

LA LIBERTÉ DES INSTITUTIONS DE SOINS EU ÉGARD À LA PRATIQUE DE L'EUTHANASIE

Des voix s'élèvent régulièrement pour proclamer que « la loi sur l'euthanasie doit être appliquée partout en Belgique » ou que « les institutions refusant cette pratique en leurs murs bafouent la loi »¹.

Il est certain que partout où l'euthanasie est pratiquée, il y a lieu de se conformer aux conditions de fond et de procédure prévues par la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie². C'est seulement si ces conditions sont rigoureusement respectées que l'acte d'euthanasie perd son caractère infractionnel. Dans le cas contraire, l'auteur du geste léthal serait passible de poursuites pénales du chef d'homicide volontaire, voire d'assassinat.

Par contre, il ne va pas de soi que l'euthanasie doit être pratiquée partout, au sein de toutes les institutions de soins, et que toute forme de résistance institutionnelle équivaut à un refus d'appliquer la loi. On ne saurait affirmer sans nuance que l'adoption d'une « politique institutionnelle » visant à restreindre ou interdire la pratique de l'euthanasie ferait basculer l'institution concernée dans l'illégalité.

La question est d'une brûlante actualité. Le 23 février 2016, une proposition de loi a été déposée à la Chambre des Représentants en vue de modifier la loi relative à l'euthanasie par l'ajout, à l'article 14, d'un nouvel alinéa libellé comme suit : « Aucun médecin ne peut être empêché de pratiquer une euthanasie en vertu d'une convention. Le cas échéant, une telle clause d'interdiction doit être réputée non écrite »³.

Les auteurs de cette proposition rappellent le droit reconnu à tout médecin qui se voit adresser une demande d'euthanasie de refuser d'y donner une suite positive. Cependant, constatent-ils, « certains établissements hospitaliers 'institutionnalisent' aujourd'hui la clause de conscience individuelle, refusant par-là que l'euthanasie y soit pratiquée ». À leurs yeux, « la clause de conscience confère un droit propre au médecin » et « ne peut pas être étendue à une institution qui l'imposerait aux soignants, car cela aurait pour effet de priver ces derniers de leur droit subjectif de conscience »⁴.

Remarquons d'emblée que nous préférons aborder la question sous l'angle de la liberté des institutions de soins (hôpital, maison de repos, maison de repos et de soins), plutôt que sous celui d'une hypothétique « clause de conscience institutionnelle », parfois évoquée. Cette dernière expression est malheureuse dans la mesure où la conscience est l'apanage des personnes physiques.

Se trouvent ici en jeu la liberté des institutions et le pluralisme au sein d'un important secteur social, celui de la santé. Ces valeurs, essentielles dans une société démocratique, sont à conjuguer avec les droits et libertés des patients et des médecins. C'est dire la complexité de la question, comme en témoigne l'avis n° 59 du Comité consultatif de bioéthique. En effet, celui-ci se borne à exposer les deux positions en présence, se gardant de trancher la question de savoir si « une institution de soins peut interdire dans ses murs la pratique de l'euthanasie ou ajouter, dans ses règlements, des conditions supplémentaires à celles prévues par la loi »⁵.

Notre intention est de soutenir la liberté des institutions de soins eu égard à la pratique de l'euthanasie en leur sein (II), ce qui suppose quelques mises au point préalables (I).

I. PRÉMISSES

Avant de traiter le fond de la question, il convient d'établir, tour à tour, que la loi du 28 mai 2002 ne crée pas de « droit à l'euthanasie » (A), que cette pratique ne peut être considérée comme un acte médical (B) et qu'elle ne fait pas partie de l'« offre minimale » d'une institution de soins (C).

A. L'euthanasie n'est pas un droit

Certains militants de l'euthanasie, relayés par des médias et parfois même par des instances officielles, se plaisent à faire état d'un véritable « droit à l'euthanasie » ou, au minimum, à entretenir la confusion à ce sujet⁶. L'euthanasie est régulièrement présentée comme un droit du patient de sorte que le refus de principe d'un établissement de pratiquer l'euthanasie constituerait la violation d'un droit reconnu au patient⁷. Cette phraséologie n'est pas sans susciter de nombreux malentendus sur le terrain. Déjà en 2009, l'Association belge des praticiens de l'art infirmier en faisait le constat⁸. En revanche, le Comité consultatif de bioéthique⁹ et les (bons) juristes s'accordent pour considérer que la loi du 28 mai 2002 ne crée nullement un *droit à l'euthanasie*¹⁰. Lors de l'élaboration de la loi, il paraissait évident pour tous les parlementaires et experts auditionnés que la loi en gestation ne prévoyait « ni le droit à l'euthanasie dans le chef des patients ni l'obligation de pratiquer l'euthanasie dans le chef du médecin¹¹ » ou, en d'autres termes, qu'« elle n'octroie au patient aucun droit subjectif à l'euthanasie ». ¹²

En réalité, la loi accorde au patient le *droit de formuler une demande d'euthanasie*, tout en permettant au médecin d'y accéder sans s'exposer à des poursuites pénales. Comme il a été écrit, « le droit de demander la mort qui se dessine en filigrane dans la loi n'est rien d'autre que la faculté – mesurée – de formuler une demande et d'accorder par elle l'impunité au médecin qui accepte librement d'y donner une suite positive¹³ ». Autrement dit, la loi n'instaure en aucune façon un nouveau « droit à l'euthanasie », mais dépénalise – sous conditions – le geste par lequel le médecin accepte librement de rencontrer une demande d'euthanasie.

La loi sur l'euthanasie dispose explicitement que « 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 » (art. 14, al 1^{er}). Par ailleurs, la loi prévoit une « clause de refus » ou « clause de conscience » en vertu de laquelle « aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie » (art. 14, al. 2) et « aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie » (art. 14, al. 3). Même si la situation du patient répond à toutes les conditions légales lui permettant de bénéficier d'une euthanasie, le médecin concerné et toute autre personne (infirmier, pharmacien...) peuvent toujours, en raison de leurs convictions personnelles ou pour tout autre motif (médical, émotionnel...), refuser de pratiquer ou de prendre part à une euthanasie¹⁴. Néanmoins, le médecin est tenu d'en informer *en temps utile* le patient ou la personne de confiance éventuelle, en *en précisant les raisons*, et, dans le cas où le refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical (art. 14, al. 4). En outre, à la demande du patient ou de la personne de confiance, il doit communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou la personne de confiance (art. 14, al. 5). Il est à noter que si le médecin a la liberté de refuser de pratiquer l'euthanasie, il est *a fortiori* autorisé à soumettre la demande à des conditions complémentaires par rapport à celles de la loi (cf. art. 3, § 2, *initio*)¹⁵, pour autant que celles-ci « ne s'assimilent pas à des faux-fuyants dilatoires et que le malade en soit informé à temps ». ¹⁶

En définitive, le législateur a entendu aménager « un espace de dialogue dans le cadre duquel le malade condamné et souffrant doit pouvoir exprimer sa demande, laquelle doit pouvoir être entendue et analysée par le corps médical et l'équipe soignante, en concertation avec la famille »¹⁷, sans toutefois créer un droit-créance subjectif à (recevoir) l'euthanasie, opposable au médecin ou à la société.

Aucune disposition de la loi n'oblige le médecin qui s'abstient à transférer son patient vers un autre médecin prêt à rencontrer la demande d'euthanasie du patient. Pareille obligation a été envisagée au cours des travaux parlementaires¹⁸ ou dans des propositions de loi déposées ultérieurement¹⁹. On a fait valoir qu'un patient doit être aidé par le médecin abstentionniste dans sa recherche d'un autre médecin disposé à accéder à sa demande d'euthanasie²⁰. La loi ne prévoit toutefois rien en ce sens. Il nous faudra revenir sur le sujet (*cf. infra*, II, point C).

B. L'euthanasie n'est pas un acte médical

L'euthanasie est régulièrement présentée comme un acte médical²¹. Plusieurs arguments sont avancés en soutien de cette qualification²².

L'euthanasie serait un acte médical au motif que sa pratique est confiée par la loi au seul médecin. Cet argument ne convainc pas. L'obligation d'intervention d'un médecin ne résulte en effet pas de la nature de l'acte, mais d'un choix sociétal²³. Nous sommes d'avis qu'en réservant l'euthanasie au médecin, le législateur a pris une mesure de précaution : un « garde-fou », ni plus ni moins.

