

ce chef aucune faute ou acte erroné. D'aucun autre acte il ne peut être déduit avec certitude qu'elle aurait perdu l'indépendance requise par la loi.

La cour déclare Z. acquittée de l'accusation ci-dessus.

Par ces motifs,

Déclare les accusés X., Y. et Z., non coupables

(...)

Siég. : M. M. Minnaert, Mmes C. Blomme et J. De Wannemacker.

Greffier : Mme S. Van Durme.

M.P. : M. F. Clarysse.

Plaid. : M^{es} J. Van Cauter, C. Kerckhofs, W. Van Steenbrugge, C. Mussche, A.-S. Raes, F. Thiebaut, Ph. De Smet, J. Vermassen, R. Arts, S. Tack et E. Delbeke.

J.L.M.B. 20/140

Observations

L'euthanasie des patients psychiatriques au banc des accusés¹

1. Le procès d'assises ayant conduit à l'arrêt rapporté a fait grand bruit, davantage toutefois au nord qu'au sud du pays. C'est en effet la première fois, depuis que l'euthanasie fut dépénalisée sous conditions par la loi du 28 mai 2002, que des médecins ayant accompli une euthanasie ont été renvoyés en cour d'assises.

Le dossier, on s'en doute, a des accents tragiques, puisqu'il est question d'une jeune femme de 38 ans, Tine Nys, qui souffrait depuis de longues années de troubles psychiques graves et évolutifs. Ses sœurs, estimant que son décès, provoqué à sa demande, ne respectait pas le cadre légal, et se plaignant aussi de la manière dont l'euthanasie fut mise en œuvre, ont obtenu le renvoi devant la cour d'assises de Flandre orientale des trois médecins impliqués dans le processus.

Il s'agit : 1. du médecin de famille, qui suivait la patiente mais n'a pas exécuté l'acte (ni même compris qu'il y participait) ; 2. du médecin, également généraliste, qui a pratiqué l'euthanasie ; 3. de la psychiatre intervenue en qualité de « second médecin consulté », dont l'avis était requis car le décès n'était, comme souvent en présence d'une pathologie psychiatrique, pas prévisible à brève échéance².

Il est important d'observer que ce dossier avait fait l'objet d'une déclaration d'euthanasie à la Commission de contrôle et d'évaluation et que celle-ci l'avait approuvée, à l'unanimité, confirmant par là qu'à son estime toutes les conditions légales étaient remplies et que la procédure avait été correctement suivie. Cette commission est composée de spécialistes à divers titres de la question de l'euthanasie, et procède à un examen particulièrement attentif des déclarations qui

¹ L'auteur est membre de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Il s'exprime à titre personnel, et n'a pas participé à l'examen de la déclaration d'euthanasie dont il sera question plus loin.

² Sur les conditions et la procédure prescrites par la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, voy. not. G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Larcier, coll. Fac. dr. U.Lg., 2^e éd., 2016, pp. 789-806 ; B. MOUFFE, *Le droit à la mort*, Bruylant, 2019, spéc. pp. 334-344 ; *adde* une étude récente et approfondie des travaux parlementaires : M.-L. DELFOSSE, *Vers la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Une approche des débats parlementaires et de leurs prolongements*, Courrier hebdomadaire du CRISP, 2019, 2 volumes, n° 2427 et 2428. Rappelons que, dans tous les cas, le médecin qui reçoit la demande doit consulter un *second médecin*, chargé de s'assurer du caractère grave et incurable de l'affection et du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Et lorsque le décès n'est pas prévisible à brève échéance, il doit consulter un *troisième médecin*, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, qui s'assurera du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande.

concernent des pathologies psychiatriques, consciente du fait qu'elle est observée dans ce rôle par celles ou ceux qui critiquent l'applicabilité de la loi à celles-ci. Au vu de ses rapports au législateur, la Commission est bien consciente du fait que ces cas sont plus délicats, en particulier quant à l'objectivation de la situation des malades concernés³.

2. En l'absence d'incrimination spécifique dans notre Code pénal, la qualification retenue était l'empoisonnement, et fut ressentie comme infamante par les gens de l'art.

