'<euthanasie> pourrait être pratiquée, n'est plus en état d'exprimer sa volonté (p.ex. coma) et ne peut donc plus formuler une demande d'<euthanasie> par écrit.

La loi permet désormais à tout majeur capable ou tout mineur émancipé d'anticiper ce type de situation. En d'autres termes, il peut, sans qu'il soit déjà question d'une relation thérapeutique, exprimer dans une déclaration anticipée écrite que, dans l'hypothèse où il ne pourrait plus la manifester lui-même, un médecin pratique une <euthanasie>, sous les conditions fixées dans la loi.

On fait remarquer que, si une personne a utilisé cette possibilité de rédiger une déclaration anticipée mais est en état, au moment où une <euthanasie> pourrait être pratiquée, d'exprimer sa volonté, alors sa demande écrite actuelle prime. Il n'est pas tenu compte d'une éventuelle déclaration anticipée écrite.

L'arrêté qui Vous est soumis, concerne la déclaration anticipée relative à l'<euthanasie>, rédigée par un majeur capable ou un mineur émancipé, pouvant exprimer sa volonté, pour le cas où, dans le futur, il se trouverait dans une situation où l'<euthanasie> pourrait être pratiquée.

Il est précisé, en particulier, les modalités suivant lesquelles la déclaration anticipée doit être rédigée, reconfirmée, révisée ou retirée.

2. La rédaction de la déclaration anticipée

Le majeur capable ou le mineur émancipé qui souhaite qu'il soit tenu compte de sa volonté, pour le cas où il ne pourrait plus l'exprimer, qu'un médecin pratique une <euthanasie>, doit rédiger sa déclaration anticipée initiale suivant le modèle joint en annexe du présent arrêté.

La déclaration anticipée, qui peut être manuscrite ou dactylographiée, se compose de deux rubriques. Une première rubrique comprend les données qui doivent obligatoirement figurer dans toute déclaration anticipée. Une deuxième rubrique concerne des données facultatives.

Dans la première rubrique, l'intéressé doit, avant tout, consigner avec précision et sans ambiguïté sa volonté que, dans l'hypothèse où il ne pourrait plus l'exprimer, un médecin pratique une <euthanasie>, sous les conditions fixées dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'<euthanasie>.

Ensuite, il indique quelques données personnelles, à savoir la résidence principale, l'adresse complète, le numéro de registre national, la date et le lieu de naissance, etc. La combinaison de ces données personnelles avec le nom et le prénom du requérant, doivent permettre de savoir si la personne qui se trouve dans une situation où l'<euthanasie> pourrait être pratiquée est bien celle qui a rédigé la déclaration anticipée. Ces données permettent également un certain contrôle de la capacité du requérant à rédiger la déclaration anticipée (p.ex. majorité).

Etant donné qu'une déclaration anticipée ne peut être prise en compte que si elle est l'expression d'une volonté valablement formée, le requérant est tenu de préciser expressément

dans la déclaration que celle-ci a été rédigée librement, c'est-à-dire sans la pression d'un tiers, et en conscience, ce qui implique que le rédacteur est en état d'apprécier correctement ses intérêts, et que cela est confirmé par les témoins et la/les personne(s) de confiance éventuelle(s). Le requérant doit préciser également qu'il souhaite que la déclaration anticipée soit respectée.

Comme il a déjà précisé plus haut, cette mention n'implique en aucun cas que le médecin est contraint d'accéder au souhait du requérant.

La déclaration anticipée doit obligatoirement être établie en présence de deux témoins majeurs dont un au moins n'a aucun intérêt matériel au décès du patient. Un certain nombre de données personnelles de ces deux témoins, en particulier leurs nom et prénom, résidence principale, adresse complète, numéro de registre national, numéro de téléphone, date et lieu de naissance et lien de parenté éventuel, doivent figurer dans la déclaration anticipée. Ces données doivent permettre d'identifier les témoins, de prendre contact avec eux et d'examiner s'ils répondent aux exigences fixées (p.ex. majorité, pas d'intérêt matériel au décès du patient).

La deuxième rubrique du modèle de déclaration anticipée figurant en annexe doit être reprise à titre facultatif.

La loi relative à l'«euthanasie» permet à la personne en état d'exprimer sa volonté, qui rédige une déclaration anticipée, de mentionner, dans cette déclaration, selon son ordre de préférence, une ou plusieurs personnes de confiance majeures. L'objectif n'est pas que cette personne de confiance prenne des décisions au nom du requérant pendant la période où celui-ci n'est pas en état d'exprimer sa volonté. Le rôle de la personne de confiance consiste, pendant la période où le requérant n'est pas en état d'exprimer sa volonté, à informer le médecin traitant de la volonté du patient, dans une situation où il pourrait être question d'«euthanasie». Cette personne de confiance peut donc jouer un rôle important en ce qui concerne la connaissance de l'existence de la déclaration anticipée. Au cours de la procédure prévue dans la loi relative à l'«euthanasie», la personne de confiance sera convoquée par le médecin traitant afin d'examiner la demande. Un certain nombre de données personnelles concernant cette/cette personne(s) de confiance doivent également figurer dans la déclaration anticipée. Il convient de signaler que la personne de confiance mentionnée en premier lieu dans la déclaration anticipée sera la première à être associée à la procédure. Si cette personne de confiance est introuvable, par exemple, ou n'est plus en état elle-même d'exprimer sa volonté, ou encore, ne souhaite plus intervenir comme personne de confiance, alors la personne de confiance mentionnée en deuxième lieu est sollicitée.

Il est possible qu'une personne en état d'exprimer sa volonté souhaite, avant de ne plus être capable de le faire, rédiger une déclaration anticipée relative à l'«euthanasie» mais soit définitivement dans l'incapacité physique de la rédiger et de la signer. En l'occurrence, nous pensons, par exemple, à une personne paralysée des deux bras. La loi relative à l'«euthanasie» donne à cette personne la possibilité de rédiger quand même une déclaration anticipée relative à l'«euthanasie» et ce, par l'intermédiaire d'une personne majeure n'ayant aucun intérêt au décès de la personne en question. Si le requérant se trouve dans cette situation, un certain nombre de données supplémentaires doivent alors figurer dans la déclaration anticipée. La raison pour laquelle le requérant est définitivement dans l'incapacité physique de rédiger et de signer une déclaration anticipée doit être mentionnée et un certificat médical doit être joint à titre de preuve. En outre, le nom et le prénom ainsi qu'un certain nombre de données per-

sonnelles de la personne ayant rédigé la déclaration anticipée doivent être mentionnées.