L'injection létale est le procédé le plus couramment utilisé dans le cadre de la peine de mort aux États-Unis. Dans certains États, l'intervention d'un médecin est requise, et les mêmes produits servent pour l'injection létale là-bas et pour l'euthanasie chez nous. Pour autant, ces circonstances ne permettent pas de conclure à la nature médicale de l'injection létale aux fins d'exécuter la peine capitale. L'argument dit « organique » paraît fruste. C'est la nature de l'acte qu'il convient d'examiner pour conclure si celui-ci répond à la notion d'acte médical. Prenons un autre exemple. Le prélèvement d'organes est un acte légalement réservé au médecin. On ne saurait toutefois y voir *en lui-même* un acte à visée thérapeutique au profit du donneur, ce qui illustre bien la distinction à établir entre les actes médicaux par nature et les actes réservés à un médecin par la loi²⁴.

Le but thérapeutique est de l'essence de la médecine. De façon suggestive, on parle couramment de la « relation thérapeutique » entre le médecin et le patient. Toute la médecine est orientée à maintenir ou restaurer la santé, à traiter, guérir ou soula-

ger les maladies (physiques ou mentales). Il est connu que l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) définit très largement la santé comme « l'état de complet bien-être physique, mental ou social », ajoutant qu'elle « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité²⁵ ». La visée thérapeutique de la médecine ne se réduit pas aux seuls aspects préventif ou curatif, mais englobe tous les soins susceptibles de contribuer aux « bien-être », à la « qualité de vie » du patient²⁶. En ce sens, il n'y a aucune difficulté à considérer que la chirurgie esthétique ou les soins palliatifs ressortissent à l'activité médicale. Par contre, on ne voit pas comment l'euthanasie, qui consiste à supprimer l'être, peut être considérée comme un acte médical. Sauf à violenter le sens des mots, le « bien-être » ou le « mieux-être » ne suppose-t-il pas l'« être » ?²⁷ L'amélioration de la qualité de *vie* ne suppose-t-elle pas, au minimum, de veiller au maintien de la vie ?

Il a été soutenu que l'euthanasie constitue le point final ou la continuité des soins palliatifs médicaux, dont elle est indissociable²⁸. En d'autres mots, l'euthanasie serait le soulagement de la souffrance dans sa forme la plus aboutie²⁹. Certes, mettre fin à la vie du patient est le moyen le plus radical de mettre fin à sa souffrance. Mais il n'est plus question de soins propres à améliorer l'état de « bien-être » du patient, ni sa « qualité de vie ».

La nature du geste euthanasique s'oppose à sa qualification comme acte médical.

En définitive, la nature du geste euthanasique s'oppose à sa qualification comme acte médical. Il ne saurait davantage relever des « soins palliatifs » qui, suivant les standards internationaux, « cherchent à *améliorer la qualité de vie* des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, (...) *soutiennent la vie* et considèrent la mort comme un processus normal, *n'entendent ni accélérer ni repousser la mort*, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour *aider les patients à vivre* aussi activement que possible jusqu'à la mort (...) »³⁰.

Cette conception est partagée par l'Association européenne des soins palliatifs. La loi belge relative aux soins palliatifs indique, pour sa part, que ces soins « offrent au malade et à ses proches la meilleure qualité de *vie* possible et une autonomie maximale (...) »³². Les raisons ne manquent pas pour ne pas intégrer l'euthanasie dans les soins palliatifs³³.

Il a été suggéré aussi que l'euthanasie ne peut être réduite à la seule exécution de l'acte léthal, celui-ci devant être précédé d'actes relevant exclusivement de la compétence médicale (diagnostic, évaluation de la situation médicale du patient...) ³⁴. Curieux argument ! Rien n'empêche d'admettre qu'effectivement le diagnostic, les traitements mis en œuvre, les actes visant à soulager la douleur et d'autres symptômes... sont des actes médicaux, tout en estimant que le geste léthal, lui, ne peut relever de cette qualification.

Les auteurs favorables à la qualification de l'euthanasie comme acte médical ont peu d'arguments à faire valoir. Il est symptomatique de relever que, dans l'Avis n° 59 du Comité consultatif de bioéthique, ils concluent leur analyse comme suit : « Quoi qu'il en soit, l'euthanasie s'inscrit à tout le moins *de facto* dans l'ordre médical »³⁵. Cette ultime considération trahit une certaine conscience de la fragilité des arguments avancés. On sait que l'accumulation d'arguments faibles ne fait pas une démonstration forte ! Affirmer que, « quoi qu'il en soit », l'euthanasie s'inscrit *de facto (sic)* dans « l'ordre médical » (expression vague qui semble en retrait par rapport à l'affirmation de l'euthanasie comme acte médical) s'apparente à une démission sur le terrain de l'analyse juridique (*de iure*).

En conclusion, il n'est pas inutile de rappeler que le législateur a préféré adopter une loi particulière, plutôt que de retoucher le Code pénal, précisément pour marquer que l'euthanasie reste un acte de nature *intrinsèquement* criminelle, pénalement répréhensible, qui, *par exception, aux conditions fixées dans la loi*, perd son caractère infractionnel.

C. L'euthanasie ne fait pas partie de « l'offre minimale » d'une institution de soins

Aux termes de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux, sont considérés comme tels, « les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais »³⁶. Se trouve ainsi définie la mission légale des hôpitaux.

Dès lors que l'euthanasie ne peut s'analyser comme un traitement ou acte médical, elle n'est pas comprise dans la mission légale d'un hôpital, étant entendu que l'hôpital est légalement défini comme un établissement de soins où sont accom-

plis des examens et traitements de médecine spécialisée ou générale³⁷. La même loi prévoit que les hôpitaux doivent répondre à certaines normes fixées par le Roi. Celui-ci peut notamment fixer des normes relatives aux conditions en matière de niveau d'activité minimum de l'hôpital et de type(s) de programmes de soins ou de type(s) de services hospitaliers³⁸. Pour être agréé, l'hôpital

doit, entre autres, répondre à ces exigences en matière d'offre de soins minimale fixée par le Roi³⁹. D'après les travaux parlementaires, « le Roi peut imposer des normes d'agrément, mais uniquement en ce qui concerne les actes médicaux et certaines autres formes d'intervention (par exemple, l'intervention des infirmières), dont ne font pas partie les actes visant à mettre fin à la vie de manière active ».⁴⁰



À ce jour, l'euthanasie ne fait pas partie de l'offre minimale nécessaire à la reconnaissance des institutions conformément aux arrêtés royaux⁴¹, et la loi ne comporte elle-même aucune obligation pour les établissements de soins de pratiquer l'euthanasie. Par conséquent, aucune institution de soins ne peut être obligée d'offrir l'euthanasie dans son « package de soins », ni de prévoir le personnel requis et le cadre structurel pour cette pratique⁴². Aucune sanction ne peut exister pour l'absence de personnel ou de matériel requis pour pratiquer l'euthanasie⁴³. Au demeurant, il nous apparaît qu'imposer, par voie légale ou réglementaire, l'euthanasie dans l'offre minimale d'une institution de soins ruinerait com-

plètement le droit à l'objection de conscience personnelle prévue par l'article 14 de la loi relative à l'euthanasie. L'institution devrait impérativement avoir en son sein un ou plusieurs médecins disposés à accéder aux demandes d'euthanasie dans les conditions légales. Et s'ils voulaient, en situation, s'abstenir : est-il concevable de les priver du bénéfice de la clause de conscience prévue dans la loi ? Or, il ne semble pas que l'offre d'euthanasie, comme condition d'offre minimale indispensable à l'agrément d'une institution puisse être de se borner à ouvrir la porte à un médecin extérieur favorable à l'euthanasie.

II. LES « POLITIQUES INSTITUTIONNELLES »

En tant qu'acte visant à mettre intentionnellement fin à la vie d'une personne, l'euthanasie est chargée d'un poids éthique important. Aussi paraît-il raisonnable que l'institution définisse une politique éthique de soins claire à ce sujet. Souvent exprimée par écrit dans des « chartes », règlements d'ordre intérieur, procédures ou directives, approuvés au niveau institutionnel, une telle « politique éthique » sert à guider et soutenir le personnel soignant en matière d'euthanasie selon les normes et valeurs de l'institution⁴⁴. La « politique éthique » est connue de tous et acceptée implicitement ou explicitement par les travailleurs concluant un contrat de travail au sein de l'institution, s'identifiant ainsi, par conviction ou par loyauté, à l'identité morale de cette dernière⁴⁵.

