

La fin de vie en droit belge : l'autonomie décisionnelle ▮ du malade ▮

GILLES GENICOT

*Avocat à la Cour de cassation de Belgique,
maître de conférences à l'Université de Liège¹*

« Le droit à la vie et le droit à l'intégrité physique [...] ne s'opposent pas au principe même de la dépénalisation de l'euthanasie. En effet, il ne pourrait découler de ces droits fondamentaux une obligation de vivre, imposée à un individu capable de discernement, quelles que soient les circonstances auxquelles celui-ci est confronté. »

Cour constitutionnelle belge, arrêt n° 153/2015 du 29 oct. 2015, § B.17.1.

Résumé : L'autonomie décisionnelle du patient est la pierre angulaire du droit médical belge, et elle demeure – exercée différemment, s'il y a lieu – lorsque le patient n'est plus en mesure d'exercer lui-même ses droits. Ainsi le droit belge prévoit-il le droit absolu d'un patient adulte de refuser tout traitement, y compris sous la forme de directives anticipées *contraignantes*; le droit de désigner un *mandataire* en matière de santé, dont la décision sera pareillement contraignante à la fois pour les (autres) membres de la famille et pour le médecin; et, à défaut, un mécanisme de « cascade » qui désigne *en tout état de cause* une personne habilitée à exercer les droits du patient vulnérable, et qui confère à la famille proche un *rôle décisionnel*

1. J'ai été, de 2017 à 2023, coprésident de la Commission fédérale belge de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Cette contribution bénéficie de l'expérience et des connaissances concrètes acquises à ce titre, mais elle se veut évidemment purement scientifique. Il va de soi que je m'exprime uniquement en mon nom personnel, sans engager en aucune manière la Commission (dont je ne fais plus partie aujourd'hui). Je peux être contacté à l'adresse gilles.genicot@uliege.be. Une première version de cet article est parue, chez le même éditeur, dans le numéro 2024/1 de la *Revue de droit sanitaire et social*, dossier « La fin de vie à l'étranger », p. 14 à 26.

et non plus seulement consultatif, la priorité étant donnée à cet égard au partenaire, qu'il soit marié ou non. En plaçant ainsi le centre de gravité de la prise en charge médicale *du côté du patient* et non du médecin, y compris en fin de vie, le modèle belge se distingue fondamentalement d'un schéma de « consultation » qui aboutit à une décision probablement partagée, mais qui demeure médicale. Le cadre juridique belge illustre ainsi un point crucial en droit (bio)médical, encore plus saillant en fin de vie : le modèle décisionnel lui-même.

Par ailleurs, en dépénalisant et en réglementant l'euthanasie, le législateur belge a offert aux personnes gravement malades la possibilité de contrôler leur fin de vie. Il a compris que raisonner de manière cohérente et constructive sur ces questions implique qu'elles soient examinées prioritairement sous l'angle de l'autodétermination du patient, et non par référence aux devoirs du médecin, et que, la qualité de vie étant par essence subjective, il n'y a guère d'autre solution concevable que de s'ouvrir à la volonté de la personne qui n'est plus en mesure de faire face à la situation dans laquelle elle se trouve. Ce faisant, notre droit a apporté une solution digne et constructive à un débat qui émerge partout. En octroyant à la personne davantage de contrôle sur la manière dont elle terminera sa vie, il répond à un réel besoin social. Le droit médical moderne ne saurait repousser indéfiniment ce débat sur la fin de vie, ni l'orienter dans une direction opposée à celle adoptée au sujet des droits généraux des patients, auxquels on reconnaît presque partout la maîtrise de leur corps et de leur destin.

Mots-clés : fin de vie, droit belge, autodétermination du malade, directives anticipées, représentation du patient, euthanasie.

Abstract: The patient's autonomy in decision-making is the cornerstone of Belgian medical law, and it remains – exercised differently, if necessary – when the patient is no longer able to exercise his or her rights. Belgian law provides for the absolute right of an adult patient to refuse any treatment, including in the form of *binding* advance directives; the right to appoint a *healthcare proxy*, whose decision will be similarly binding both on (other) family members and on the doctor; and, failing that, a “cascade” mechanism which *in any event* designates a person empowered to exercise the rights of the vulnerable patient, and which gives the close family a *decision-making role* rather than a mere advisory one, with priority being given in this respect to the partner, whether married or not. By placing the centre of gravity of medical care *on the patient's side* and not the doctor's, including at the end of life, the Belgian model is fundamentally different from a “consultation” model, which results in a decision that is probably shared, but remains a medical one. The Belgian legal framework thus illustrates a crucial point in (bio)medical law, which is even more salient at the end of life: the decision-making model itself. Furthermore, by decriminalising and regulating euthanasia, the Belgian legislator has offered seriously ill people the possibility of controlling their

end of life. It has understood that coherent and constructive reasoning on these issues implies that these should be examined primarily from the perspective of the patient's self-determination, and not by reference to the doctor's duties, and that, since quality of life is essentially subjective, there is hardly any other conceivable option than to be open to the wishes of a person who is no longer able to cope with the situation in which they find themselves. In doing so, our law has provided a dignified and constructive solution to a debate that is emerging everywhere. By giving people more control over how they will end their lives, it meets a real social need. Modern medical law cannot postpone the end-of-life debate indefinitely, nor can it steer it in a direction opposite to that adopted for the general rights of patients, who are almost universally recognised as having control over their bodies and their destiny.

Keywords: end of life, Belgian law, patient self-determination, advance directives, patient representation, euthanasia.

Le cadre juridique de l'assistance médicale en fin de vie est l'une des caractéristiques marquantes du droit (bio)médical belge, dont le caractère progressiste doit être souligné. À la fin des années 1990, un débat approfondi s'est engagé en Belgique sur les droits des patients, et notamment sur les décisions de fin de vie. Il existait une volonté collective de progresser dans ce domaine, de rendre la loi plus transparente et de l'adapter, à la fois aux aspirations croissantes des citoyens et à ce qui était observé dans la pratique, tout en l'assortissant de « balises » sous la forme de conditions détaillées et strictes. Les discussions furent nourries et transparentes; bien entendu, ces questions ne font pas l'unanimité. Les travaux parlementaires ont abouti à l'adoption de trois lois complémentaires² sur les droits des patients (22 août 2002), l'euthanasie (28 mai 2002) et les soins palliatifs (14 juin 2002). En résumé, d'une part, l'euthanasie a été dépénalisée sous de strictes conditions et, dans le même temps, la prise en charge palliative a été promue; d'autre part, et plus généralement, il fut affirmé que les décisions de fin de vie devaient être prises *par le patient* ou par un représentant *doté d'un pouvoir décisionnel*, et non (uniquement) par le médecin. Notre droit envisage ainsi la prise en charge médicalisée en fin de vie comme une démarche autonome du patient lui-même, et non comme relevant exclusivement d'une appréciation médicale de sa situation.