Enfin, la déclaration anticipée doit mentionner le nombre d'exemplaires dont elle a fait l'objet et l'endroit où ceux-ci sont conservés. La date et l'endroit où la déclaration anticipée a été rédigée doivent être mentionnés et chaque personne ayant participé à la rédaction de la déclaration anticipée doit dater celle-ci et la signer en indiquant sa qualité.

Quand la déclaration anticipée est manuscrite, elle répond aux conditions de la loi, dès que toutes les conditions légales et réglementaires ont été remplies. Le modèle en annexe vaut comme exemple.

3. La reconfirmation de la déclaration anticipée

Il n'est tenu compte de la déclaration anticipée que si celle-ci a été rédigée ou reconfirmée moins de cinq ans avant le moment où l'intéressé a cessé d'être en état d'exprimer sa volonté. Dès lors, si une personne en état d'exprimer sa volonté souhaite que sa déclaration anticipée initiale ou déjà reconfirmée soit encore valable après cinq ans, elle doit la reconfirmer. Elle doit veiller elle-même à ce que la déclaration anticipée soit reconfirmée dans le délai préconisé.

L'arrêté prévoit que cette reconfirmation doit s'effectuer suivant les mêmes modalités que la rédaction de la déclaration anticipée initiale.

Cela signifie en premier lieu que, pour la reconfirmation, une déclaration anticipée entièrement nouvelle doit être rédigée suivant le modèle joint en annexe du présent arrêté. Il est donc possible que, lors de la reconfirmation, d'autres témoins soient choisis ou que d'autres personnes soient désignées comme personnes de confiance. Si c'est le cas, il appartient à l'intéressé d'avertir les témoins et les personnes de confiance associées à la rédaction de la déclaration anticipée précédente.

Pour la reconfirmation, c'est à l'intéressé également qu'il incombe de veiller à ce que celle-ci soit connue.

4. La révision ou le retrait de la déclaration anticipée

La personne en état d'exprimer sa volonté, qui a rédigé une déclaration anticipée relative à l'«euthanasie», peut réviser ou retirer cette déclaration anticipée à tout moment.

Par révision d'une déclaration anticipée, on entend par exemple une modification d'une personne de confiance. Le retrait de la déclaration anticipée entraîne sa non existence.

Etant donné qu'il peut arriver que l'intéressé soit en état d'exprimer sa volonté mais ne dispose pas du temps et/ou des moyens nécessaires (p.ex. un ultime moment de lucidité avant qu'il ne soit plus en état d'exprimer sa volonté) pour réviser ou retirer une déclaration anticipée suivant le modèle joint en annexe, il est prévu que la révision ou le retrait ne sont soumis à aucune formalité. En principe, il convient donc de tenir compte également d'une révision ou d'un retrait verbal.

Si l'intéressé le souhaite, il peut toujours, pour la révision ou le retrait, rédiger un document suivant le modèle joint en annexe du présent arrêté.

C'est aussi à l'intéressé qu'il incombe de faire connaître la révision ou le retrait. Il doit prendre les initiatives nécessaires afin d'informer toute personne de la révision ou du retrait, en particulier les témoins et les personnes de confiance. A cet égard, le principe est qu'une seule donnée attestant de la révision ou du retrait de la déclaration anticipée suffit pour ne plus devoir tenir compte de cette dernière.

Nous avons l'honneur d'être,

Sire, .../...

V.3. JURISPRUDENCIA

Cour d'arbitrage

- Arrêt n° 43/2003 du 9 avril 2003

A R R E T

En cause : la demande de suspension de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, introduite par l'a.s.b.l. Jurivie et l'a.s.b.l. Pro Vita.

- Arrêt n° 4/2004 du 14 janvier 2004

A R R E T 1°

En cause : le recours en annulation de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, introduit par l'a.s.b.l. Jurivie et l'a.s.b.l. Pro Vita.

- Arrêt n° 4/2004 du 14 janvier 2004

A R R E T

En cause : le recours en annulation de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, introduit par l'a.s.b.l. Jurivie et l'a.s.b.l. Pro Vita.

La Cour d'arbitrage, composée des présidents.../..., après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

I. Objet du recours et procédure

Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 20 décembre 2002 et parvenue au greffe le 23 décembre 2002, l'a.s.b.l. Jurivie, dont le siège social est établi à 1050 Bruxelles, avenue Buyl 40, et l'a.s.b.l. Pro Vita, dont le siège social est établi à 1050 Bruxelles, rue du Trône 89, ont introduit un recours en annulation de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (publiée au Moniteur belge du 22 juin 2002).

La demande de suspension des mêmes dispositions légales, introduite par les mêmes parties requérantes, a été rejetée par l'arrêt n° 43/2003 du 9 avril 2003, publié au Moniteur belge du 28 juillet 2003.

Le Conseil des ministres a introduit un mémoire, les parties requérantes ont introduit un mémoire en réponse et le Conseil des ministres a introduit un mémoire en réplique.

A l'audience publique du 18 novembre 2003:

- ont comparu:
 - Me P.-F. Coppens, avocat au barreau de Bruxelles, pour les parties requérantes;

- Me J.-M. Dethy, avocat au barreau de Bruxelles, loco Me P. Peeters, avocat au barreau

d'Anvers, pour le Conseil des ministres;

- les juges-rapporteurs L. François et M. Bossuyt ont fait rapport;

- les avocats précités ont été entendus;

- l'affaire a été mise en délibéré.

Les dispositions de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage relatives à la procédure et à l'emploi des langues ont été appliquées.

II. En droit

- A -

Quant à la recevabilité

A.1.1. L'a.s.b.l. Jurivie expose qu'elle est ouverte à tous les avocats, magistrats, juristes d'entreprises ou autres juris-

tes partageant la même conviction quant au caractère inaliénable de la dignité humaine et la même volonté de promouvoir le respect de la vie humaine et de l'intégrité de la personne, sujet de droit dès sa conception à tous les stades de son existence jusqu'à sa mort naturelle.