Certaines institutions de soins refusent ou, plus souvent, rendent l'accès à l'euthanasie – en général ou dans certains cas (euthanasie de personnes incapables, euthanasie lorsque le décès n'est pas prévu à brève échéance...) plus difficile que ce qui est prévu dans la loi. Une infime minorité d'entre elles adoptent une politique de « tolérance zéro », c'est-à-dire que tous les groupes de patients sans exception sont visés par l'interdiction de pratiquer l'euthanasie ; d'autres, nettement plus nombreuses, instaurent une interdiction partielle en prohibant l'euthanasie pour certains patients seulement (par exemple, les patients incapables, atteints d'une maladie psychique ou n'étant pas en phase

terminale). Ces « politiques » à l'égard de l'euthanasie s'appuient généralement sur les valeurs éthiques et religieuses de l'institution ou d'une organisation qui la chapeaute. Des études menées dans des hôpitaux flamands montrent que les positions éthiques de nombreux établissements sont fortement inspirées par « Caritas », une organisation catholique coordonnant et représentant la plupart des institutions et services catholiques actifs dans le domaine de l'aide sociale et de la santé⁴⁶.

Quels sont les fondements et limites juridiques de ces politiques ? Sont-elles contraignantes pour le personnel médical ?



A. Sommaire état des lieux

Il convient, dans un premier temps, de définir chacune des institutions de soins pouvant accueillir des personnes susceptibles de formuler une demande d'euthanasie. La notion d'« hôpital » a déjà été précédemment définie. Une « maison de retraite » ou « maison de repos » se définit comme l'établissement destiné à héberger des personnes âgées de plus de soixante ans qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et, le cas échéant, de soins infirmiers ou paramédicaux. Quant à la « maison de repos et de soins », elle présente un caractère hospitalier plus accentué que la maison de repos classique dans la mesure où elle accueille des personnes âgées dont l'autonomie est fortement réduite et atteintes d'une maladie de longue durée, nécessitant des soins et une aide médicale quotidiens⁴⁷.

La lettre de la loi invite le médecin à ne pas s'incliner purement et simplement devant la demande d'euthanasie du patient.

Plusieurs études scientifiques, menées en région flamande, surtout autour de l'année 2007, se sont intéressées aux politiques adoptées par les institutions de soins à l'égard de l'euthanasie⁴⁸. Il en ressort qu'une minorité d'hôpitaux flamands permettait l'euthanasie pour des patients capables en phase terminale aux seules conditions de la loi. La majorité d'entre eux n'autorisait l'euthanasie de cette catégorie de personnes qu'à titre d'exception et moyennant le respect de certaines conditions non explicitement prévues dans la loi. Le dispositif est connu sous le nom de « filtre palliatif »⁴⁹ : il en résulte que l'euthanasie n'est possible qu'après consultation d'une équipe d'experts en soins palliatifs.

Cette mesure vient concrétiser l'obligation légale de vérifier si le patient répond bien aux conditions légales. En effet, entre autres conditions d'impunité du geste euthanasique, la loi prévoit que le patient « se trouve dans une situation médicale sans issue » et fasse état d'une « souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée » (art. 3, § 1^{er}, 3^e tiret). Il n'est pas anormal

de tenter de soulager la souffrance du patient dans le cadre de soins palliatifs avant de conclure que celle-ci est « inapaisable ». D'autant que la loi prévoit également que le médecin « doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation (...) » (art. 3, § 2, 1^o). Où l'on voit que la lettre de la loi invite le médecin à ne pas s'incliner purement et simplement devant la demande d'euthanasie du patient. Loin de le cantonner dans un rôle d'exécutant passif de la volonté du patient, elle l'oblige, au contraire, à tenter d'autres solutions. Le « filtre palliatif » apparaît comme une mesure supplémentaire de prudence – sinon de bon sens –, qui n'est pas formellement requise par la loi, mais qui n'est pas non plus en contradiction avec cette dernière. La loi prend effectivement soin de préciser « sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention » (art. 3, § 2, *initio*), avant d'égrener les obligations qui s'imposent à lui préalablement à toute prise en considération d'une demande d'euthanasie. Un seul hôpital en région flamande adoptait une interdiction totale de pratiquer l'euthanasie.

D'après les mêmes études, certains hôpitaux interdisaient l'euthanasie des personnes incapables en phase terminale aux conditions de la loi. Parmi ceux qui l'autorisaient, plus de la moitié prévoyaient des conditions supplémentaires. L'euthanasie des patients n'étant pas en phase terminale n'était acceptée que dans certains hôpitaux, moyennant l'ajout de conditions déterminées.

L'étude des politiques d'euthanasie dans les maisons de repos flamandes révèle des tendances analogues. L'euthanasie des personnes capables en phase terminale semblait autorisée, aux conditions de la loi, seulement dans un tiers des institutions. Certaines d'entre elles soumettaient l'euthanasie à des conditions non explicitement prévues par la loi et une minorité ne tolérait pas du tout l'euthanasie. Les auteurs soulignent que l'incompatibilité de l'euthanasie avec l'identité religieuse de l'institution était souvent la cause d'une politique sévère à l'égard de cette pratique.

Il convient de remarquer que cet état des lieux a été dressé il y a plusieurs années déjà et concerne seulement la Flandre. On peut gager que la situation ne cesse d'évoluer dans un sens plus favorable à l'euthanasie. Celle-ci entrant irrésistiblement dans les mœurs, il est permis de penser qu'aujourd'hui, les institutions de soins réfractaires à l'euthanasie font désormais figure d'exceptions.

B. Fondements juridiques

Avant d'aborder les fondements juridiques et limites des « politiques éthiques » adoptées par les institutions de soins en ce qui concerne l'euthanasie, il n'est pas inutile de distinguer divers cas de figure.

Le médecin concerné peut être engagé dans une relation contractuelle (ou statutaire) avec l'institution de soins. Il peut également être externe à celle-ci. Il peut s'agir du médecin traitant du patient, qui, à la demande de ce dernier, se rend dans l'hôpital, la maison de retraite ou la maison de repos et de soins où il se trouve pour procéder à l'euthanasie. On songe encore au cas où, le médecin qui traite le patient au sein de l'institution refusant d'accéder à la demande d'euthanasie de ce dernier, un médecin extérieur, ouvert à la pratique de l'euthanasie, souhaite se rendre au chevet du patient pour honorer la demande.

1. Les travaux parlementaires

Lors de l'élaboration de la loi relative à l'euthanasie, un débat s'est engagé en Commission de la Justice sur le point de savoir si les établissements auraient la possibilité d'interdire la pratique de l'euthanasie. Cela ne faisait pas de doute aux yeux des parlementaires unanimes : « Le président conclut que, selon l'interprétation correcte du projet à l'examen, les institutions ont le droit d'interdire la pratique de l'euthanasie dans leurs murs ». Il est ajouté : « *Aucun membre* ne conteste cette interprétation du président »⁵⁰.

L'intention du législateur est donc manifeste. À la lumière des travaux parlementaires, il est permis d'estimer qu'une institution de soins a le droit de refuser la pratique de l'euthanasie. Pour un acte aussi grave visant à mettre fin à la vie d'une personne, rien n'empêche *a fortiori* que les institutions

prévoient des mesures de prudence supplémentaires, s'ajoutant à celles explicitement prévues par la loi⁵¹. Par conséquent, une institution peut légitimement contraindre contractuellement les hommes et les femmes qui travaillent en son sein de respecter la norme de conduite adoptée par elle, en conformité avec sa charte éthique qui leur est connue et à laquelle ils ont adhéré. Cette opinion trouve un appui en droit international des droits de l'homme (cf. *infra*, III).

2. La « clause de refus » (art. 14)

L'article 14, § 1^{er}, al. 1^{er} à 3, de la loi prévoit que « La demande et la déclaration anticipée de volonté [...] 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 ».

La question se pose de savoir si le terme « personne » désigne également les personnes morales telles que les institutions de soins. Celles-ci peuvent-elles invoquer la « clause de conscience » pour refuser la pratique de l'euthanasie en leurs murs ?

Le législateur semble avoir exclu l'application de l'article 14 de la loi au bénéfice des institutions de soins⁵². En effet, lors des travaux préparatoires de la loi, un amendement avait été proposé pour inclure un alinéa stipulant qu'« aucun établissement médical ni aucun établissement de soins, civil ou militaire, ne peut être obligé ni s'engager à donner suite à une demande d'euthanasie ou à collaborer à l'exécution d'une telle demande ».⁵³ Cet amendement fut rejeté⁵⁴. Il semble donc que la clause de conscience légale ne peut être invoquée *comme telle* par les institutions de soins qui défendraient des positions philosophiques ou religieuses incompatibles avec le contenu de la loi. En d'autres termes, dans l'alinéa « Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie », le terme « personne » s'entend uniquement des personnes physiques, seules dotées d'une conscience, à l'exclusion des personnes morales⁵⁵.