S'il est vrai que la définition d'une situation de fin de vie dépendra essentiellement de l'analyse des médecins sur ce qui peut encore être tenté et espéré, d'un point de vue curatif, il convient en effet de ne pas perdre de vue que cette appréciation doit impérativement tenir compte de ce que le patient a indiqué quant à l'étendue des soins qu'il accepte ou non. Il se constate

2. La législation belge peut être consultée sur les sites [https://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm] ou [<http://www.droitbelge.be/codes.asp>].

à ce titre que *l'autonomie décisionnelle du patient* est la pierre angulaire du droit médical belge, et elle demeure – exercée différemment, s'il y a lieu – lorsque le patient n'est plus en mesure d'exercer lui-même ses droits. Ainsi le régime mis en place en Belgique prévoit-il³ :

1. le droit absolu d'un patient adulte de refuser tout traitement, y compris sous la forme de directives anticipées *contraignantes* ;

2. le droit de désigner un *mandataire* en matière de santé, dont la décision sera pareillement contraignante à la fois pour les (autres) membres de la famille et pour le médecin ; et

3. à défaut, un mécanisme de « cascade » qui désigne *en tout état de cause* une personne habilitée à exercer les droits du patient incapable, et qui confère à la famille proche *un rôle décisionnel* et non plus seulement consultatif, la priorité étant donnée à cet égard au partenaire, qu'il soit marié ou non⁴.

En plaçant le centre de gravité de la prise en charge médicale *du côté du patient* et non du médecin, *y compris en fin de vie*, le modèle belge se distingue fondamentalement d'un schéma de « consultation » qui aboutit à une décision probablement partagée, mais qui demeure médicale. Le cadre juridique belge illustre ainsi un point crucial en droit (bio)médical, encore plus saillant en fin de vie : *le modèle décisionnel lui-même*. Un tel schéma ne vient pas de nulle part, repose sur des bases solides et comporte de multiples déclinaisons⁵. En fin de vie, celles-ci s'inscrivent avant tout dans l'orbite des *droits généraux du malade*, qui deviennent alors de la plus haute importance et seront d'abord présentés et discutés (I), mais également dans ce trait caractéristique de la législation belge qu'est le droit (et la pratique) de l'euthanasie, que l'on abordera ensuite (II).

I. LA PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE DÉCISIONNELLE EN FIN DE VIE

Elle s'observe sous deux aspects : l'opposabilité du refus de soins (A) et la représentation des patients incapables d'exprimer leur propre volonté (B).

3. En laissant pour l'instant de côté la question, très spécifique, de l'euthanasie (voir ci-après).

4. Un cas comme celui de Vincent Lambert aurait été résolu très différemment en Belgique, puisque notre droit désigne qui, au sein de la famille, doit avoir la priorité et prévoit une *hiérarchie* entre les proches.

5. Ce modèle est schématiquement fondé sur la valeur philosophique de l'autonomie, et sur la protection juridique de l'intégrité physique en tant que droit de la personnalité. Je me permets de renvoyer, pour une présentation complète du droit belge en la matière, aux références 1 à 3 de la bibliographie.

A. DANS LA LOGIQUE DU CONSENTEMENT : LE DROIT AU REFUS DE SOINS OPPOSABLE

La loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient (ci-après, dans cette partie du texte : la loi⁶) consacre bien entendu le droit au *consentement libre et éclairé* à toute intervention du praticien professionnel, moyennant information préalable complète et détaillée (article 8, § 1^{er})⁷. Dans ce cadre, le patient peut se faire assister par une personne de confiance, ou demander que l'information soit également (voire exclusivement) communiquée à cette dernière (article 11/1 de la loi). La personne de confiance *assiste* un patient juridiquement capable (ou présumé tel); elle ne doit pas être confondue avec le mandataire de santé, qui *représente* un patient juridiquement ou *de facto* incapable (v. ci-après, B).

Dans la foulée, le *droit au refus de traitement* est pleinement garanti en Belgique. Le patient est libre « de refuser une intervention ou de retirer [son] consentement » (article 8/1 de la loi). Cette disposition générale couvre *toute* intervention à laquelle le patient ne veut pas (ou plus) se soumettre, même si elle est vitale. Elle prime donc le devoir légal (et éthique) du médecin d'assister le patient – ce qui n'éteint pas son droit général à « des prestations de qualité répondant à ses besoins [...], dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite », comme l'énonce l'article 8/1, alinéa 4, de la loi, renvoyant à son article 5.

Exprimé soit par le patient lui-même, tant qu'il reste capable *de facto*, soit par son représentant, le refus de soins est *par principe opposable au personnel médical*, à condition que le patient exprime réellement sa volonté et n'ait pas été induit en erreur ou incité à refuser. L'article 8/2, § 2, alinéa 2, de la loi donne force obligatoire au refus anticipé valablement exprimé par un patient avant qu'il devienne incapable d'exercer ses droits, en disposant que, « [s]i le patient a fait savoir dans une déclaration anticipée [...] qu'il refuse une intervention déterminée du professionnel des soins de santé, le professionnel des soins de santé respecte ce refus aussi longtemps que le patient ne le révoque pas à un moment où il est en mesure d'exercer ses droits lui-même », le patient pouvant évidemment le faire s'il reste, ou redevient, capable. Cette disposition est formelle.

Tout aussi formel est l'article 8/3 de la loi, selon lequel, *dans une situation d'urgence*, ce n'est *qu'en cas d'incertitude* sur l'existence ou non d'une volonté préalablement exprimée par le patient ou son représentant que le médecin pourra procéder immédiatement à « toute intervention nécessaire [...] dans l'intérêt du patient » – et seulement à cela. Il n'y aura pas d'incertitude si le

6. La loi du 22 août 2002 vient d'être assez substantiellement révisée par une loi du 6 févr. 2024. Je l'évoque naturellement ici dans sa version actualisée.

7. Il s'agit là d'une constante dans les divers systèmes juridiques, bien qu'elle charrie inévitablement son lot de questionnements et difficultés. Voir récemment la référence 4 de la bibliographie.

patient a pris soin de rédiger des directives anticipées⁸ et/ou de désigner un mandataire. Partant, face à une directive anticipée dans laquelle une certaine intervention est refusée, et qui offre les garanties suffisantes, le praticien *doit s'abstenir*, même si la vie du patient est en jeu. Il est ainsi possible d'éviter une prolongation déraisonnable de la vie ou de s'assurer qu'il n'y aura pas de réanimation lorsque l'espoir s'estompera. Il va cependant de soi que l'intervention à laquelle le patient exprime son refus anticipé doit être décrite avec précision, et à un moment où il est certain que le patient était pleinement capable : en cas de doute, ou lorsqu'une telle déclaration est formulée en termes vagues, généraux ou équivoques, le médecin est admis à procéder si, interprétant le document, il peut raisonnablement considérer que le traitement envisagé n'est pas couvert par celui-ci.