A.1.2. L'a.s.b.l. Pro Vita expose qu'elle a pour objet la promotion du respect de la vie humaine et de l'intégrité de la personne, à tous les stades de son développement, de la conception à la mort naturelle, ainsi qu'il découle, notamment, de l'enseignement de l'Eglise catholique, en particulier du magistère romain, et en conformité avec cet enseignement.

Quant au fond

A.2.1. Les requérantes exposent que la loi du 28 mai 2002 porte une atteinte irrémédiable au droit à la vie pour les personnes visées aux articles 3 et 4 de ladite loi en ce qu'elle établit une discrimination entre ces personnes et les autres sans que le critère de distinction puisse être pris en considération puisqu'il est condamné par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. Le droit à la vie est en effet d'ordre public et constitue le droit le plus fondamental sans lequel la jouissance de l'un quelconque des droits et libertés garantis par la Convention serait illusoire (Cour européenne des droits de l'homme, 29 avril 2002, *Pretty c. Royaume-Uni*). La légalisation de l'euthanasie conduit à asseoir une idéologie et à considérer que la vie humaine n'a de valeur que relative et subjective et non intrinsèque.

A.2.2. Les requérantes n'entendent pas remettre en cause le fait qu'il est légitime d'interrompre ou de ne pas entamer un traitement qui s'avère inutile pour le patient, mais elles rejettent la légalisation de la mise à mort d'autrui (dépassant d'ailleurs l'hypothèse du suicide assisté) prévue par cette loi; au nom du principe de l'« autodétermination », la loi permet à tout majeur ou mineur émancipé de demander l'euthanasie, même en dehors d'une phase terminale.

Ce principe de l'autodétermination ou du respect de l'autonomie, qui permettrait à chacun de décider lui-même si sa vie est encore digne d'être vécue et du moment auquel il souhaite y mettre fin, est totalement infondé pour les raisons suivantes:

- l'état de souffrance et de désarroi auquel le patient se trouve confronté est en totale contradiction avec ce principe de l'autonomie, car le patient ne dispose bien souvent plus de son libre arbitre en cette période et devient un fardeau pour les autres; le simple fait d'être capable et conscient n'implique nullement la pleine autonomie;

- ce principe d'autonomie est totalement hypothéqué par l'intervention de tiers (médecins, éthiciens, etc.) ou par une possible pression familiale dans la décision de pratiquer l'euthanasie;

- on ne peut exclure que des motifs financiers ou la nécessité de libérer un lit prennent le dessus sur ce principe d'autonomie et en viennent à fausser toutes les formes de protection et de garde-fou prévues par la loi.

A.2.3. Selon les requérantes, la légalisation de l'euthanasie a pour effet d'imposer aux autres les conceptions des partisans; elle repose sur une valeur partielle de l'homme et de la vie qui fait dépendre la dignité d'un jugement de valeur, influe de manière décisive sur le comportement général des individus, véhicule de nouvelles valeurs culturelles, sociales et éthiques qui portent atteinte au respect du droit à la vie et à la dignité de l'homme, et conduit à l'eugénisme; elle est d'autant plus perverse que l'eugénisme est considéré comme consenti par le patient, alors que ce dernier est bien souvent trop faible et en proie à une telle souffrance qu'il ne dispose plus de son autonomie d'action et de réflexion.

Cette loi établit donc une discrimination entre les individus dont l'intégrité mentale et physique est bonne, et qui bénéficient du droit à la vie, et les individus terrassés par la maladie, le désespoir et la souffrance, qui, au nom d'un principe d'autonomie dévoyé, ne bénéficient plus de ce droit à la vie. La loi n'atteint pas les objectifs annoncés et ouvre la porte, par une véritable révolution éthique, à des abus prévisibles, d'ailleurs dénoncés au cours des travaux parlementaires, et difficilement décelables; elle viole ainsi, à l'égard d'une catégorie de personnes, l'obligation positive, imposée par l'article 2 précité de la Convention européenne des droits de l'homme, de « protéger » leur droit à la vie. Cette disposition est en outre violée en ce que la loi vise une hypothèse ne rentrant dans aucune des exceptions limitativement énumérées par l'article 2 précité.

A.3.1. Le Conseil des ministres rappelle l'objet des dispositions attaquées et en déduit que l'euthanasie ne vise pas tout acte mettant intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci mais uniquement celui qui est motivé par des considérations médicales précises et restrictives. L'état du droit antérieur à la loi du 28 mai 2002 créait l'insécurité juridique, provoquait des euthanasies semi-clandestines, empêchait le contrôle social sur ces pratiques et rendait difficile la tenue d'un dialogue approfondi entre le patient et son médecin. Ce constat a amené le législateur à intervenir, au terme de très longs débats, tant au Sénat qu'à la Chambre.

A.3.2.1. A titre principal, le Conseil des ministres estime que le moyen manque en droit. L'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme n'impose pas seulement une obligation négative à l'Etat, à savoir s'abstenir de priver un individu de la vie, mais également une obligation positive, à savoir l'obligation de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction. La question de savoir si les dispositions de la loi relative à l'euthanasie peuvent se concilier avec l'obligation de protéger le droit à la vie s'est posée à plusieurs reprises pendant les travaux préparatoires et le Conseil d'Etat a estimé que cette obligation devait être mise en balance avec le droit de l'intéressé d'être protégé contre les traitements inhumains ou dégradants (article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme) et avec son droit au respect de son intégrité physique et morale, qui relève du droit au respect de la vie privée (article 8 de la même Convention).

Le Conseil des ministres constate qu'il existe une relation qui peut être conflictuelle entre ces droits fondamentaux mais que le Conseil d'Etat a jugé que la mesure n'était pas incompatible avec l'article 2 précité parce que même si elle prévoit une limitation de la protection du droit à la vie accordée jusqu'à présent par la loi, elle reste dans les limites imposées à la marge d'appréciation de l'autorité nationale par cet article 2 et par l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

A.3.2.2. Les requérantes jugent cet argument irrelevant : même si elle était compatible avec l'article 2 de la Convention, la loi attaquée n'en créerait pas moins une discrimination; de plus, la Cour européenne des droits de l'homme accorde la prééminence à l'article 2.