Cela ne signifie pas pour autant que les institutions de soins ne peuvent restreindre ou prohiber la pratique de l'euthanasie en leurs murs. À la lecture des travaux préparatoires de la loi, on comprend que l'amendement évoqué a été rejeté, non pour priver les institutions de cette possibilité, mais au motif que ledit amendement apparaissait superflu tant il était indiscutable à l'époque que devait être respectée la liberté des institutions de soins. Comme il a déjà été signalé, il ressort des débats de la Commission de la Justice que ces dernières peuvent faire le choix de prohiber ou soumettre à des contraintes particulières la pratique de l'euthanasie pour la communauté qui y travaille.

3. Contrats de travail

Les politiques éthiques relatives à l'euthanasie n'étant pas contraignantes en elles-mêmes, les restrictions ou interdictions que l'établissement entendrait faire respecter par ses employés doivent être reprises dans leur contrat de travail. Au regard de l'autonomie professionnelle du médecin, quelle est la valeur d'une clause contractuelle interdisant au médecin de l'institution de pratiquer une euthanasie ou l'obligeant à la soumettre à des conditions de précaution non prévues par la loi ? Sur quelle base, une institution de soins peut-elle exiger de ses médecins salariés un comportement conforme à son éthique ? Ne serait-ce pas contraire à l'autonomie professionnelle ou la liberté thérapeutique du médecin ?

L'autonomie professionnelle du médecin se traduit par son droit d'exercer sa profession de façon libre et indépendante, à l'abri de toute contrainte ou limite provenant de l'État ou de personnes privées, tels que les entreprises d'assurance de soins de santé ou encore les gestionnaires d'institutions de soins. Cette liberté est protégée dans diverses dispositions déontologiques et légales⁵⁶. Les plus importantes bases légales sont les articles 10 à 12 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. L'article 10 « interdit d'empêcher ou d'entraver par voies de fait ou violences l'exercice régulier et normal de l'art médical ou de l'art pharmaceutique par une personne réunissant les conditions requises ». L'article 11 dispose que « les praticiens [...] ne peuvent être l'objet de limitations réglementaires dans le choix des moyens à

mettre en œuvre, soit pour l'établissement du diagnostic, soit pour l'institution du traitement et son exécution, soit pour l'exécution des préparations magistrales. [...] Les abus de la liberté dont ils jouissent (conformément à l'alinéa premier) de vue sont sanctionnés par les conseils de l'Ordre dont ils relèvent. [...] ». L'article 12 prévoit, quant à lui, que « sont réputées non écrites dans les conventions conclues par les praticiens [...], les clauses qui portent atteinte à la liberté de choix prévue à l'article 11 ».

Le droit à la liberté thérapeutique couvre uniquement les actes médicaux. Si l'on regardait l'euthanasie comme un acte médical, elle entrerait dans le champ de l'autonomie professionnelle du médecin et une interdiction institutionnelle devrait être considérée comme illicite et nulle en application de l'article 11 de l'arrêté royal n° 78. Par contre, si l'euthanasie ne peut être assimilée à un acte médical, un médecin ne saurait invoquer son droit à la liberté thérapeutique pour justifier la pratique d'une euthanasie qui serait prohibée par son contrat de travail puisque cette liberté se limite aux actes médicaux *stricto sensu*.

En signant une convention par laquelle le praticien adhère à la politique restrictive ou prohibitive de l'euthanasie, celui-ci fait usage non de sa liberté thérapeutique, mais de sa liberté de conscience et s'oblige en conséquence.



4. Quid du médecin externe à l'institution de soins ?

Un médecin extérieur à une institution de soins peut-il arguer de ce qu'il ne se trouve pas dans les liens d'un contrat de travail avec ladite institution pour se voir reconnaître le droit de pratiquer l'euthanasie au sein de l'hôpital, de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins où se trouve le patient ?

Au nom de sa charte éthique dûment communiquée au préalable, l'institution pourrait, nous semble-t-il, s'y opposer. À cet égard, argument pourrait être tiré de l'article 14, alinéa 3, de la loi relative à l'euthanasie. Il ne s'agit pas de considérer à présent que cette disposition peut être invoquée par une personne morale en tant que telle. Mais si l'on veut aller jusqu'au bout de la logique suivant laquelle *aucune personne* n'est tenue de participer à une euthanasie, on peut admettre qu'effectivement, *personne*, au sein de l'institution concernée, ne peut se voir obligé de faciliter, de quelque manière que ce soit, l'euthanasie d'une personne qui y est hébergée. Une personne morale n'agit que par le truchement de personnes physiques, organes ou préposés. Par conséquent, si l'euthanasie devait être disponible dans toutes les institutions de soins, on devrait en conclure qu'en dépit de la proclamation de l'alinéa 3 de l'article 14 (précité), *quelqu'un* pourrait se voir contraint *de facto* de participer *de quelque manière* à une euthanasie.

Il importe toutefois que les patients aient été dûment mis au fait de l'éthique institutionnelle et de ce que celle-ci implique eu égard à la pratique de l'euthanasie.

Récemment, certains médias belges ont relayé l'information suivant laquelle une maison de repos de Diest se serait opposée à ce qu'un médecin externe à l'institution vienne y pratiquer l'euthanasie sur une pensionnaire. Les faits datent du mois d'août 2011. Saisi bien plus tard, le tribunal de première instance de Leuven a rendu son jugement le 29 juin 2016. Malheureusement, ce dernier n'est pas de nature à éclairer la question qui nous occupe : non seulement les parties livrent des versions contradictoires sur le déroulement des faits et sur le motif de l'opposition à l'euthanasie projetée, mais surtout le défendeur n'a manifestement pas plaidé

sur le terrain de la liberté institutionnelle⁵⁷.

C'est ainsi que le tribunal de Louvain « prend acte du fait que les parties sont d'accord que le défendeur (la maison de repos) n'avait pas le droit de refuser l'euthanasie de Madame B. en raison d'une objection de conscience ou parce qu'il refuse par principe qu'une euthanasie soit pratiquée dans son institution ». Remarquons que le tribunal se borne à prendre acte du point de vue partagé par les parties, sans affirmer de façon apodictique que cette position reflète l'état du droit sur la question. N'ayant pas été invité à statuer sur la liberté de l'institution d'élever une objection de principe à la pratique de l'euthanasie en ses murs, il n'a logiquement pas pu prendre attitude sur ce point.

C. Limites : information et transparence

La liberté des institutions de soins doit être compatible avec la liberté du patient, en l'occurrence, celle de demander l'euthanasie. La loi sur les droits du patient⁵⁸ consacre, en son article 7, une obligation d'information et de transparence dans le chef du praticien. Ainsi, le paragraphe premier de la disposition énonce que « [l]e 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 ».

L'article 14, alinéas 4 et 5, de la loi relative à l'euthanasie consacre également une obligation d'information et une obligation d'accompagnement. Il est prévu concrètement que « [s]i 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 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 ».

En ce qui concerne l'établissement de soins, si celui-ci a une politique opposée à l'euthanasie, il devrait, à l'instar du médecin, en informer honnêtement et clairement les futurs patients, au moyen, par exemple, d'une indication sur son site Internet, d'une brochure et/ou d'une information individuelle.

En outre, l'institution devrait s'assurer que son personnel médical et soignant réagisse rapidement et avec attention à une demande d'euthanasie et qu'en cas de refus total de sa part ou d'un de ses médecins, elle fasse diligence pour communiquer le dossier médical du patient, suivant les souhaits exprimés, au médecin désigné par lui. En d'autres termes, les politiques éthiques des institutions de soins doivent traduire un juste équilibre entre, d'une part, les droits du patient, parmi lesquels son droit de *demande* l'euthanasie et, d'autre part, le droit des institutions de développer des politiques éthiques propres vis-à-vis de l'euthanasie, conformément à leurs convictions philosophiques ou religieuses⁵⁹.