Bien entendu, le médecin ne doit pas renoncer trop vite ; si le patient se montre réticent, il doit d'abord prendre le temps de lui réexpliquer les avantages et les inconvénients de l'intervention envisagée, de le rassurer si nécessaire, de confirmer qu'elle est dans son intérêt et de clarifier autant que possible, sans les minimiser, les risques qu'elle comporte. Précisons qu'en fin de vie, il est très généralement admis que le patient est parfaitement en droit de *refuser des soins palliatifs* s'il estime, en toute souveraineté, que ceux-ci témoignent d'une « obstination déraisonnable » ou s'accompagnent de modalités qu'il juge trop inconfortables ou intrusives. Il s'agit là d'un autre corollaire indispensable du droit à l'autodétermination.

B. LES PATIENTS INCAPABLES : MAINTIEN DE L'AUTODÉTERMINATION ET CONSENTEMENT DE SUBSTITUTION

La disposition clé en la matière est l'article 14 de la loi, qui commence par énoncer que les droits de tout patient majeur sont, dans toute la mesure du possible, exercés par la personne elle-même, « pour autant qu'elle soit capable d'exprimer sa volonté pour ce faire ». En tout état de cause, le patient doit être associé à l'exercice de ses droits, « autant que possible et proportionnellement [à ses] facultés de compréhension » (article 14, § 1^{er}, alinéa 2)⁹. Il faut toujours veiller à ne pas négliger l'avis personnel du malade : quoique vulnérable¹⁰, il conserve par principe la maîtrise de son corps et son autonomie décisionnelle (la capacité est la règle, l'incapacité l'exception). Ceci vise à la fois l'incapacité *juridique* et l'incapacité *de fait* d'une personne juridiquement capable, mais qui n'est pas en mesure d'exercer ses droits de patient parce

8. Sur ce sujet important, voir en particulier les références 5 et 6 de la bibliographie.

9. Cette disposition précise encore que « [l]e représentant exerce les droits du patient dans l'intérêt du patient et conformément aux valeurs, aux préférences en matière de soins actuels et futurs et aux objectifs de vie exprimés par le patient ».

10. Sur cet aspect essentiel du droit (bio)médical, voir notamment les références 7 à 10 de la bibliographie ainsi que la référence 1 aux pages 231 à 268.

qu'elle n'est *de facto* pas à même – ponctuellement ou durablement – de consentir valablement à un traitement médical au moment où la décision doit être prise.

Si l'incapacité est constatée, les droits du patient sont d'abord exercés *par le représentant qu'il a désigné*, lorsqu'il était encore capable, pour se substituer à lui tant qu'il n'est pas en mesure d'exercer lui-même ses droits (article 14, § 1^{er}, alinéa 3). Il s'agit d'un mandat précis, écrit, daté et signé par le patient et le mandataire, qui doit y consentir et accepter sa mission. Le mandataire *représente le patient* dans l'exercice de tous ses droits; à la différence de la personne de confiance, il ne se contente pas d'assister le patient, mais *exerce ses droits à sa place* lorsqu'il est dans l'incapacité de le faire.

À défaut de mandataire, un système de *représentation en cascade* est mis en place par l'article 14, § 2 et 3, de la loi. En premier lieu, c'est l'éventuel *administrateur de la personne* qui pourra être amené à exercer les droits de patient de son « protégé » s'il a été déclaré compétent à cet égard par le juge (de paix) qui l'a désigné¹¹. À défaut d'administrateur habilité à représenter le patient, on aboutit au système effectif de la « cascade » : ses droits sont exercés en premier lieu (et exclusivement) par le *conjoint* (époux cohabitant, cohabitant légal ou cohabitant de fait, sans distinction). Le critère retenu est celui de la *cohabitation*, indicateur déterminant de proximité effective avec le patient, le législateur corroborant ainsi l'idée d'un consentement substitué plutôt que d'une « représentation » en tant que telle. À défaut, ou si le conjoint ne souhaite pas intervenir, les droits du patient sont exercés, en ordre successif, *par un enfant majeur, puis un parent, puis un frère ou une sœur majeurs*. Et si aucun proche du patient ne souhaite intervenir, si personne n'est en mesure de le faire ou si un conflit survient et persiste, c'est *le médecin*, dans la mesure où le contexte le permet et « le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire », qui veillera lui-même aux intérêts de son patient.

La représentation du patient est *finalisée et encadrée*. Le représentant devra évidemment fonder sa décision sur l'expertise médicale reçue, mais aussi sur la *volonté présumée du patient* ou, s'il ne la connaît pas, sur ses *intérêts* appréciés le plus objectivement possible. La loi confère donc opportunément au praticien la prérogative de considérer que la décision prise par le représentant n'est manifestement pas conforme à ces intérêts, voire constitue une menace pour la vie du patient ou risque de nuire gravement à sa santé (article 15, § 2). Dans ce cas, le médecin est en droit de *déroger* à cette décision, au besoin en agissant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, et une motivation écrite doit être ajoutée au dossier du patient. *Toutefois, par exception*, le médecin ne pourra pas déroger à la décision

11. Articles 488/1 et suivants du Code civil, issus de la loi du 17 mars 2013 « portant réforme des régimes d'incapacité et instituant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine ». Je ne puis ici entrer dans les détails de ce mécanisme.

prise par le représentant si ce dernier est en mesure de démontrer que « la volonté expresse du patient » serait effectivement conforme à la décision qu'il prend pour lui. Il s'agit d'un indice supplémentaire d'autonomie – d'où l'importance de rédiger des directives anticipées claires et précises. Il s'agira alors certainement de la volonté du patient lui-même, laquelle doit prévaloir.

Aux côtés de ces dispositions légales, qui sont de la plus haute importance dans les situations de fin de vie, nous avons, en Belgique, la possibilité spécifique de l'euthanasie.

II. LA DÉPÉNALISATION CONDITIONNELLE DE L'EUTHANASIE : UNE CARACTÉRISTIQUE REMARQUABLE DU DROIT BELGE

Précédée d'un débat très approfondi¹², la loi relative à l'euthanasie fut adoptée le 28 mai 2002 (ci-après, dans cette partie du texte : la loi). En ce qu'elle dépénalise cet acte sous certaines conditions, cette loi constitue une spécificité remarquable du droit médical belge. Elle doit être lue en conjonction avec les deux autres instruments juridiques importants votés la même année, déjà mentionnés : la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs et la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Plus de vingt ans plus tard, la dépénalisation conditionnelle de l'euthanasie apparaît largement acceptée et même ardemment soutenue en Belgique, tant sur le plan politique que sociologique. Cela étant, vu l'importance du sujet, il est compréhensible que des discussions surgissent régulièrement et que certains aspects particuliers fassent l'objet de débats et de controverses – notamment l'euthanasie pour cause de troubles psychiatriques¹³. Mais ces discussions et débats ne doivent certainement pas occulter l'essentiel et le cœur de la loi, que je vais m'attacher ici à résumer¹⁴.