Elles font valoir en outre que l'article 3 ne peut être invoqué pour justifier la loi sur l'euthanasie parce qu'il vise, non pas les souffrances inhumaines provoquées par la maladie, mais les traitements inhumains provoqués par une personne publique ou privée. Quant à l'article 8, elles estiment que le Conseil des ministres ne s'explique pas sur le conflit qui existerait entre cette disposition et l'article 2. Cette éventuelle contradiction est en tout état de cause étrangère à l'objet de la requête, visant à souligner l'absence d'autonomie des malades avancés et la moindre protection qui leur est accordée par rapport aux autres personnes.

Les parties s'accordent à considérer que la discrimination dénoncée par les requérantes est sans rapport avec la question de savoir si ces dispositions de droit international sont contra-dictoires ou non.

A.3.3. Selon le Conseil des ministres, les parties requérantes soutiennent à tort que les individus en bonne santé physique et mentale bénéficient du droit à la vie alors que les autres n'en bénéficieraient plus. Chacun en effet bénéficie du droit à la vie, l'euthanasie étant définie comme l'acte qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne, à la demande de celle-ci. La loi est donc fondée sur le principe d'autonomie personnelle et n'impose à personne des obligations dont certains seraient dispensés : elle ne crée donc par elle-même aucune discrimination et se borne à énoncer les circonstances dans lesquelles l'euthanasie ne constituera pas une infraction pénale.

A.3.4.1. A titre subsidiaire, le Conseil des ministres estime que les personnes en cause ne sont pas comparables. En effet, les personnes visées aux articles 3 et 4 de la loi, qui seules peuvent faire une demande d'euthanasie, se trouvent dans « une situation médicale sans issue » et font état « d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ». La situation médicale des « autres » n'est pas sans issue.

A.3.4.2. Les parties requérantes répondent qu'au regard de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, l'on ne peut distinguer celles des personnes qui sont protégées et celles qui ne le sont pas, à peine de permettre au législateur d'autoriser la mise à mort des premières sans leur accord.

Le Conseil des ministres réplique que la comparabilité des personnes ne se situe pas au niveau de l'article 2 de la Convention (chaque individu bénéficie en effet du droit à la vie) mais à celui de l'état médical des personnes.

A.3.5.1. A titre infiniment subsidiaire, le Conseil des ministres estime que la différence de traitement repose sur un critère objectif - la situation médicale des personnes - et est raisonnablement justifiée. Il fait valoir que les objectifs du législateur sont légitimes et que l'euthanasie n'est dépenalisée que dans des circonstances bien précises et au terme d'une procédure déterminée supposant, notamment, que le médecin s'entretienne au préalable et à plusieurs reprises avec le patient, avec un autre médecin et, le cas échéant, avec une équipe soignante. La loi pourvoit en outre à un contrôle a posteriori, via l'intervention de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 8 de la loi. Comme le Conseil d'Etat, le Conseil des ministres estime que ces garanties permettent à la loi de satisfaire pleinement au contrôle de proportionnalité.

A.3.5.2. Les parties requérantes répondent que les critères avancés ne sont pas objectifs, car ils reposent sur la constatation par un médecin de circonstances invérifiables (aussi compétent et dévoué soit-il, un homme ne peut prendre une telle décision sans risque de subjectivité) et sur l'expression d'une volonté qui peut être faussée (cette volonté est, in casu, souvent un leurre ignoré par les malades eux-mêmes; d'ailleurs, des mesures de protection de la vie telles que le port d'un casque ou une ceinture de sécurité ne s'appuient nullement sur l'autonomie de la volonté).

Le Conseil des ministres juge que cette comparaison n'est pas pertinente puisque l'avortement ou l'euthanasie sont des questions éthiques mettant en jeu une série de droits fondamentaux, alors que l'automobiliste n'est pas, en principe, animé par le souhait de mettre fin à sa vie ou à celle d'un embryon. Le Code de la route ne règle pas les questions éthiques liées au droit à la vie mais vise à limiter les accidents et leurs conséquences dommageables.

Les parties requérantes font enfin valoir qu'il n'est pas raisonnable de supprimer la protection du droit à la vie pour

supprimer une insécurité juridique et ce, en raison des appréciations et perceptions subjectives qui conditionnent la réponse à une demande d'euthanasie.

Le Conseil des ministres estime qu'en critiquant le choix éthique et politique relevant du pouvoir d'appréciation du législateur, les parties requérantes ne tiennent pas compte de ce que l'opportunité politique n'est pas soumise au contrôle de la Cour.

- B -

Quant à l'objet du recours

B.1. Les requérantes demandent l'annulation de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

L'article 2 de cette loi définit l'euthanasie comme étant l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

Les articles 3 et 4, auxquels les requérantes se réfèrent en soutenant que la loi porte une

atteinte irrémédiable au droit à la vie, disposent :

« CHAPITRE II. - Des conditions et de la procédure

Art. 3. § 1er. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que : .../...

CHAPITRE III. - De la déclaration anticipée

Art. 4. § 1er. Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate : .../...

L'article 14 de la loi énonce :

« La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.../...»

Quant à la recevabilité

B.2.1. L'a.s.b.l. Jurivie justifie son intérêt à l'action en exposant que ses membres défendent le caractère inaliénable de la dignité humaine et partagent la volonté de promouvoir le respect de la vie humaine et de l'intégrité de la personne jusqu'à sa mort naturelle.

B.2.2. L'a.s.b.l. Pro Vita justifie son intérêt à l'action par cela qu'elle a pour objet de promouvoir le respect de la vie humaine et l'intégrité de la personne à tous les stades de son développement, de la conception à la mort naturelle, en conformité à l'enseignement de l'Eglise catholique romaine.

B.2.3. Lorsqu'une association sans but lucratif se prévaut d'un intérêt collectif, il est requis que son objet social soit d'une nature particulière et, dès lors, distinct de l'intérêt général; que cet intérêt ne soit pas limité aux intérêts individuels des membres; que la norme entreprise soit susceptible d'affecter l'objet social; qu'il n'apparaisse pas que cet objet social n'est pas ou n'est plus réellement poursuivi.