Il est à noter qu'une proposition de loi récemment déposée au Parlement entend amender le texte légal sur les deux points qui viennent d'être évoqués⁶⁰. Les deux modifications proposées viennent tempérer fortement la proclamation de l'alinéa 1^{er} de l'article 14 de la loi sur l'euthanasie. Pour rappel, cet alinéa est libellé comme suit : « La demande et la déclaration anticipée de volonté (...) n'ont pas de valeur contraignante ». Or, suivant le nouveau texte proposé, le médecin serait contraint d'informer le patient de son refus de pratiquer l'euthanasie « dans les sept jours de la formulation de la demande ». Cette proposition est malheureuse. Elle s'accorde mal avec la lettre et l'esprit de la loi, et ne fait pas justice à la complexité des réalités sur le terrain. D'une part, le refus d'accéder à une demande d'euthanasie peut ne pas résulter d'une objection de principe, mais du fait – plutôt rassurant – que quelques jours ne suffisent pas pour que le médecin et le patient arrivent ensemble « à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation » (art. 3, § 2, 1°). Les militants de l'euthanasie se félicitaient que la loi ait permis de libérer la parole, mais ici, se fait jour la velléité de couper court à toute possibilité de réel dialogue entre le médecin et le patient, afin que la demande de ce dernier soit honorée au plus vite⁶¹. D'autre

part, il arrive de plus en plus souvent aujourd'hui qu'un patient, sitôt informé d'un diagnostic inquiétant, formule une vague demande d'euthanasie. On comprend que le médecin commence par le rassurer, en lui indiquant que sa maladie en est aux tout premiers stades, que l'évolution de celle-ci peut être freinée ou qu'elle est curable... et en évoquant les possibilités thérapeutiques envisageables. Avec le nouveau texte proposé, tout se passe comme s'il fallait se hâter de répondre positivement à la demande d'euthanasie. La perplexité du médecin face à une demande d'euthanasie ne pourrait pas durer plus de sept jours. La même proposition de loi entend, par un autre biais, « assortir la demande d'euthanasie d'un effet obligatoire supplémentaire » et ainsi « donner plus de corps au droit de demander la mort établi avec prudence en 2002 »⁶². La proposition prévoit qu'en cas de refus de pratiquer une euthanasie, le médecin serait désormais tenu « de transmettre, dans les quatre jours de la formulation du refus, le dossier médical du patient à un autre médecin qui accédera à sa demande d'euthanasie ». Cette obligation est d'une extrême violence à l'égard du médecin objecteur. Comme l'avait bien compris le législateur en 2002, il est évidemment délicat d'obliger le médecin réfractaire à l'euthanasie, pour des motifs de conscience, à renvoyer son patient vers un confrère qui accédera sans sourciller à la demande d'euthanasie. Cela revient à contraindre le médecin objecteur à coopérer indirectement à un acte qui répugne à sa conscience. Il est contraint à une forme d'hypocrisie : « je ne le fais pas moi-même, mais je vous dirige vers un confrère qui répondra à votre demande ». Autant dire que son objection de conscience, ancrée dans la loi, ne semble plus prise vraiment au sérieux. C'est à l'État qu'il appartient d'assurer par d'autres moyens efficaces l'information des intéressés, sans grever la conscience des professionnels de la santé.

Si cette double proposition était adoptée, elle porterait, quoi qu'on en dise, un coup mortel à la clause de conscience inscrite dans la loi. Les libertés n'en sortiraient pas grandies.

Avec le nouveau texte proposé, tout se passe comme s'il fallait se hâter de répondre positivement à la demande d'euthanasie.

III. LA LIBERTÉ INSTITUTIONNELLE EN DROIT INTERNATIONAL DES DROITS DE L'HOMME

L'analyse a été conduite jusqu'ici en droit interne. Pour autant, le législateur ne peut-il faire usage de son pouvoir souverain pour modifier les dispositions légales qui feraient obstacle à l'adoption de politiques institutionnelles réfractaires à la pratique de l'euthanasie ? Les cours et tribunaux de Belgique peuvent-ils pareillement interpréter le cadre légal en manière telle que toutes les institutions de soins du pays se voient contraintes de faire droit à l'euthanasie en leurs murs ?

Ces questions nous amènent à examiner l'incidence des éventuelles dispositions de rang supérieur, découlant d'instruments internationaux ratifiés par la Belgique.

A. La notion d'« entreprise identitaire »

La notion d'« entreprise identitaire » (*Tendenzbetrieb*) existe de longue date dans la législation allemande⁶³ et a logiquement fait l'objet de nombreux travaux outre-Rhin. Par contre, elle a peu retenu l'attention de la doctrine française et belge⁶⁴.

L'intérêt pour la notion s'est naturellement accru depuis qu'elle a été consacrée par une directive du Conseil de l'Union européenne du 27 novembre 2000⁶⁵. Cette directive a pour objet d'établir un cadre général pour lutter contre les discriminations, directes et indirectes, fondées sur la religion ou les convictions, le handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle, en ce qui concerne l'emploi et le travail. Tout en soulignant ce principe de l'égalité de traitement, la directive aménage un statut particulier pour les entreprises dites de tendance ou identitaires. Il fait droit à la différence de traitement fondée sur la religion ou les convictions lorsque, en raison soit de la *nature* de l'activité professionnelle, soit des *conditions d'exercice* de celle-ci, les caractéristiques visées constituent une exigence professionnelle essentielle et déterminante, pour autant que l'objectif soit légitime et que l'exigence soit proportionnelle (cf. art. 4, § 1^{er}). En son article 4, § 2, alinéa 2, la directive dispose plus précisément qu'elle « est [...] sans préjudice du droit des églises

et des autres organisations publiques ou privées dont l'éthique est fondée sur la religion ou les convictions, agissant en conformité avec les dispositions constitutionnelles et législatives nationales, de requérir des personnes travaillant pour elles une attitude de bonne foi et de loyauté envers l'éthique de l'organisation ».

Le législateur belge a intégré cette disposition telle quelle en droit interne, à l'article 13, alinéa 3, de la loi du 10 mai 2007 visant à lutter contre certaines formes de discriminations (dite « loi anti-discrimination »)⁶⁶. Cette disposition est une exception au principe de non-discrimination. Elle doit dès lors être entendue strictement et dans les limites précises du texte de l'article 13 lui-même⁶⁷. En l'espèce, il semble raisonnable d'estimer que les conditions du texte sont réunies. *Primo*, le respect inconditionnel de la vie humaine peut être regardé comme un objectif légitime. *Secundo*, requérir du médecin de ne pas mettre fin intentionnellement à la vie d'un patient, fût-ce à sa demande, répond à l'exigence de proportionnalité. *Tertio*, l'acte concerné relève effectivement de la condition d'exercice de l'activité professionnelle du médecin. Enfin, les caractéristiques visées constituent une exigence professionnelle essentielle et déterminante, particulièrement, mais pas exclusivement, en ce qui concerne les médecins qui travaillent en soins palliatifs, gériatrie, oncologie, maison de repos...

Deux sortes d'organisation peuvent se prévaloir du statut d'entreprise identitaire : d'une part, celles qui ont pour objectif direct et essentiel de promouvoir une religion ou une conviction (« églises », communautés religieuses, etc.), d'autre part, celles qui se fondent simplement sur une éthique spécifique dans la conduite de leurs activités⁶⁸.



Les institutions de soins placées sous la responsabilité morale d'une communauté religieuse ou, en tout cas, « à vocation idéale » pourraient être rangées parmi les entreprises identitaires et, à ce titre, requérir de leurs employés une attitude de bonne foi et de loyauté conforme à leur éthique. Ainsi, les institutions concernées doivent pouvoir requérir de leurs médecins, par contrat ou moyennant leur adhésion explicite à une « charte des valeurs », une attitude de bonne foi et de loyauté. Dans la mesure où le respect inconditionnel de la vie humaine est au cœur de l'éthique institutionnelle, pareille attitude consisterait en l'occurrence à refuser d'accéder aux éventuelles demandes d'euthanasie des patients.

Sans liberté de conscience, garantie tant à titre individuel qu'en sa dimension institutionnelle, la liberté n'existe pas.

La liberté de pensée, de conscience et de religion fait partie du noyau dur des droits de l'homme et l'on ne saurait négliger la dimension institutionnelle de cette triple liberté. Il serait incohérent, en régime de libertés, d'empêcher les individus de se regrouper sur le fondement d'une éthique ou de convictions partagées. Autrement dit, une protection des groupes convictionnels et des structures ou entités en lesquelles ils s'organisent (il s'agit souvent d'institutions de soins ou d'éducation) doit être également garantie⁶⁹. Encore faut-il leur donner les moyens de réaliser leurs activités dans le respect des lois et de maintenir leur cohérence en exigeant de leurs membres mais également de leurs salariés une adhésion effective à leurs idéaux⁷⁰. C'est seulement à cette condition que peuvent être crédibles, non seulement les « églises », les partis politiques, les syndicats et les associations à vocation idéale, mais aussi les institutions éducatives ou de soins inspirées par une éthique particulière...⁷¹

Sans la reconnaissance des « organisations identitaires », également appelées « entreprises de tendance », on reste loin de tirer toutes les conséquences du droit fondamental à la liberté de pensée, de conscience et de religion⁷². Et sans liberté de conscience, garantie tant à titre individuel qu'en sa dimension institutionnelle, la liberté n'existe pas.