Il faut tout d'abord bien savoir de quoi l'on parle. La loi définit l'euthanasie comme *l'acte qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à sa demande*, et qui est effectué par une autre personne (article 2). Il doit s'agir d'un médecin (article 3) – et non d'une infirmière, par exemple. L'euthanasie devient ainsi un geste médical et non plus criminel, si toutes les conditions prescrites sont remplies. Cela permet, d'une part, de rassurer le corps médical et, d'autre part, de mieux répondre aux besoins des patients, dont l'autodétermination est reconnue. Il est capital de souligner que le fait d'administrer intentionnellement la mort à autrui à sa demande doit être

12. V. la référence 11 de la bibliographie.

13. V. notamment la référence 12 de la bibliographie.

14. Il n'est pas inutile, en particulier dans l'espoir de nourrir le débat français actuel, de renvoyer ici – parmi une bibliographie naturellement pléthorique – aux principales sources permettant de cerner plus en détail le paysage belge : voir les références 14 à 25 de la bibliographie ainsi que la référence 1 aux pages 759 à 813.

distingué des autres attitudes qui peuvent être adoptées en fin de vie (soins palliatifs, refus de traitement ou abstention d'un traitement devenu inutile ou dépourvu de sens). Atténuer ou supprimer la douleur, humaniser la fin de vie sans intention d'y mettre fin, est une obligation éthique et légale pour le médecin¹⁵. L'administration d'une sédation pour soulager la détresse dans la phase terminale d'une maladie¹⁶, ou l'arrêt des suppléances vitales de personnes en état végétatif permanent, ce qui accélère la mort sans la provoquer directement, ne relèvent pas du champ d'application de la loi sur l'euthanasie; ces attitudes sont à aborder dans le cadre des droits généraux du patient (voir ci-dessus). L'euthanasie répond à une logique différente : elle est fondée sur la *demande* du patient (et non sur son « consentement »). Cette distinction est essentielle.

Il est tout aussi capital de souligner que, dans le cadre de la législation belge, le patient ne dispose pas d'un soi-disant « droit à l'euthanasie », mais plutôt du *droit de la demander* et de voir cette demande écoutée, examinée et confrontée aux critères légaux. À peu près tout le monde comprend, en Belgique, qu'une volonté libre et consciente d'abrègement de vie ne peut pas *toujours* être satisfaite par le soulagement de la douleur. *Le choix appartient au patient*, dont la souffrance et la dignité doivent être reconnues et respectées. Il sera souvent rassuré et réconforté en sachant que les questions relatives à sa fin de vie peuvent être discutées avec empathie et en toute transparence, et que plusieurs voies sont ouvertes, y compris l'euthanasie, laquelle pourrait être une option future si son état se détériorait : une option parmi d'autres¹⁷.

Au travers des critères et conditions qu'elle prévoit (A), la loi belge relative à l'euthanasie témoigne de la *confiance* accordée à l'appréciation des médecins et, surtout, aux motivations intimes des citoyens, que notre droit accompagne jusqu'au bout de leur chemin en leur permettant de se réapproprier leur propre mort, plutôt que d'attendre que celle-ci les saisisse. Elle est en cela conforme aux droits fondamentaux à l'œuvre (B).

15. Article 11 *bis* de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient : « Toute personne doit recevoir de la part des professionnels de la santé les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur. »

16. Sur cette pratique, qui suscite bien des questionnements, voir notamment la référence 26 de la bibliographie.

17. Ainsi définie, l'euthanasie ne saurait être « opposée » aux soins palliatifs, lesquels font donc, en Belgique, l'objet de la loi du 14 juin 2002, modifiée par la loi du 21 juill. 2016 qui en a élargi la définition et l'accessibilité. L'espace manque pour développer cet aspect ici.

A. LES CONDITIONS LÉGALES DE L'EUTHANASIE EN BELGIQUE

1. Les conditions de base applicables à l'euthanasie d'un patient majeur, conscient et en phase terminale

Trois conditions fondamentales doivent être remplies (article 3, § 1^{er}, de la loi) :

– tout d'abord, une *demande du patient*, « formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et [qui] ne résulte pas d'une pression extérieure ». Elle est consignée par écrit et peut être révoquée à tout moment (article 3, § 4). Il s'agit d'une exigence essentielle, dans laquelle l'abrègement médical de la vie trouve son fondement et sa justification. Le patient doit être *capable* et *conscient* au moment où il formule sa demande : les majeurs incapables (de droit ou de fait) n'ont pas accès à l'euthanasie, même par l'intermédiaire de leur représentant légal. À l'inverse, une personne qui reste suffisamment consciente et qui n'est pas (encore) placée sous un statut de protection juridique la rendant incapable peut demander l'euthanasie (par exemple à un stade précoce d'une pathologie comme la maladie d'Alzheimer) ;

– deuxièmement, le patient doit être atteint d'une *affection grave et incurable causée par une maladie ou un accident*, et se trouver dans une *situation médicalement sans issue*. Ce point est tout aussi essentiel. Il peut s'agir d'une combinaison de plusieurs affections (polypathologies), notamment chroniques ou liées à l'âge, mais, en l'absence de *toute* affection grave et incurable, le sentiment de vie accomplie, la « fatigue de vivre » ou la vieillesse comme telle ne sont absolument pas des raisons valables permettant de demander l'euthanasie en Belgique – il faut y insister ;

– troisièmement, le patient doit, du fait de cet état, éprouver une *souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée*. La souffrance n'est donc pas en soi suffisante : elle doit *résulter* d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. Dans l'esprit de la loi, « souffrance » n'est pas synonyme de « douleur » : la douleur peut le plus souvent être atténuée, voire supprimée, par des médicaments antalgiques, notamment dans le cadre des soins palliatifs ; la notion de souffrance est plus large et multifactorielle, en partie subjective, et elle comporte très souvent, en plus d'une composante physique, un impact psychologique. La perspective d'une dégradation future inéluctable, et la souffrance croissante qu'elle impliquera, peut déjà être prise en considération, par exemple lorsqu'un diagnostic de neurodégénérescence ou de sclérose latérale amyotrophique est posé. Et il faut absolument distinguer, d'une part, l'aspect psychologique d'une souffrance d'origine somatique et, d'autre part, la souffrance (purement) psychique causée par une maladie psychiatrique.