B.2.4. La Cour constate que les deux associations requérantes répondent aux conditions précitées, notamment en ce qu'elles ont entre autres pour objet de défendre la vie humaine à tous les stades de son développement jusqu'à la mort naturelle. Cet objet social est distinct de l'intérêt général et les recours en annulation de dispositions applicables aux personnes visées aux articles 3 et 4 de la loi n'y sont pas étrangers. Les requérantes justifient donc de l'intérêt requis.

Quant au fond

B.3.1. Les requérantes exposent que la loi du 28 mai 2002 établit, au regard du droit à la vie, une discrimination entre les personnes visées aux articles 3 et 4 de cette loi et les person-

nes jouissant d'une intégrité physique et mentale, alors que le critère de distinction, condamné par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, ne peut être pris en considération. Elles estiment que les premières, terrassées par la maladie, le désespoir et la souffrance, ne peuvent faire preuve de l'autonomie sur le principe de laquelle la loi attaquée est fondée dès lors que:

- l'état de souffrance et de désarroi auquel le patient se trouve confronté est en totale contradiction avec ce principe d'autonomie, car le patient ne dispose bien souvent plus de son libre arbitre en cette période et devient un fardeau pour les autres;

- ce principe d'autonomie est totalement hypothéqué par l'intervention de tiers (médecins, éthiciens, etc.) ou par une possible pression familiale dans la décision de pratiquer l'euthanasie;

- on ne peut exclure que des motifs financiers ou la nécessité de libérer un lit prennent le dessus sur le principe d'autonomie et en viennent à fausser toutes les formes de protection prévues par la loi.

L'objection de non-comparabilité opposée par le Conseil des ministres méconnaît qu'il résulte de la loi attaquée que les dispositions protégeant la vie diffèrent, à tort ou à raison, pour les personnes visées par les articles 3 et 4 et pour les autres.

B.3.2. La loi exige que la personne qui demande l'euthanasie soit un patient majeur ou mineur émancipé capable et conscient qui se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable (article 3, § 1er). La demande d'euthanasie doit être formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et ne peut résulter d'une pression extérieure (article 3, § 1er) et doit être actée par écrit (article 3, § 4). Le patient doit être informé de son état de santé et de son espérance de vie (article 3, § 2, 1^o). Lorsque le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie (article 3, § 3, 2^o). Lorsque le patient n'est plus en état de formuler sa demande par écrit, sa demande est actée par écrit par une personne de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient (article 3, § 4). Le patient peut révoquer sa demande à tout moment (article 3, § 4, alinéa 3).

Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, qu'il est inconscient, et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science. La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté et elle peut être retirée ou adaptée à tout moment (article 4, § 1er).

B.3.3. En alléguant que les personnes visées par les articles 3 et 4 de la loi attaquée ne disposent pas de leur libre arbitre au moment de leur demande, les requérantes, raisonnant comme si elles présupposaient que qui veut cesser de vivre est nécessairement hors d'état de juger, ne tiennent aucun compte des multiples garanties inscrites dans les dispositions de la loi attaquée afin d'assurer que la personne qui exprime sa volonté dans les conditions des articles 3 et 4 le fasse en toute liberté.

Les travaux préparatoires de la loi attaquée montrent d'ailleurs que les Commissions compétentes du Sénat puis de la Chambre des représentants se sont constamment préoccupés de cet aspect du problème (voy. notamment Doc. parl., Sénat, 2000-2001, n° 2-244/22, pp. 219-220; Doc. parl., Chambre, 2001-2002, DOC 50 1488/009, pp. 9-12).

B.3.4. Les parties requérantes ne tirent pas de l'article 2 de

la Convention européenne des droits de l'homme des arguments conduisant à une autre appréciation.

B.4. Le moyen n'est pas fondé.

Par ces motifs,

la Cour rejette le recours.

Ainsi prononcé en langue française, en langue néerlandaise et en langue allemande, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage, à l'audience publique du 14 janvier 2004.

V.4. DOCUMENTOS

En este apartado incluimos las referencias de dos documentos que se pueden consultar en las direcciones web que se les adjuntan.

• **COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE¹**
DEUXIÈME RAPPORT AUX CHAMBRES LÉGISLATIVES (Années 2004 et 2005)

(https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/GEZONDHEIDZORG1_MENU/OVERLEGSTRUCTUREN1_MENU/COMMISSIES1_MENU/EUTHANASIA1_MENU/EUTHANASIA1_DOCS/G6624%20RAPPORT%20EUTHANASIE%20FR3-29%20OCT.PDF)

• **AVIS N° 15 / 2005 du 19 octobre 2005**

OBJET : Projet d'arrêté royal réglant la façon dont la déclaration anticipée en matière d'euthanasie est enregistrée, et est communiquée via les services du Registre national aux médecins concernés.

(http://www.privacycommission.be/fr/docs/Commission/2005/avis_15_2005.pdf)

Con el fin de ampliar la información sobre la «Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie» recogemos una selección de los datos que contiene el «**Deuxième Rapport aux Chambres Législatives** (Années 2004 et 2005)» de la «Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie»

INTRODUCTION

Le présent rapport concerne les documents d'enregistrement des euthanasies pratiquées entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2005 examinés par la comisión

Conformément à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, il contient 3 sections :

- **Section 1** : un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement

- **Section 2** : un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la loi

- **Section 3** : le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la loi

Il comporte également 4 annexes :

- **Annexe 1** : la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie complétée par la loi du 10 novembre 2005;

¹ Le présent rapport a été préparé en commission restreinte composée de Madame Jacqueline Herremans, Messieurs Walter De Bondt, Marc Englert, Raymond Mathijs, Fernand Van Neste. Il a été discuté en séance plénière le 3 octobre 2006 et adopté à l'unanimité des membres effectifs présents.

- **Annexe 2** : l'arrêté royal du 2 août 2002 portant nomination des membres de la commission de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, l'adresse de la commission et de son site internet;

- **Annexe 3** : le document d'enregistrement à compléter par les médecins, adopté par la comisión le 17 février 2004;

- **Annexe 4** : la brochure d'information établie à l'intention du corps médical pour préciser certaines interprétations et décisions de la commission.

.../...