B. La dimension institutionnelle du droit à la liberté de conscience

Il convient d'insister : la protection de la liberté de conscience individuelle demeure déficitaire – sinon très théorique – si elle ne s'accompagne d'une protection des groupes convictionnels et des organisations identitaires (institutions éducatives ou de soins...) au sein desquelles les individus trouvent soutien et appui⁷³. La reconnaissance d'une relative autonomie éthique des groupes et institutions identitaires se déduit de la combinaison du droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion (art. 9 de la Convention européenne des droits de l'homme), d'une part, et du droit à la liberté d'association (art. 11 de la Convention), d'autre part. Loin de menacer la conscience des individus, le respect de l'identité de tels groupes et institutions répond à une exigence formulée par des individus qui en appellent au respect de leur propre conscience, qui est en phase avec le projet institutionnel⁷⁴.

La dimension institutionnelle de la liberté de pensée, de conscience et de religion fait désormais l'objet d'une attention grandissante à l'échelle internationale et européenne. Le jalon le plus décisif résulte de la directive 2000/78/CE précitée, particulièrement en son article 4.

Plus récemment, la Résolution 1763 adoptée par l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a reconnu pour la première fois le droit à « l'objection de conscience institutionnelle » pour les hôpitaux. Aux termes de l'article 1^{er}, « Nul hôpital, établissement ou personne ne peut faire l'objet de pressions, être tenu responsable ou subir des discriminations d'aucune sorte pour son refus de réaliser, d'accueillir ou d'assister un avortement, une fausse couche provoquée ou une euthanasie (...) ».⁷⁵ Certes, il s'agit de *soft law*, *a priori* dépourvu de force contraignante, mais l'on sait qu'il arrive à la Cour européenne des droits de l'homme de s'en inspirer, pour les besoins de l'interprétation de la Convention, ce qui lui confère une force contraignante indirecte⁷⁶.

On peut encore mentionner les *Lignes directrices de l'Organisation pour la Sécurité et la Coopération en Europe* (O.S.C.E.). Elles recommandent que les États prennent en considération l'« objection de conscience » des individus et des groupes, en illustrant le propos de nombreux exemples⁷⁷. Enfin, une obligation de loyauté accrue est également reconnue par la Convention n° 111 de l'Organisation internationale du travail (O.I.T.) concernant la discrimination en matière d'emploi et de profession.

Depuis une quinzaine d'années, la Cour européenne des droits de l'homme prend également en considération la dimension institutionnelle du droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion, et reconnaît ce droit aux communautés religieuses⁷⁸. Selon la Cour de Strasbourg, l'autonomie de telles communautés, indispensable au pluralisme dans une société démocratique, se trouve au cœur même de la protection offerte par l'article 9 de la Convention⁷⁹. Elle précise que « l'appartenance à une communauté religieuse entraîne inévitablement pour le salarié un devoir particulier de loyauté ayant pour effet de limiter les droits qu'il tient de la Convention » et que « de telles limitations contractuelles sont autorisées par la Convention dès lors qu'elles ont été librement acceptées par le salarié »⁸⁰.



Au-delà des communautés religieuses *stricto sensu*, la Cour reconnaît les droits garantis par l'article 9 de la Convention à des institutions œuvrant dans le secteur éducatif ou de la santé. La voie a été ouverte par la décision *Rommelfanger c. Allemagne* de l'ancienne Commission des droits de l'homme⁸¹. Une clinique privée d'inspiration catholique avait licencié un médecin ayant publiquement pris parti en faveur de l'avortement. La crédibilité d'une telle clinique justifie un devoir particulier de loyauté dans

le chef de ses employés. En acceptant un tel devoir dans leur contrat de travail, ceux-ci limitent leur liberté d'expression (sans être complètement privés de la garantie de l'article 10 de la Convention).

En 2007, dans son arrêt *Abaz Dautaj c. Suisse*, la Cour donna raison à un centre de conférences évangélique, estimant que, par la signature de son contrat, le requérant avait accepté de travailler pour une organisation dotée d'une orientation spécifique, en dépit de ses convictions personnelles, ce qui permettait de supposer qu'il était prêt à assumer certaines obligations ou à adapter son comportement aux spécificités du lieu de travail⁸². En l'espèce, l'intéressé, agnostique, engagé comme portier du centre de conférences, avait abandonné son poste dès le premier jour, alléguant qu'il ne pouvait supporter l'ambiance, selon lui, « fanatiquement religieuse, raciste et xénophobe », du centre.

Dans le domaine éducatif, deux affaires permettent d'illustrer le soutien accordé par la Cour au droit des institutions convictionnelles de défendre leur identité doctrinale et disciplinaire, jugée essentielle à leurs yeux. Les arrêts *Lombardi Vallauri c. Italie*⁸³ et *Martínez Fernández c. Espagne*⁸⁴ concernent tous deux le licenciement d'un professeur qui n'était plus en phase avec l'orientation catholique de l'établissement qui les employait (universitaire dans le premier cas et secondaire dans le second). Dans le cas italien, la déclaration de violation de la Convention ne remet pas en question le principe de l'autonomie institutionnelle car elle découle d'un manque de vérification des conditions d'un procès équitable en Italie.

Enfin, l'arrêt *Siebenhaar c. Allemagne*, précité, reconnaît à une garderie d'enfants, liée à une paroisse protestante, le droit de licencier une éducatrice au motif qu'elle proposait des cours d'initiation pour le compte d'une confession concurrente, ce qui témoignait d'un manque de loyauté (absence de violation de l'article 8 de la Convention).

En définitive, « la nature particulière des exigences particulières imposées [aux personnes concernées] résulte du fait qu'elles ont été établies par un employeur dont l'éthique est fondée sur une religion ou des convictions (cf. directive 2000/78/CE) »⁸⁵.

Il a été soutenu que le rôle social des hôpitaux modernes, y compris des institutions confessionnelles, empêche de les considérer comme des organisations strictement religieuses dotées d'une liberté de religion autonome : étant donné que le fonctionnement de la plupart des hôpitaux européens est régi par les lois nationales et qu'ils sont souvent en grande partie financés par des fonds publics, ils devraient être considérés comme des organisations séculières et non comme des communautés purement religieuses⁸⁶. Il en irait de même pour les maisons de retraite et des maisons de repos et de soins imprégnées d'une éthique confessionnelle spécifique.

S'il est vrai que les institutions de soins confessionnelles ne peuvent être reconnues comme des communautés religieuses au sens strict, elles peu-

vent néanmoins être considérées comme des entreprises identitaires – ou « de tendance » – et, à ce titre, requérir de leurs employés une attitude de loyauté spécifique conforme à leur éthique. Suivant la jurisprudence évoquée de la Cour européenne des droits de l'homme, les institutions de soins peuvent s'appuyer sur la liberté d'association⁸⁷, combinée avec la liberté de pensée, de conscience et de religion⁸⁸, pour établir leur propre structure organisationnelle, pour diriger leur administration de façon autonome et édicter des règles internes spécifiques afin de mettre leur charte éthique en pratique⁸⁹. La mise en œuvre par les institutions de soins de telles « politiques éthiques » afin de réaliser leur objectif social est protégée au titre des libertés fondamentales susvisées.

RÉFLEXIONS FINALES

Comme l'affirme à juste titre le sénateur socialiste Ph. Mahoux, « il faut revenir à un choix de société dans lequel la valeur d'espace de libertés doit nous guider en premier »⁹⁰. En soutenant la liberté – dans la transparence – des institutions de soins eu égard à la pratique de l'euthanasie, nous plaçons effectivement pour la reconnaissance d'*espaces de libertés*⁹¹.