Outre ces trois conditions de fond substantielles, la loi prévoit des exigences procédurales détaillées (article 3, § 2). Le mécanisme repose sur une discussion individuelle entre le médecin et le patient : la loi s'est délibérément écartée de la perspective d'un contrôle (social) *a priori* de la légitimité de la

demande d'euthanasie. Le médecin qui reçoit une telle demande doit discuter avec le patient des options thérapeutiques encore envisageables, ainsi que des possibilités offertes par les soins palliatifs et de leurs conséquences, et « 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 ». Afin de « s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée », le médecin doit avoir avec lui « plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution » de son état. Ces entretiens lui permettront de s'assurer que le patient n'est soumis à aucune forme de pression et qu'il convient de faire confiance à son jugement.

Cet entretien individuel doit toutefois être *élargi* à l'avis de certains tiers, afin d'éviter toute erreur d'appréciation pouvant être due à un excès de compassion dans le chef du médecin traitant. Il doit, dans chaque cas, consulter un autre médecin sur (1) le caractère grave et incurable de l'affection et (2) le caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance. Le rapport écrit de ce médecin, dans lequel il se prononce sur la situation médicale du patient, et donc sur le bien-fondé de sa demande, vise à objectiver son état et constitue un élément important du processus de contrôle *a posteriori* de l'acte¹⁸. Cette ouverture à l'appréciation d'un confrère permet également d'éviter que le médecin qui reçoit la demande soit livré à sa propre subjectivité, face à une pratique qui est d'évidence loin d'être anodine pour lui¹⁹.

2. Les cas particuliers

Le *degré d'évolution de la maladie* n'est pas un critère légal : « situation médicale sans issue » n'est pas synonyme de « phase terminale » (notion qui ne figure pas dans la loi), et il n'est pas exigé que la mort soit attendue dans un avenir proche. La reconnaissance de l'autonomie du patient prend ici une signification encore accrue : sa demande est d'autant plus importante que sa mort ne semble pas imminente, car il ne s'agit alors plus de hâter ou d'alléger un processus inévitable à court terme. On vise ici les cas où « le médecin est d'avis que le décès [...] n'interviendra manifestement pas à brève échéance » (article 3, § 3) – c'est-à-dire dans les prochaines semaines ou les prochains mois –, donc les affections qui n'évoluent pas, ou très lentement (p. ex. sclérose latérale amyotrophique, paraplégie ou quadriplégie).

18. L'avis du médecin consulté n'est pas contraignant : il ne doit pas nécessairement être entièrement conforme au point de vue du confrère qui le sollicite. C'est cependant, dans la pratique, (presque) toujours le cas.

19. L'indispensable formation des médecins – et autres professionnels du soin – à la prise en charge en fin de vie se fait en Belgique par le biais de forums et séminaires LEIF/EOL [<https://eol.admd.be>] (français), [<https://leif.be/home>] (néerlandais). Il est sans nul doute parfois bien difficile pour les praticiens de faire face à ce processus délicat, en particulier pour les médecins généralistes qui y seront confrontés une ou deux fois seulement dans leur carrière.

Ces hypothèses sont assez rares (environ 15 % des cas d'euthanasie). Il s'agit le plus souvent d'affections neurologiques dégénératives (neuromusculaires ou neuropsychiques) et, très marginalement malgré l'émotion qu'ils suscitent, de troubles psychiatriques²⁰. Les exigences légales sont alors renforcées : (1) consultation d'un second médecin, qui doit être psychiatre ou spécialiste de l'affection en cause, 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 ; et (2) respect d'un délai d'au moins un mois entre la demande (écrite) du patient et l'euthanasie, afin d'éviter toute précipitation. Il importe de souligner que le « temps d'attente » total, et la durée globale du processus, sont en réalité généralement beaucoup plus longs²¹.

L'euthanasie peut également être pratiquée à la suite d'une *déclaration anticipée* (article 4 de la loi) dans laquelle le patient aura consigné par écrit, pour le cas où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté, son souhait qu'un médecin procède à l'euthanasie si ce médecin constate que

20. Il ressort du dernier rapport en date de la Commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie que les troubles mentaux et du comportement représentent au total environ 2 % de l'ensemble des cas d'euthanasie, répartis équitablement entre troubles psychiatriques (troubles de la personnalité, dépression, stress post-traumatique, schizophrénie, autisme, etc.) et troubles cognitifs (différentes formes de démence, telles la maladie d'Alzheimer ou la démence vasculaire) : [<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commission-federale-de-contrôle-et-devaluation-de-leuthanasie>]. Ce dernier rapport couvre les années 2020 et 2021 : *Rapport euthanasie 2022. Chiffres des années 2020-2021* [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/10_rapport-euthanasie_2020-2021-fr.pdf]. Le rapport couvrant les années 2022 et 2023 n'est pas encore disponible à l'heure de rédaction et sera publié courant 2024. Les chiffres des années 2022 et 2023 sont disponibles : [<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2022>] et [<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/communiqué-de-presse-cfcee-chiffres-de-lannee-2023>].

21. En matière d'euthanasie motivée par une affection psychiatrique entraînant des souffrances constantes et intolérables, il convient de mentionner le seul procès (d'assises) qui, depuis 2002, a attiré l'attention des médias en Belgique. Il concernait l'euthanasie d'une femme de 38 ans atteinte d'un syndrome Asperger sévère. Accusés de meurtre par empoisonnement, les trois médecins impliqués furent acquittés (cour d'assises de Flandre orientale, arrêt du 31 janv. 2020, *Jurisprudence de Liège, Mons et Bruxelles*, 2020, p. 1093, note Y.-H. Leleu, *Revue de droit de la santé* 2020-2021, p. 327, note M. De Hert). Cette décision fut partiellement invalidée, mais uniquement en ce qui concerne les actions civiles et non la décision pénale (Cass. 15 sept. 2020, n° P.20.0240.N, *Revue de droit de la santé* 2020-2021, p. 336, note M. De Hert). La Cour constitutionnelle, ultérieurement saisie, a rendu un arrêt instructif que je n'ai pas le loisir de présenter ici, mais auquel je renvoie le lecteur intéressé : C. const., arrêt n° 134/2022 du 20 oct. 2022, disponible sur [<https://www.const-court.be/public/f/2022/2022-134f.pdf>]. Cet arrêt, qui vise la gradation des sanctions applicables aux euthanasies qui ne respecteraient pas les conditions de fond ou de forme requises, n'a aucune incidence sur la dépénalisation de l'euthanasie en tant que telle, que la Cour constitutionnelle approuve sans ambages au vu des critères et de la procédure prévus : voir ses arrêts n° 43/2003 du 9 avr. 2003 [<https://www.const-court.be/public/f/2003/2003-043f.pdf>], n° 4/2004 du 14 janv. 2004 [<https://www.const-court.be/public/f/2004/2004-004f.pdf>], et surtout n° 153/2015 du 29 oct. 2015 dont question à la note 23. L'arrêt du 20 oct. 2022 a entraîné une réaction législative : voir l'article 13/3 de la loi, inséré par une loi modificative du 27 mars 2024.