SECTION 2 DESCRIPTION ET ÉVALUATION DE L'APPLICATION DE LA LOI

LE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

Le fonctionnement de la commission décrit dans le premier rapport aux chambres législatives n'a pas subi de modification pendant la période couverte par le présent rapport. La commission s'est réunie une fois par mois, à l'exception d'un mois pendant les vacances d'été. Ont pris part aux débats les membres effectifs et les membres suppléants en l'absence du membre effectif qu'ils suppléent, tous les membres recevant les documents de travail et les convocations aux réunions.

Le pourcentage des documents d'enregistrement qui ont nécessité l'ouverture du volet I a été de 22% au cours des deux années faisant l'objet du présent rapport. Il avait été de 31,5% pendant les quinze premiers mois d'application de la loi (premier rapport de la commission). On peut interpréter ce fait comme témoignant d'une amélioration de la connaissance des exigences légales par le corps médical. Pour contribuer à cette amélioration, la commission a mis au point, comme elle l'avait proposé dans la section

3 « Recommandations » du premier rapport, un document explicatif destiné aux médecins concernant certaines de ses décisions et précisant certains points de la loi qui ne paraissaient pas avoir toujours été bien compris. Après son adoption par la commission en séance plénière, ce document a été systématiquement joint aux lettres adressées aux médecins lorsque l'ouverture du volet I du document d'enregistrement avait été nécessaire.

LE NOMBRE DE DÉCLARATIONS

Le nombre de documents d'enregistrement reçus pendant la période de 24 mois couverte par le présent rapport a été de **742**, ce qui correspond à une moyenne annuelle de **371** et une moyenne mensuelle de **31** déclarations. Ce nombre a été de **349** pendant l'année 2004 et de **393** pendant l'année 2005. Pendant les 15 premiers mois d'application de la loi qui ont fait l'objet du premier rapport de la commission, le nombre de documents reçus avait été de **259**, soit une moyenne annuelle de **207** déclarations et une moyenne mensuelle de **17** déclarations. Il y a donc une augmentation nette du nombre de déclarations

d'euthanasie en 2004 par rapport à 2003, ce qui était attendu, compte tenu de la prise de connaissance de la loi tant de la part des citoyens que des médecins (il faut d'ailleurs noter que le nombre moyen mensuel de documents d'enregistrement reçus n'avait été que de 8 pendant le premier trimestre d'application de la loi). Si on compare les années de 2004 à 2005, on ne constate qu'une faible augmentation (349 en 2004 et 393 en 2005).

Il faut signaler qu'une déclaration reçue par la commission n'a pas été reprise dans cette statistique: la commission a considéré qu'il ne s'agissait pas d'une euthanasie mais d'un arrêt thérapeutique suivi d'un traitement palliatif jusqu'au décès.

Le nombre de décès par euthanasie déclarés par rapport au nombre total de décès

La proportion du nombre de décès par euthanasie déclarés pendant la période couverte par le présent rapport est de 3,6 pour mille de l'ensemble des décès.

La langue de rédaction des documents d'enregistrement

Comme dans le rapport précédent, la commission relève la disproportion, nettement supérieure à la différence du nombre d'habitants des régions flamande et wallonne (compte non tenu de la région de Bruxelles-capitale), entre le nombre de documents d'enregistrement rédigés en langue néerlandaise et en langue française (respectivement 636 et 106, soit 86% et 14% du nombre total des déclarations).

Différentes raisons pouvant être invoquées pour expliquer cette disproportion ont été indiquées dans le premier rapport.

Le nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées

Comme signalé déjà dans le précédent rapport, la commission n'a pas la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées. Les résultats de l'enquête récente relative aux décisions en fin de vie, menée par l'ULB et l'Université de Gand à la demande du SPF Santé publique, permettront peut-être des conclusions plus utiles. Il faut souligner cependant que les pratiques médicales en fin de vie créent certaines ambiguïtés qui peuvent expliquer d'éventuelles divergences entre le nombre d'euthanasies déclarées et le nombre d'actes médicaux en fin de vie susceptibles d'accélérer le décès (voir plus loin le paragraphe relatif à la manière dont ont été pratiquées les euthanasies).

LES AFFECTIONS A L'ORIGINE DES EUTHANASIES

Toutes les affections qui ont donné lieu à une euthanasie étaient, au moment de celle-ci, conformément aux exigences légales, incurables et graves.

La grande majorité d'entre elles (618 soit 83%) étaient des cancers (cette dénomination comporte toutes les affections malignes : tumeurs solides malignes, leucémies, myélomes, etc.). La plupart des patients avaient subi de multiples traitements à visée curative et/ou palliative. Le second diagnostic, en terme de fréquence, qui a été à l'origine des euthanasies est celui d'affection neuromusculaire évolutive mortelle (43 soit 6% du nombre d'euthanasies pratiquées). D'autres affections n'ont été que rarement ou exceptionnellement à l'origine d'une euthanasie. Ces données sont similaires à celles du premier rapport.

Neuf euthanasies pour affection neuro-psychiatrique ont été déclarées à la commission (six en 2004 et trois en 2005) : il s'agissait d'un cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob, de trois cas de maladie d'Alzheimer, d'un cas de maladie de Huntington

et de quatre cas de dépression majeure irréductible. Elles ont fait l'objet d'un examen extrêmement minutieux pour s'assurer que les conditions légales étaient effectivement présentes : selon les cas, il s'agissait soit du caractère incurable et grave de l'affection, soit du caractère volontaire et réfléchi de la demande, soit du caractère insupportable de la souffrance ou de plusieurs de ces conditions. Les rapports médicaux circonstanciés joints aux documents d'enregistrement ou ceux qui ont été demandés au médecin après examen de la déclaration et ouverture du volet 1 ont permis à la commission de conclure dans tous les cas que les conditions de la loi avaient été respectées.

L'ÂGE DES PATIENTS

77% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés de 40 à 79 ans. Moins de 1% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés de moins de 20 ans et 17% chez des patients âgés de plus de 79 ans alors que près de la moitié des décès ont lieu dans cette tranche d'âge.

Comme il avait déjà été constaté dans le premier rapport de la commission, ces données confirment que l'âge avancé ne semble pas constituer en soi un facteur favorisant l'euthanasie.