Force est néanmoins de constater que, suivant l'opinion dominante, seule est pensée et protégée la liberté individuelle. Or, la clause de conscience reconnue aux personnes physiques ne suffit pas à garantir la liberté de pensée, de conscience et de religion. L'affirmation de cette triple liberté et des valeurs de « pluralisme, tolérance et esprit d'ouverture »⁹² demeurerait purement rhétorique si les individus ne pouvaient trouver appui auprès de structures (éducatives, culturelles, de santé...) qui incarnent leurs convictions. Dans le même ordre d'idées, si la liberté est prise au sérieux, il est logique (et souhaitable) que des institutions de soins (maison de repos, centre de soins palliatifs...) puissent être érigées et gérées conformément aux convictions éthiques de leurs responsables. Si ces derniers, à bon droit, ne sont pas acquis à l'euthanasie, ne comprend-on pas qu'ils soient éminemment affec-

tés par la pratique d'une euthanasie au sein de leur propre institution ? Ne voit-on pas qu'au-delà du droit de refus individuel, ils sont directement concernés, y compris si l'acte d'euthanasie est réalisé par un médecin extérieur, ne fût-ce qu'en considération du potentiel effet d'entraînement sur les autres patients ou pensionnaires ? Rappelons que l'autonomie des établissements de soins de santé avait été unanimement reconnue au cours des travaux préparatoires de la loi relative à l'euthanasie.

La majorité démocratique a adopté une loi sur l'euthanasie. C'est un fait, que cela plaise ou non. Il en résulte que les citoyens ont le droit de formuler une demande d'euthanasie, laquelle doit pouvoir être, sinon honorée, en tout cas entendue et traitée loyalement par le corps médical.

Dans une société réellement libre et pluraliste, le respect de ce droit devrait être compatible avec la liberté des (rares) institutions de soins qui – en toute transparence, redisons-le – sont réfractaires à l'euthanasie. La reconnaissance de ces espaces de libertés s'enracine dans la combinaison de la liberté de pensée, de conscience et de religion, d'une part, et de la liberté d'association, d'autre part. Elle trouve appui dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

Le souhait autoritaire que l'euthanasie soit administrée partout, sans égard pour la liberté des institutions, procède de l'incapacité de tirer toutes les conséquences de la liberté. N'y a-t-il pas quelque contradiction à revendiquer d'un côté une autonomie morale complète, le législateur étant tenu de s'abstenir d'intervenir sur ce terrain, et à exiger de l'autre que, dans l'exercice des activités publiques et professionnelles, chacun mette entre parenthèses ses propres convictions pour satisfaire les requêtes individuelles reconnues et érigées en droit subjectif par la loi de la majorité ?

À terme, l'autonomie individuelle est menacée si ne se trouve pas également protégée, dans une juste mesure, l'autonomie institutionnelle. L'être humain, qui n'est pas une monade, a besoin d'espaces collectifs de liberté, si l'on veut que cette der-

nière soit effective et réelle. Le principe de subsidiarité – corollaire des principes de liberté et de participation – favorise l'initiative et prémunit contre l'hégémonie législative. Il convient de promouvoir non seulement l'autonomie des individus, mais aussi celle des groupements sous la forme d'associations et institutions diverses (éducatives, de soins...), et ce, sans discrimination entre groupements identitaires⁹³. Dans une société qui, avec raison, fait grand cas des valeurs de liberté et d'autonomie, de tolérance et de pluralisme..., on comprend mal la menace, régulièrement agitée, de priver les institutions réticentes face à l'euthanasie de tout financement public. Au nom de quels principes les deniers publics – c'est-à-dire l'argent des contribuables – devraient-ils être uniquement destinés à ceux qui, à titre individuel ou institutionnel, adhèrent sans réserve à la pensée majoritaire ?

Dossier réalisé par Etienne MONTERO

-
1. Voir, par ex., E. Mercenier, « Euthanasie : dépasser les 'frontières convictionnelles' », *Le Soir*, 16 janvier 2016 et *Bulletin de l'ADMD*, n° 139, 2016, p. 10 ; Ph. Mahoux, « Loi sur l'euthanasie : un débat à poursuivre », *Le Soir*, 11 décembre 2014 ; « La loi doit être appliquée partout », entretien avec le Sénateur Ph. Mahoux, *Le Soir*, 25 février 2014 ; les intertitres et déclarations recueillies, *Le Soir*, 17 novembre 2012, pp. 1 et 8.
 2. M.B., 22 juin 2002
 3. Proposition de loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en vue d'assurer la clause de conscience, déposée par L. Onkelinx et consorts, le 23 février 2016, *Doc. parl., Ch. repr., 3e session de la 54e législature, 2015-2016*, doc. n°54-1676/001.
 4. *Ibid.*, « Développements », p. 3.
 5. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.
 6. Entre autres exemples, voir Proposition de loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie déposée par J. Leduc et P. Wille, *Doc. parl., Sénat, sess. ord. 2003-2004*, n° 3-804/1, le site officiel www.belgium.be/fr/sante/rubriques/soins_de_sante/fin_de_vie/euthanasie ou le site web de l'A.D.M.D.
 7. Cf. Proposition de loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, déposée par Ph. Mahoux, *Doc. parl., Sénat, 2012-13*, n° 5-1919/1, p.7.
 8. Association belge des praticiens de l'art infirmier, « Faut-il élargir la loi sur l'euthanasie aux mineurs en Belgique ? », 2009, p. 3, http://www.infirmieres.be/sites/default/files/contentsite/pdf/euthanasie_avis_com_ethique_acn.pdf
 9. Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, p. 13 et p. 18.
 10. Parmi d'autres, F. Delpérée, « La mort douce », *La Revue Générale*, 2/2013, pp. 9-15, spéc. p. 10 ; F. Judo, « La législation sur l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique : un train peut en cache un autre », *Laennec*, 2/2013, pp. 69-79, spéc. pp. 75-76 ; E. Montero, *Rendez-vous avec la mort. Dix ans d'euthanasie légale en Belgique*, Anthemis, 2013, spéc. p. 91 et s. ; E. Delbeke, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, Antwerpen, Intersentia, 2012, pp. 207-208, n° 381 ; G. Schamps et M. Van Overstraeten, « La loi belge relative à l'euthanasie et ses développements », in *Liber amicorum Henri-D. Bosly*, La Charte, 2009, pp. 337-355, spéc. pp. 352-353 ; F. Keuleneer, « Euthanasie is geen fundamenteel recht », *De Standaard*, 21 mai 2003.
 11. Rapport fait au nom de la Commission de la Justice, par Th. Giet, A. Van De Castele, A. Barzin et J. Schauvliège, *Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2001-2002*, n° 50-1488/009, p. 34.
 12. *Ibid.*, p. 176. Cf. encore *ibid.*, p. 153, p. 337, p. 347, etc.