la personne est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, qu'elle est inconsciente et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science. Une telle déclaration anticipée est donc bien autre chose qu'un refus de traitement ou qu'un souhait de soins palliatifs. Elle est valable pour une durée indéterminée²². Dans ce cas, le médecin doit consulter un confrère sur l'irréversibilité de la situation médicale du patient et s'entretenir avec l'équipe soignante en contact régulier avec le patient, ainsi qu'avec la personne de confiance éventuelle et les proches que celle-ci désignerait. L'hypothèse est extrêmement rare en pratique (1 à 2 % des cas en moyenne), car seuls sont visés les patients *irréversiblement inconscients* (coma, état végétatif ou pauci-relationnel, syndrome d'éveil non répondant) – et non, par exemple, ceux qui souffrent de la maladie d'Alzheimer aux troisième ou quatrième stades. On ne confondra pas la déclaration anticipée d'euthanasie avec les directives anticipées « générales » basées sur la loi relative aux droits du patient (voir ci-dessus, première partie).

La question des *mineurs* fut résolue plus tard, par la loi du 28 février 2014 qui ouvre, dans des conditions plus strictes, l'accès à l'euthanasie aux patients mineurs dotés de la capacité de discernement et capables d'en faire la demande eux-mêmes (avec l'accord de leurs représentants légaux). C'est tout à fait exceptionnel : il n'y a eu que cinq cas d'euthanasies de patients mineurs depuis l'entrée en vigueur de cette loi. Il s'est agi, par cette évolution, de mettre en cohérence la législation relative à l'euthanasie avec la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, qui porte que les patients mineurs qui peuvent être estimés aptes à apprécier raisonnablement leurs intérêts sont admis à exercer leurs droits de patients *de manière autonome*. Le mécanisme mis en place (article 3, § 1^{er}, de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie) est strict et spécifique. La place manque pour que je l'expose en détail ici²³.

Enfin, dans le système juridique belge, qui autorise les actes d'interruption « active » de vie, il est bien entendu possible pour tout médecin – ou infirmier/ infirmière – de refuser de pratiquer un tel acte ou de fournir son assistance. La « clause de conscience » visée à l'article 14 de la loi prévoit qu'aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie, et qu'aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie. Depuis une modification issue d'une loi du 15 mars 2020, il est opportunément spécifié qu'aucune clause écrite ou non écrite – dans le règlement intérieur d'une institution, voire dans un contrat d'emploi – ne saurait empêcher un médecin de pratiquer

22. Depuis une modification législative bienvenue du 15 mars 2020.

23. Voir la référence 1 aux pages 806 à 812. Voir aussi l'arrêt de la Cour constitutionnelle belge n° 153/2015 du 29 oct. 2015 rejetant les recours en annulation de la loi du 28 févr. 2014 [<https://www.const-court.be/public/f/2015/2015-153f.pdf>], *Jurisprudence de Liège, Mons et Bruxelles*, 2015, p. 1932, note G. Genicot, *Revue de droit de la santé* 2016-2017, p. 29, note T. Goffin ; et, sur cet arrêt, la référence 27 de la bibliographie.

une euthanasie dans les conditions légales²⁴. Les conséquences d'un refus de pratiquer une euthanasie sont détaillées :

– si le refus est fondé sur la *liberté de conscience* du praticien, il est tenu d'en informer le patient ou la personne de confiance éventuelle « en temps utile et au plus tard dans les sept jours de la première formulation de la demande [...] en précisant les raisons et en renvoyant le patient ou la personne de confiance vers un autre médecin désigné par le patient ou la personne de confiance » ;

– si le refus est opposé *pour une raison médicale*, le médecin doit en informer le patient ou la personne de confiance, s'il y en a une, « en temps utile » – sans plus de précision ici – et de manière motivée ; dans ce cas, « cette raison médicale est consignée dans le dossier médical du patient » ;

– *dans tous les cas*, le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu de transmettre au patient ou à la personne de confiance « les coordonnées d'un centre ou d'une association spécialisé en matière de droit à l'euthanasie²⁵ » et, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer sans délai le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou la personne de confiance.

B. AINSI ENCADRÉE, L'EUTHANASIE EST CONFORME AUX DROITS FONDAMENTAUX À L'ŒUVRE

Les droits fondamentaux, en particulier tels qu'ils sont promus et préservés par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ne constituent pas un obstacle au plein pouvoir de décision du patient en fin de vie, et à la dépenalisation conditionnelle de l'euthanasie en particulier. Le droit à la vie ne saurait en effet être considéré comme « opposé » au droit au respect de la vie privée et de l'intégrité physique, lequel permet à tout individu de mener sa vie comme il l'entend – et donc de poser ses propres choix intimes en fin de vie –, et pas seulement de se prémunir d'ingérences auxquelles il n'a pas consenti. Je ne saurais mieux faire ici que renvoyer, sur cette question, à la jurisprudence pertinente de la Cour européenne des droits de l'homme²⁶. Il me faut en revanche nécessai-

24. Cela avait fait l'objet d'un débat : voir la référence 28 de la bibliographie. Un intéressant jugement a considéré qu'en prétendant interdire, *contra legem*, à un médecin extérieur de pratiquer l'euthanasie sur une résidente, une maison de repos a commis une faute ayant entraîné un préjudice moral dans le chef de la défunte – qui avait dû *in extremis* quitter son lieu de vie pour que l'acte puisse avoir lieu à domicile – et de ses enfants (Trib. première instance Louvain, 29 juin 2016, *Revue de droit de la santé* 2016-2017, p. 341, note K. Van Assche).

25. Formulation inappropriée et regrettable : il n'existe pas de « droit à l'euthanasie », ainsi que je l'ai précisé plus haut.

26. Arrêts *Pretty c/ Royaume-Uni*, n° 2346/02, 29 avr. 2002 ; *Haas c/ Suisse*, n° 31322/07, 20 janv. 2011 ; *Koch c/ Allemagne*, n° 497/09, 19 juill. 2012 ; *Gross c/ Suisse*, n° 67810/10, 14 mai 2013 ; et l'important arrêt *Lambert c/ France*, n° 46043/14, 5 juin 2015 – à propos

rement évoquer la récente affaire *Mortier c/ Belgique*, dans laquelle celle-ci fut pour la première fois invitée à apprécier si la loi belge relative à l'euthanasie, et la procédure qu'elle met en place, sont conformes à la Convention – pour conclure, dans un arrêt instructif et détaillé²⁷, par l'affirmative.