LES EUTHANASIES SUR DÉCLARATION ANTICIPÉE

13 euthanasies de patients inconscients ont été pratiquées sur base d'une déclaration anticipée. Ce nombre reste peu important mais il est nettement plus élevé que celui du premier rapport (celui-ci n'avait enregistré qu'une seule euthanasie pratiquée sur base d'une telle déclaration). Malgré le domaine d'application étroit de la déclaration anticipée et la pratique encore peu répandue de cette déclaration, ces cas illustrent l'importance de la pratique des déclarations anticipées pour la prise des décisions médicales face aux situations d'inconscience irréversible.

LE LIEU OÙ L'EUTHANASIE A ÉTÉ PRATIQUÉE

Comme l'indiquait le premier rapport de la commission, une proportion importante (39%) des euthanasies ont été pratiquées au domicile des patients ce qui correspond au désir fréquemment exprimé de terminer sa vie chez soi. Cette proportion est légèrement inférieure à celle relevée dans le rapport précédent (41%).

La faible proportion des euthanasies pratiquées dans les maisons de repos et de soins, signalée dans le premier rapport est confirmée (5% des euthanasies comme dans le premier rapport).

Comme indiqué déjà dans le premier rapport, certains médecins signalent dans le formulaire de déclaration des difficultés pour obtenir en officine publique les produits nécessaires. Il faut mentionner à ce sujet 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, ainsi que les recommandations du Conseil national de l'Ordre des Médecins : les produits doivent être prescrits de manière détaillée sur une ordonnance établie au nom du patient et le médecin doit lui-même en prendre livraison. Il est probable que ces difficultés disparaîtront progressivement, des initiatives pour pallier ces difficultés ayant été prises tant par des organisations professionnelles que par les pouvoirs publics.

L'ÉCHÉANCE PRÉVISIBLE DU DÉCÈS

93% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients dont le décès était prévisible à brève échéance. La grande majorité d'entre eux (83%) étaient atteints d'un cancer généralisé ou gravement mutilant. Ces données sont similaires à celles du premier rapport de la commission.

Parmi les 7% d'euthanasies pratiquées alors que le décès n'était pas prévisible à brève échéance (51 cas), la plupart concernaient des affections neurologiques. Seules 4 euthanasies pour cancer ont été pratiquées chez des patients dont le décès n'était pas prévisible à brève échéance. Ces constatations sont similaires à celles du premier rapport.

Il faut rappeler que la question de l'appréciation de l'échéance prévisible du décès a fait l'objet d'une mise au point dans le rapport précédent de la commission. Cette mise au point est reprise dans la brochure d'information destinée aux médecins qui est jointe en annexe au présent rapport (point 2).

LA NATURE DES SOUFFRANCES

Chez la plupart des malades, plusieurs types de souffrances, tant physiques que psychiques, étaient présents simultanément. Les souffrances les plus fréquentes, qui sont toutes décrites comme constantes, insupportables et inapaisables, sont énumérées dans les tableaux statistiques de la section 1 mais il n'est pas possible d'identifier celles qui ont été à l'origine de la demande d'euthanasie.

Il faut rappeler ici que la question de l'estimation du caractère insupportable ou inapaisable de la souffrance a fait l'objet d'une mise au point dans le rapport précédent de la commission. Cette mise au point est reprise dans la brochure d'information destinée aux médecins qui est jointe en annexe au présent rapport (point 3).

Quelques membres de la commission estiment que dans certains dossiers une interprétation trop large a été donnée à la notion de souffrance psychique. Cette façon de voir n'a pas été acceptée par la majorité de la commission.

.../...

LES DÉCISIONS DE LA COMMISSION

78% des déclarations ont été acceptées d'emblée ; dans 22% des dossiers, la commission a décidé la levée de l'anonymat par ouverture du volet I.

Cette ouverture a été, dans 5% des déclarations, uniquement justifiée par la volonté de la commission de faire remarquer au médecin, essentiellement dans un but d'information, des imperfections dans ses réponses ou des erreurs d'interprétation concernant les procédures suivies qui ne mettaient pas en cause le respect des conditions légales. Dans ces cas, aucune réponse du médecin n'était sollicitée.

Dans 17% des déclarations, l'ouverture du volet I a été destinée à obtenir du médecin des renseignements complémentaires souhaités par la commission concernant un ou plusieurs points du document mal, insuffisamment, ou non complétés. La plupart de ces points concernaient des informations administratives manquantes ou des détails de procédure. Les réponses apportées ont chaque fois donné les informations utiles et les déclarations ont pu être acceptées.

À dater du mois de novembre 2005, la brochure d'information rédigée par la commission a été systématiquement jointe à toutes les lettres adressées aux médecins.

Aucune déclaration ne comportait d'éléments faisant douter du respect des conditions de fond de la loi et aucun dossier n'a donc été transmis à la justice.

SECTION 3

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION CONCERNANT L'EXÉCUTION DE LA LOI

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

Concernant la nécessité d'un effort d'information

Comme elle l'avait déjà souligné dans le premier rapport, la commission estime qu'une pratique correcte de l'euthanasie dans le respect de la loi nécessite avant tout un effort d'information tant vis-à-vis des citoyens que des médecins. Dans ce but, comme prévu dans le rapport précédent, la commission a rédigé une brochure d'information destinée au corps médical. Elle est jointe en annexe au présent rapport. Adoptée par la commission le 6 septembre 2005, elle a, à partir de cette date, été systématiquement adressée aux médecins dont le volet I du formulaire d'enregistrement a été ouvert soit pour de simples remarques

soit pour demander des explications complémentaires. Elle est également disponible sur le site Internet du Service public fédéral Santé publique en regard du document d'enregistrement (www.health.fgov.be/euthanasie). Le souhait exprimé dans le premier rapport d'une brochure d'information destinée au public est répété par la commission. Quelques initiatives dans ce domaine ont été prises par des mutualités ou des associations diverses mais un document officiel similaire à celui mis à la disposition des citoyens et de l'étranger par le gouvernement des Pays-Bas serait certainement utile. Outre les clarifications utiles pour le public concernant le champ d'application de la loi, ce document devrait attirer l'attention sur l'importance de la déclaration anticipée d'euthanasie pour les cas d'inconscience irréversible où les décisions médicales sont particulièrement difficiles à prendre.

Concernant l'enregistrement des déclarations anticipées auprès du registre national

La commission regrette une nouvelle fois que l'enregistrement de la déclaration anticipée, prévu par la loi, n'ait toujours pas été mis en pratique.