L'acquittement est prononcé pour des motifs différents selon les accusés :

- Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie est acquitté au bénéfice du doute quant au respect scrupuleux des conditions et de la procédure : l'enquête n'a pas permis de constater, avec la certitude requise, que celles-ci auraient été violées.
- Le médecin de famille, qui a joué, fort approximativement, le rôle de (premier) médecin consulté, est sauvé par l'absence d'élément moral. Il semble n'avoir eu « *aucunement conscience* » de participer à un processus d'euthanasie. Au vu de l'arrêt, sa méconnaissance du cadre légal – une ignorance qu'on ne saurait qualifier d'invincible... – est édifiante. Cela en dit long sur les efforts pédagogiques qui demeurent nécessaires afin que cette législation soit mieux connue et comprise, tant par les praticiens que par la population. Si l'on peut, à la rigueur, admettre qu'un médecin de famille ne se préoccupe guère de ces questions tant qu'il n'y est pas concrètement confronté, il est incompréhensible voire inacceptable que ce praticien en l'espèce, une fois devenu témoin parce que destinataire du désir d'euthanasie récurrent de sa patiente (« *et bonne amie* » comme il l'a, au regard de l'exigence d'indépendance, bien maladroitement écrit), ne se soit pas *alors* préoccupé de mieux maîtriser la question sous ses aspects substantiels et procéduraux. Mais cela n'en fait pas pour autant un criminel...
- La psychiatre – dont le rôle retint fort l'attention lors du procès – bénéficie d'une motivation plus assertive : la cour affirme avoir constaté que les conditions relatives à l'avis qu'elle fut appelée à rendre ont été remplies, et qu'aucune faute ni attitude erronée ne peut lui être reprochée de ce chef, et ajoute qu'aucun autre élément ne permet de conclure avec certitude qu'elle aurait perdu l'indépendance requise par la loi⁴.

3. La question de l'admissibilité de l'euthanasie dans un contexte psychiatrique, qui plus est sollicitée par des personnes jeunes, est particulièrement complexe. On comprend donc sans peine les débats qu'elle suscite et le malaise qu'elle est peut induire chez les soignants.

Trois points, en particulier, nous paraissent devoir être discutés et appréciés d'une manière aussi prudente qu'approfondie, autant que possible en équipe pluridisciplinaire, et par référence à des *guidelines* solides : 1. l'incurabilité de la pathologie ; 2. l'évaluation et la description des souffrances liées ; 3. le caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande.

³ Cela étant, la Commission n'a pas d'un dossier une vision aussi complète qu'un enquêteur ou un juge d'instruction saisi d'une plainte. Elle ne statue que sur la base d'une déclaration anonyme, qui reprend tous les points essentiels au regard du cadre légal, mais dans laquelle l'ensemble du contexte d'un cas particulier ne figure pas. Voyez pour plus de détails, le huitième et dernier rapport aux Chambres législatives relatif aux années 2016 et 2017 (adresse simplifiée : www.commissionneuthanasie.be).

⁴ La loi du 28 mai 2002 (article 3, paragraphe 2, 3°, et paragraphe 3, 1°) dispose que les médecins consultés doivent être *indépendants*, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant, le second devant également l'être vis-à-vis du premier. Les contours de cette condition d'indépendance ne sont pas toujours simples à dessiner et la question est débattue. Ce n'est pas ici le lieu d'approfondir.

Sans les approfondir, observons que toutes les discussions et divergences d'approches auxquelles ces questions peuvent donner lieu ne sauraient avoir pour conséquence de transformer des médecins empathiques, à l'écoute des appels parfois désespérés de ces malades, en "empoisonneurs" déferés en assises. La cour d'assises n'est pas l'arène où le débat, si débat il doit y avoir, doit être mené. Comme on l'a vu, les débats ont rapidement débordé le prétoire, ont opposé lobbys et obédiences, et ont confronté des plaideurs à des possibles conflits d'intérêts.

On se félicitera donc du triple acquittement prononcé, étant rappelé qu'il faut à tout prix se garder de considérer qu'une maladie psychiatrique – dépression réfractaire, schizophrénie, bipolarité, formes graves d'autisme comme en l'espèce – abolirait en soi le libre arbitre, et donc la capacité d'émettre une volonté présentant les qualités requises par la loi, de ceux et celles qui en sont atteints. Le droit à l'autodétermination, droit fondamental pilier de notre droit (bio)médical⁵, doit leur être maintenu.

4. Cet arrêt est donc l'occasion de rappeler quelques points-clé de la loi du 28 mai 2002.

L'euthanasie repose sur trois piliers : 1. une affection (accidentelle ou pathologique) grave et incurable ; 2. une souffrance, physique ou psychique, constante, insupportable et qui ne peut être apaisée, qui *résulte* de l'affection en question ; 3. une demande volontaire, réfléchie et répétée, qui ne résulte pas d'une pression extérieure.

Les points 1. et 2. caractérisent la « situation médicale sans issue », laquelle n'est pas synonyme de « phase terminale » (notion absente de la loi, délibérément). Il faut donc se garder de confondre l'*affection médicale* et les *souffrances* qu'elle engendre : celles-ci ne peuvent jamais être, comme telles, à la base d'une demande d'euthanasie. Il en résulte qu'évoquer, comme on l'entend trop souvent, « l'euthanasie pour souffrances psychiques » est, sinon inexact, du moins réducteur et vecteur de confusions.