La Cour résume sa jurisprudence relative à la fin de vie (§ 118-124), rappelle qu'il existe un consensus sur le rôle primordial des souhaits du patient dans la prise de décision – étant donné que la dignité humaine et la liberté individuelle sont l'essence même de la Convention – et réaffirme que le droit d'une personne de choisir les modalités et le moment de sa fin de vie, à condition qu'elle soit capable de former librement sa propre volonté à cet égard et d'agir en conséquence, relève du droit au respect de la vie privée et donc de l'article 8 de la Convention (§ 124-125)²⁸. Elle indique ensuite que, s'il n'est pas possible de déduire de son article 2 un « droit de mourir », le droit à la vie consacré par cette disposition ne saurait être interprété comme interdisant en soi la dépénalisation conditionnelle de l'euthanasie. Le processus doit toutefois s'accompagner de garanties adéquates et suffisantes pour prévenir les abus et assurer ainsi le respect du droit à la vie, sous l'angle de l'obligation positive pesant sur l'État (§ 138-139).

La Cour conclut que le cadre législatif belge relatif aux actes préalables à l'euthanasie garantit que la décision d'une personne de mettre fin à sa vie a été prise librement et en toute connaissance de cause. Elle accorde une grande importance au fait que des garanties supplémentaires sont prévues pour les cas impliquant une souffrance psychique, et lorsque la mort ne surviendra pas à court terme, ainsi qu'à l'exigence d'indépendance des différents praticiens consultés, tant par rapport au patient que par rapport au médecin qui pratique l'acte. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, et de la large marge d'appréciation de l'État, la Cour estime que les dispositions de la loi belge constituent, en principe, un cadre législatif assurant la protection du droit à la vie des patients, ainsi que l'exige l'article 2 de la Convention qui n'est donc pas violé (§ 153 et 155)²⁹.

En revanche, concernant le contrôle *a posteriori* par la Commission de contrôle et d'évaluation – qui « doit être effectué de manière particulièrement

duquel, pour une comparaison des droits français et belge, voir la référence 29 de la bibliographie.

27. CEDH, arrêt *Mortier c/ Belgique*, n° 78017/17, 4 oct. 2022. Cet arrêt est définitif. Il est accompagné de deux opinions séparées. Voir notamment la référence 30 de la bibliographie. Le fils d'une dame souffrant depuis plus de quarante ans de dépression chronique sévère, et décédée par euthanasie, alléguait que la loi belge, la procédure qu'elle prévoit et la manière dont elle fut mise en œuvre dans ce cas précis violaient les articles 2 et 8 de la Convention.

28. Voir précédemment les arrêts *Pretty c/ Royaume-Uni*, n° 2346/02, 29 avr. 2002, § 67, et *Haas c/ Suisse*, n° 31322/07, 20 janv. 2011, § 51.

29. Pour le surplus, il n'apparaît pas que l'euthanasie de la mère du requérant, pratiquée conformément à ce cadre juridique, ait été effectuée en violation des exigences dudit article 2, lequel n'a donc pas non plus été violé à cet égard (§ 165).

rigoureuse pour satisfaire aux obligations découlant de l'article 2 de la Convention » (§ 171) –, la Cour, tout en approuvant la composition de la Commission elle-même, estime que le système mis en place par la loi belge – dans lequel l'euthanasie est contrôlée sur la base de la seule partie anonyme du document d'enregistrement – ne répond pas aux exigences de l'article 2, dans la mesure où la procédure n'empêche pas le médecin qui a pratiqué l'euthanasie de siéger à la Commission et de voter sur la compatibilité de ses propres actes avec les conditions de fond et de procédure requises par la loi. Selon la Cour, le fait de laisser à la seule discrétion du membre concerné le soin de garder le silence lorsqu'il constate qu'il a été impliqué dans l'euthanasie examinée ne saurait être considéré comme suffisant pour assurer l'indépendance de la Commission. Par conséquent, et compte tenu du rôle crucial joué par celle-ci dans le contrôle *a posteriori* de l'euthanasie, la Cour conclut que le système applicable n'a pas assuré son indépendance et que les exigences procédurales inscrites dans l'article 2 de la Convention ont été méconnues à cet égard.

La vérification du respect des conditions légales est en effet assurée par une procédure de contrôle *a posteriori*, à laquelle est subordonnée la reconnaissance d'une cause de justification pénale. Le médecin doit déclarer l'euthanasie pratiquée à une commission fédérale de contrôle et d'évaluation, qui vérifiera avec soin le respect du cadre légal et qui agit comme « tampon » entre le monde médical et les autorités judiciaires. Un tel mécanisme exprime, sur un plan sociologique, que, plus que tout autre, cet acte médical spécifique n'est pas purement discrétionnaire mais doit être transparent. Le rôle de la Commission est d'analyser les documents que doivent remplir les médecins qui pratiquent une euthanasie. Si nécessaire, elle demandera certaines informations complémentaires ou fera des remarques « didactiques » sur la manière de remplir ces documents. La loi ne prévoit pas de sanction spécifique en cas de non-respect par le médecin de l'une des conditions – de fond ou de procédure – auxquelles est subordonnée son impunité, mais la Commission peut, par une décision prise à la majorité des deux tiers, renvoyer l'affaire au procureur du roi qui décidera alors d'engager ou non des poursuites³⁰.

Afin d'adapter la loi à l'arrêt *Mortier*, et de permettre de garantir l'exclusion d'un des membres de la Commission lors de l'examen d'un document d'enregistrement d'une euthanasie dans laquelle ce membre aurait été impliqué ou consulté, la loi du 27 mars 2024 déjà évoquée a désormais *levé l'anonymat du document d'enregistrement* (voir les articles 7 et 8 de la loi), ainsi que l'avait immédiatement suggéré la Commission elle-même³¹.

30. Cela ne s'est produit qu'une seule fois jusqu'à présent et aucune poursuite judiciaire n'a *in fine* été engagée, le procureur ayant estimé qu'il ne s'agissait pas d'un cas d'euthanasie *stricto sensu*.

31. [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfcee_reaction_arret-cedh-221014_0.pdf]

Le second rôle important de la Commission est de décrire et d'évaluer l'application de la loi par le biais d'un rapport au Parlement tous les deux ans. Ce rapport comprend un volet statistique, basé sur les informations collectées dans les déclarations, ainsi qu'une description et une évaluation de la mise en œuvre de la loi, accompagnées d'éventuelles recommandations pouvant déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures. Ces rapports, très instructifs pour percevoir correctement la situation belge, sont disponibles en ligne³².