Concernant la disponibilité des produits nécessaires à une euthanasie au domicile des patients

Cette question a été traitée dans le paragraphe consacré au lieu où l'euthanasie a été pratiquée (page 23).

Concernant la formation des médecins

La commission rappelle qu'elle avait estimé dans le rapport précédent que le curriculum des études médicales devrait comporter une formation préparant les futurs médecins à affronter les problèmes que pose la gestion de la fin de vie, y compris la pratique des soins palliatifs et la mise en oeuvre correcte d'une euthanasie. De même, les divers cycles d'enseignement post-universitaire et les activités de recyclage devraient être encouragés à inclure une telle formation.

Concernant des modifications éventuelles à apporter à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

La commission confirme l'avis donné dans le précédent rapport : malgré la remarque formulée par certains membres concernant l'interprétation par la commission de la notion de souffrance psychique (voir p.24), elle estime que l'application de la loi n'a pas donné lieu à des difficultés majeures ou à des abus qui nécessiteraient des modifications législatives. La commission prend notamment acte de la modification à la loi concernant le rôle des pharmaciens qui a été adoptée le 10 novembre 2005.

En ce qui concerne la question de l'extension éventuelle du domaine d'application de la loi aux mineurs d'âge et des

modifications à la déclaration anticipée, qui font actuellement l'objet d'un débat éthique et philosophique, la commission estime qu'il n'est ni de sa mission ni de sa compétence de se prononcer dans ces matières qui ne concernent pas l'application de la loi du 28 mai 2002.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1. Le nombre d'euthanasies déclarées a été pendant les années 2004 et 2005 en moyenne de 31 par mois ; l'augmentation de ce nombre par rapport à celui du rapport précédent qui concernait les 15 premiers mois d'application de la loi est modérée ; elle était prévisible et s'explique vraisemblablement par la diffusion progressive de l'information relative aux décisions en fin de vie auprès du public et des médecins. La grande majorité des documents d'enregistrement sont rédigés en néerlandais.

2. Les affections à l'origine des euthanasies ont toutes été, comme l'exige la loi, incurables et graves, sans issue médicale possible. Dans la très large majorité des cas, il s'agit de cancers généralisés ou gravement mutilants dont le décès est attendu à brève échéance et, dans une moindre mesure, d'affections neuromusculaires évolutives mortelles. D'autres pathologies sont rarement en cause. Neuf cas de pathologies neuro-psychiatriques ont fait l'objet d'une déclaration : ces cas ont donné lieu à un examen particulièrement minutieux de la commission pour s'assurer qu'ils entraient effectivement dans le cadre de la loi et que les conditions légales avaient été respectées.

3. Les euthanasies pratiquées pour des affections dont le décès n'est pas attendu à brève échéance sont relativement rares et concernent essentiellement des affections neuromusculaires évolutives mortelles avec tétraplégies ou paralysies graves multiples et exceptionnellement des séquelles neurologiques graves consécutives à une affection pathologique ou à un accident.

4. Les souffrances insupportables et inapaisables dont font état les patients sont souvent multiples et concernent généralement à la fois les sphères physique et psychique.

5. La majorité des euthanasies ont été pratiquées chez des patients d'âge moyen ; les euthanasies sont peu fréquentes en deçà de 40 ans et au-delà de 80 ans.

6. 39 % des euthanasies se pratiquent au domicile du patient. Elle sont rarement pratiquées dans les maisons de repos et de soins.

7. 13 euthanasies ont été pratiquées chez des patients inconscients sur base d'une déclaration anticipée. Ce nombre reste

faible en raison du champ d'application limité de cette déclaration puisqu'il ne concerne que les patients irréversiblement inconscients mais est nettement plus élevé que pendant les quinze mois qui ont fait l'objet du premier rapport (un seul cas avait été rapporté). La commission estime que la pratique de la déclaration anticipée devrait être encouragée étant donné la difficulté et la gravité des décisions médicales dans les situations d'inconscience irréversible. Elle regrette que l'enregistrement d'une telle déclaration, prévu par la loi, n'ait toujours pas été mis en pratique.

8. Dans la très grande majorité des cas, l'euthanasie est pratiquée correctement et en accord avec les données disponibles de la littérature médicale, en induisant d'abord une inconscience profonde; dans les cas où le médecin formule une remarque complémentaire, il signale souvent que le décès survient paisiblement en quelques minutes, fréquemment en présence de proches.

9. Aucune déclaration n'a mis en évidence de violation des conditions de fond de la loi. Les erreurs d'interprétation portant uniquement sur des points de procédure sont nettement plus rares qu'au début de l'application de la loi ; elle ont été résolues sans difficulté majeure. La commission espère que la brochure explicative destinée au corps médical qu'elle a rédigée conformément aux conclusions du premier rapport corrigera les erreurs d'interprétation qui subsistent.

10. En plus des consultations imposées par la loi, de nombreux médecins et équipes palliatives ont été volontairement consultés.

11. La commission ne propose pas d'initiatives législatives nouvelles. Elle estime que, dans le cadre de ses compétences et de sa mission qui se limite à l'application de la loi du 28 mai 2002, elle n'a pas recueilli d'éléments qui justifiaient de telles initiatives. La commission prend acte de la modification introduite par la loi du 10 novembre 2005 concernant le rôle des pharmaciens et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes.

12. La commission espère que les résultats de l'enquête relative à l'ensemble des décisions médicales en fin de vie, menée par l'ULB et l'université de Gand à la demande du SPF Santé publique, permettront de mieux connaître la manière dont est gérée la fin de la vie.

Les membres de la commission tiennent à souligner qu'ils ont apprécié l'attitude des médecins qui, en complétant le document d'enregistrement, ont tenu, tout en respectant la volonté de leur patient, à se conformer à la loi.

.../...

V.5. DIRECCIONES WEB

Belgiquelex
<http://www.belgiquelex.be>

La chambre
<http://www.lachambre.be>

Senate
<http://www.senate.be>

Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
www.health.fgov.be

La commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie
www.health.fgov.be/euthanasie,

Institut National de Statistiques /SPF
http://www.statbel.fgov.be/home_fr.asp
http://www.statbel.fgov.be/studies/thesis_fr.asp?n=271

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité
<http://www.admd.be/>