On peut ajouter qu'il est, contrairement à une opinion répandue, tout à fait justifié que le législateur recoure à la notion de « souffrance physique ou psychique ». La souffrance n'équivaut pas à douleur, celle-ci pouvant le plus souvent être atténuée, sinon vinculée, par des médications appropriées. La souffrance est un concept voulu, à dessein, beaucoup plus large, ancré dans la chair et dans le mental, présent dans toute maladie somatique, et très majoritairement dans sa double dimension physique et psychique⁶. Il faut donc éviter de confondre la pathologie et les souffrances qu'elle induit. Ce point est essentiel dans le dispositif de la loi du 28 mai 2002. On l'oublie souvent et la Commission de contrôle et d'évaluation prend soin d'y insister systématiquement.

⁵ Y.-H. LELEU, *Droit des personnes et des familles*, Larcier, 4^e éd., 2020, p. 16, n° 2 et pp. 117-118, n° 102.

⁶ Il ressort du rapport de la Commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie relatif aux années 2016 et 2017 que, dans 62,5 pour cent des cas, des souffrances physiques et psychiques étaient signalées. Dans 33,5 pour cent des cas, il ne s'agissait que de souffrances physiques. Les souffrances uniquement psychiques ne concernaient que 4 pour cent des cas. Ceci est à mettre en rapport avec les affections à la base de l'euthanasie : en 2016 et 2017, 1,8 pour cent seulement des euthanasies ont été pratiquées en raison de « troubles mentaux et du comportement », ce qui recouvre les affections psychiatriques. Les souffrances psychiques sont décrites de manière exemplative comme « dépendance, perte d'autonomie, solitude, désespérance, perte de dignité, désespoir à l'idée de perdre sa capacité à entretenir des contacts sociaux, etc. » (rapport précité, p. 21). La Commission précise (p. 22) que le constat que, « pour la majorité des patients, plusieurs types de souffrances tant physiques que psychiques ont été constatés simultanément » confirme que « la souffrance physique entraîne une importante souffrance psychique, ce qui est considéré par le médecin comme un élément supplémentaire à prendre en compte concernant le caractère insupportable, constant et inapaisable de la souffrance ». Elle « estime que certains facteurs objectifs peuvent effectivement indiquer une souffrance insupportable, mais que cela est en grande partie subjectif et que cela dépend de la personnalité, des conceptions et des valeurs propres du patient », et rappelle le « droit du patient de refuser un traitement, même palliatif, par exemple lorsque ce traitement comporte des effets secondaires ou des modalités d'application qu'il juge insupportables ».

5. Rappelons aussi que le législateur n'a pas créé un « droit à l'euthanasie », mais un droit de la *demande* et de voir cette demande entendue et instruite, sans atermoiements.

Il invite le médecin, récipiendaire d'une telle demande, à « 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 » (article 3, paragraphe 2, 1°; nous soulignons). Cette obligation ne signifie pas que toutes les thérapies *théoriquement existantes* devraient absolument être tentées. En vertu de la loi relative aux droits du patient, le malade est libre de refuser tout traitement (art. 8, paragraphe 4, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient). Il a le droit de s'opposer tant à un énième traitement pénible aux chances de succès incertaines, qu'à son transfert en soins palliatifs, dont les modalités peuvent lui paraître ou pénibles ou non conformes à l'idée qu'il se fait de sa fin de vie⁷.

Le médecin doit aussi « s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée », en menant à cette fin avec lui plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de son état (article 3, paragraphe 2, 2°). Il doit, en somme, cheminer avec son patient et se déclarer convaincu, et le législateur prescrit de lui faire confiance sur ce point.

Une phrase de la loi du 28 mai 2002 résume en quelque sorte le message qu'elle porte : le médecin « 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 » (article 3, paragraphe 2, 1° : nous soulignons). On y lit que l'euthanasie, fût-elle strictement balisée par la loi, est discutée et pratiquée dans un colloque singulier. Respectant les aspirations intimes des malades qui souffrent, le législateur a entendu faire confiance aux professionnels qui les accompagnent. Il a décidé que le contrôle de l'autorité serait *a posteriori*, d'abord par la Commission de contrôle et d'évaluation puis, le cas échéant, par le pouvoir judiciaire, pénal ou civil. Mais dans toute la mesure du possible, à notre avis, ce contrôle ne devrait pas prendre le chemin des cours d'assises, avec le risque d'opprobre qu'elles véhiculent, sans parler du débat toujours actuel sur leur utilité.

On sait gré à la cour d'assises de Flandre orientale de l'avoir compris.

Yves-Henri LELEU
Professeur à l'ULiège et à l'ULB, avocat

⁷ Ainsi que le rappelle la Commission de contrôle et d'évaluation (ci-dessus, note 6).