* *
*

Le législateur belge a offert aux personnes gravement malades la possibilité de contrôler leur fin de vie. Il a compris que raisonner de manière cohérente et constructive sur ces questions implique qu'elles soient examinées prioritairement sous l'angle de l'autodétermination du patient, et non par référence aux devoirs du médecin, et que, la qualité de vie étant par essence subjective, il n'y a guère d'autre solution concevable que de s'ouvrir à la volonté de la personne qui n'est plus en mesure de faire face à la situation dans laquelle elle se trouve. Ce faisant, notre droit a apporté une solution digne et constructive à un débat qui émerge partout. En octroyant à la personne davantage de contrôle sur la manière dont elle terminera sa vie, il répond à un réel besoin social. Le droit médical moderne ne saurait repousser indéfiniment ce débat sur la fin de vie, ni l'orienter dans une direction opposée à celle adoptée au sujet des droits généraux des patients, auxquels on reconnaît presque partout la maîtrise de leur corps et de leur destin.

BIBLIOGRAPHIE

1. G. Genicot, *Droit médical et biomédical*, 2^e éd., Bruxelles, Larcier, coll. de la Faculté de droit de l'Université de Liège, 2016.
2. Y.-H. Leleu et G. Genicot, « Le statut juridique du corps humain en Belgique », in *Le droit de la santé : aspects nouveaux*, Travaux de l'Association Henri Capitant, t. LIX, Journées suisses 2009, Bruxelles-Paris, Bruylant-LB2V, 2012, p. 63-94.

32. [<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commission-federale-de-contrôle-et-devaluation-de-leuthanasie>]. Comme je l'ai déjà indiqué, le dernier rapport couvre les années 2020 et 2021 : *Rapport euthanasie 2022. Chiffres des années 2020-2021* [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/10_rapport-euthanasie_2020-2021-fr.pdf]. Le rapport couvrant les années 2022 et 2023 n'est pas encore disponible à l'heure de rédaction et sera publié courant 2024. Mais les chiffres des années 2022 et 2023 sont disponibles : [<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2022>] et [<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/communiqué-de-presse-cfcee-chiffres-de-lannee-2023>].

3. Y.-H. Leleu, G. Genicot et E. Langenaken, « La maîtrise de son corps par la personne. Concept et applications », in J.-L. Renchon (dir.), *Les droits de la personnalité*, Bruxelles, Bruylant, coll. « Famille & Droit », 2009, p. 24-118.
4. A. Aouij Mrad, B. Feuillet-Liger et A. Rissel (dir.), *Le consentement à l'acte médical : autonomie réelle ou fictive? Panorama international*, Bordeaux, LEH Édition, coll. « À la croisée des regards », 2022.
5. C. Lemmens, *Planification anticipée des soins et déclarations relatives à la fin de vie*, Liège, Wolters Kluwer, coll. « Droit notarial », 2020.
6. M. Van Overstraeten, « Une manifestation particulière du droit du patient au consentement libre et éclairé : la faculté de rédiger une déclaration anticipée », in G. Schamps (dir.), *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé. Le droit médical en mouvement*, Bruxelles-Paris, Bruylant-LGDJ, 2008, p. 83.
7. *La vulnérabilité*, Travaux de l'Association Henri Capitant, t. LXVIII, Journées québécoises 2018, Bruxelles-Paris, Bruylant-LB2V, 2020 (p. 25-345, « Vulnérabilité et aptitude », et p. 347-640, « Vulnérabilité et intégrité physique »).
8. F. Rouvière (dir.), *Le droit à l'épreuve de la vulnérabilité. Études de droit français et de droit comparé*, Bruxelles, Bruylant, 2010.
9. Y.-H. Leleu, *Droit des personnes et des familles*, 4^e éd., Bruxelles, Larcier, coll. de la Faculté de droit de l'Université de Liège, 2020, p. 173-308.
10. A.-C. Van Gysel (dir.), *Traité de droit civil belge*, t. 1, *Les personnes*, Bruxelles, Bruylant, coll. « De Page », 2015, t. 2, p. 977-1252.
11. M.-L. Delfosse, *Vers la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Une approche des débats parlementaires et de leurs prolongements*, Bruxelles, Courrier hebdomadaire du CRISP, 2019, 2 volumes.
12. Avis du Comité consultatif de bioéthique belge n° 73 du 11 septembre 2017 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques, [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_73_euthanasie_0.pdf].
14. F. Damas, *La mort choisie. Comprendre l'euthanasie et ses enjeux*, Bruxelles, Mardaga, coll. « Santé en soi », 2013.
15. W. Distelmans, *Euthanasie et soins palliatifs : le modèle belge. Pour le droit à une fin de vie digne*, Bruxelles-Lormont, La Muette-Le Bord de l'Eau, 2012.
16. J. Griffiths, H. Weyers et M. Adams, *Euthanasia and Law in Europe (With special reference to the Netherlands and Belgium)*, Oxford, Hart Publishing, 2008.
17. D. A. Jones, C. Gastmans et C. MacKellar, *Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons from Belgium*, Cambridge University Press, Bioethics and Law series, 2017.
18. D. Lossignol, *En notre âme et conscience. Fin de vie et éthique médicale*, Bruxelles, Espace de Libertés, coll. « Liberté j'écris ton nom », 2014.

19. E. Montero, *Rendez-vous avec la mort. Dix ans d'euthanasie légale en Belgique*, Limal, Anthemis, coll. « Vie et société », 2013.
20. B. Mouffe, *Le droit à la mort*, Bruxelles, Bruylant, 2019.
21. P. Schotsmans et T. Meulenbergs, *Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries*, Louvain, Peeters, Ethical Perspectives series, 2005.
22. T. Smets, *The Euthanasia Practice in Belgium. Behavior and attitudes regarding reporting and adherence to legal safeguards*, Bruxelles, VUB Press, 2010.
23. *Le droit de la santé : aspects nouveaux*, Travaux de l'Association Henri Capitant, t. LIX, Journées suisses 2009, Bruxelles-Paris, Bruylant-LB2V, 2012, p. 681-912, « La personne en fin de vie ».
24. La Revue Nouvelle, *Choisir sa fin de vie*, dossier, 2013.
25. J.-Y. Goffi, *Penser l'euthanasie*, Paris, PUF, coll. « Questions d'éthique », 2004.
26. *Continuous Sedation at the End of Life. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, S. Sterckx, K. Raus et F. Mortier (dir.), Cambridge University Press, Bioethics and Law series, 2013.
27. X. Bioy, « Moi aussi, aujourd'hui, je rentre chez moi... », *RTDH* 2016. 775.
28. Avis du Comité consultatif de bioéthique belge n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_59_application_de_la_loi_euthanasie.pdf].
29. G. Genicot, « Arrêt de traitement, droit à la vie, autonomie personnelle et patients vulnérables. Réflexions autour de l'affaire *Vincent Lambert* », *Journal des Tribunaux*, 2016, p. 17.
30. X. Bioy, « L'affaire *Mortier contre Belgique*, ou les errements pratiques de l'euthanasie », *RTDH* 2023. 853.