13. G. Schamps et M. Van Overstraeten, *op. cit.*, p. 353.
14. Ce genre de "clause de conscience" se retrouve dans toute législation chargée d'un fort poids éthique. Voy. G. Genicot, « Tour d'horizon de quelques acquis et enjeux actuels », in G. Genicot (sous la dir.), *Nouveaux dialogues en droit médical*, Liège, Anthemis, 2012, pp. 49-60. , n° 39.
15. À ce sujet, E. Delbeke, *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, *op. cit.*, 2012, pp. 168-171.
16. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, p. 14
17. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, p. 18.
18. Voy. Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Th. Giet, A. Van De Casteele, A. Barzin et J. Schauvliege, *Doc. parl., Ch. repr.*, 2001-02, n° 50-1488/009, p. 337.
19. Voy., e.a., Proposition de loi du 14 décembre 2005 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc. parl., Sénat*, 2005-20006, doc. n° 3-1485/1 ; Proposition de loi du 10 avril 2008 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc. parl., Ch. repr.*, 2007-20008, doc. n° 1050/1 ; Proposition de loi du 28 octobre 2010 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Doc. parl., Ch. repr.*, 2010-2011, doc n° 0498/1.
20. E. De Keyser, « Euthanasie. Een medische handeling? », *NjW*, n°45, 22 octobre 2003, p. 1073; *Id.*, « Respect voor het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt: gevolgen voor de wet betreffende euthanasie », *Rev. Dr. Santé*, 2005-2006, pp. 390-391; A. Dierickx, *Toestemming en strafrecht*, Antwerpen, Intersentia, 2006, p. 479.
21. On peine à trouver une définition de l'acte médical dans les ouvrages de droit médical consultés. Suivant le conseil de l'Union européenne des spécialistes médicaux (UEMS), « l'acte médical comprend toutes les actions professionnelles et les démarches scientifiques, d'enseignement, de formation et de pédagogie, cliniques et médico-techniques, accomplies afin de promouvoir la santé, prévenir les maladies, fournir un diagnostic ou un soin thérapeutique aux patients, individus, groupes ou communautés ». Cette large définition est acceptée par les partenaires européens. L'acte médical est encore défini comme « l'ensemble des activités humaines, techniques et scientifiques exercées par une personne qui réunit les conditions d'exercice de la médecine et ayant pour but la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies et des infirmités qui atteignent les êtres humains » (B. Glorion et L. Israël, « Médecine - Relation malade-médecin », in *Universalis éducation*, <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/medecine-relation-malade-medecin/> (consulté le 1er septembre 2016). En tout état de cause, pour être justifié, l'acte médical doit remplir un but thérapeutique, conçu plus ou moins largement selon les auteurs. Parmi d'autres, G. Genicot, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 93.
22. Cf. E. De Keyser, « Euthanasie. Een medische handeling? », *NjW*, n°45, 2003, pp. 1067-1073; T. Vansweevelt, « De euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid? », *Rev. Dr. Santé*, 2003, pp. 269-272, nos 169-174. Pour un examen des principaux arguments du débat, voy. S. Tack, « Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts », *Rev. Dr. Santé*, 2012-2013, pp. 7-22, spéc. pp. 9-10, nos 7-15.
23. H. Nys, « Euthanasie is geen medische handeling », *Acta Hospitalia*, 1999, n° 4, pp. 71-72; H. Nys, « Euthanasie en therapeutische vrijheid », *Acta Hospitalia*, 2002, n° 2, pp. 58-60; T. Goffin, *De professionele autonomie van de arts. De rechtspositie van de arts in de patiëntrelatie*, Bruges, La Charte/Die Keure, 2011, pp. 30-31 et pp. 34-35.
24. Sur ce second exemple, *Id.*, « Euthanasie en therapeutische vrijheid », p. 58.
25. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 (Actes officiels de l'OMS, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948, disponible sur : <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.
26. Voy. E. De Keyser, « Euthanasie. Een medische handeling? », *NjW*, n°45, 22 oktober 2003, p. 1070.
27. E. Montero, *Rendez-vous avec la mort. Dix ans d'euthanasie en Belgique*, Limal, Antemis, 2013, p. 94-95.
28. Cf. E. De Keyser, « Euthanasie. Een medische handeling? », *op. cit.*, p. 1071, n° 21; T. Vansweevelt, « De euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid? », *Rev. Dr. Santé*, 2003, p. 270, n° 170.
29. E. De Keyser, *ibid.*
30. Cf. la définition des soins palliatifs donnée par l'OMS (2002), www.who.int/cancer/palliative/fr. Adde: S. Hall et al. (ed.), *Palliative care for older people: better practices*, WHO (regional office for Europe), 2011, p. 6 et s.
31. Cf. « White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 – Recommendations from European Association for Palliative Care », *European Journal of Palliative Care*, 2009, 16 (6): 278-289, spéc. 284, et part 2, même revue, 2010, 17 (1): 22-33.
32. Loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs, art. 2 (récemment modifié par une loi du 21 juillet 2016, M.B., 29 août 2016). Souligné par nous.
33. Cf., par ex., J. Pereira, D. Anwar et al., « Assisted suicide and euthanasia should not be practiced in palliative care units », *Journal of Palliative Medicine*, 2008, 11 (8): 357-372.
34. Comité consultatif de bioéthique, Avis n° 59, précité, p. 25.
35. *Ibid.*, p. 25. Les italiques sont dans le texte.
36. Article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, M.B., 7 novembre 2008.
37. Cf. H. Nys, « Euthanasie en therapeutische vrijheid », *Acta Hospitalia*, 2002, n° 2, pp. 58-60.
38. Loi coordonnée sur les hôpitaux, art. 66, 1°.
39. *Ibid.*, art. 69.
40. Cf. Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Th. Giet, A. Van De Casteele, A. Barzin et J. Schauvliege, *Doc. parl., Ch. repr.*, 2001-2002, n° 50-1488/009, p. 177.
41. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, p. 38.
42. S. Tack, « Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts », *Rev. Dr. Santé*, 2012-2013, p. 20, n° 53.
43. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, p. 38.

44. Pour un aperçu du contenu de ces « chartes éthiques », voy., entre autres, J. Lemiengre, B. Dierickx de Casterlé, G. Verbeke, C. Guisson, P. Schotsmans, C. Gastmans, « Ethics policies on euthanasia in hospitals – A survey in Flanders (Belgium) », *Health Policy*, 2007, 84 (2-3): 170-180 ; J. Lemiengre, B. Dierickx de Casterlé, Y. Denier, P. Schotsmans et C. Gastmans, « How do hospitals deal with euthanasia requests in Flanders (Belgium) ? A content analysis of policy documents », *Patient Education and Counseling* (2008) 71: 293-301 ; Id., « Content analysis of euthanasia policies of nursing homes in Flanders (Belgium) », *Med Health Care and Philos* (2009) 12: 313-322 ; J. Lemiengre, B. Dierckx de Casterlé, G. Verbeke, K. Van Craen, P. Schotsmans, C. Gastmans, « Ethics policies on euthanasia in nursing homes: A survey in Flanders, Belgium », *Social Sciences & Medicine*, 2008, afl. 66 (2), pp. 376-386. Adde : J. Lemiengre, C. Gastmans, P. Schotsmans et B. Dierckx de Casterlé, « « Impact of Written Ethics Policy on Euthanasia From the Perspective of Physicians and Nurses : A Multiple Case Study in Hospitals », *AJOB Primary Research* (2010) 1 (2): 49-60.
45. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, pp. 36-37.
46. S. Tack, « Can hospitals prohibit euthanasia? An analysis from a european human rights perspective », *Med. & Law*, 2011, n° 30, p. 298. Voy. également : <http://www.caritas.be/fr/home/a-propos-caritas>.
47. Voy. <http://www.maisons-de-repos.be/new/index.php>.
48. Cf. les études précitées et les chiffres fournis par celles-ci.
49. Cf., en particulier, C. Gastmans, F. Van Neste, P. Schotsmans, « Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline », *J Med Ethics*, 2004, 30: 212-217.
50. Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Th. Giet, A. Van De Castele, A. Barzin et J. Schauvliege, Doc. parl., Chambre, 2001-02, n° 50-1488/009, p. 178. Mots en italiques dans le texte.
51. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, p.35.
52. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, p. 33.
53. Amendements n° 643 et n° 644, Doc. parl., Sénat, 2000-2001, 2-255/19.
54. Rapport Laloy et Van Riet, Doc. parl., Sénat, 2000-2001, 2-244/22, p. 1318.
55. S. Tack, « Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts », *Rev. dr. santé*, 2012-2013, p. 19.
56. S. Tack, « Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts », *Rev. dr. santé*, 2012-2013, pp8-9.
57. Civ. Louvain (5e ch.), 29 juin 2016, N° 14/1245/A. Les versions des parties diffèrent quant à ce qui aurait été convenu lors de la visite du médecin chargé de donner un second avis sur la demande d'euthanasie. Par ailleurs, le défendeur (la maison de repos et de soins) prétend qu'il n'avait pas d'opposition de principe à ce que l'euthanasie soit pratiquée au sein de son institution, mais que, selon lui, toutes les conditions légales n'étaient pas réunies. Selon le tribunal, un courrier adressé par le médecin de la maison de repos au « second médecin » le 10 août 2011, soit la veille du jour où l'euthanasie était programmée, peut pourtant être interprété comme signifiant un refus de principe. Il s'en suit, pratiquement, que l'euthanasie n'a pas pu avoir lieu le jour prévu, de sorte que la patiente a dû quitter deux jours plus tard la maison de repos et de soins pour être euthanasiée à domicile. Le tribunal estime qu'en conséquence, elle a subi un dommage moral, évalué à 3000 euros, et condamne le défendeur à allouer 1000 euros à chacun des demandeurs (pour leur dommage personnel) et 3000 euros aux demandeurs, en leur qualité d'héritiers légaux de l'intéressée.
58. M.B., 22 août 2002.
59. S. Tack, « Can hospitals prohibit euthanasia? An analysis from a european human rights perspective », *Med. & Law*, 2011, n°30, pp. 303-304.
60. Proposition de loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et fixant un délai, dans le chef du médecin, pour répondre à une demande d'euthanasie du patient, d'une part, et pour transmettre le dossier médical à un collègue s'il refuse d'accéder à cette demande, d'autre part, déposée par L. Onckelinx et consorts, 23 février 2016, Doc. parl., Ch. repr., 3e session de la 54e législature, 2015-2016, doc 54-1677/001.
61. Il y a des précédents en ce sens. Cf., par ex., l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 septembre 2012 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'intervenants de proximité, en ce qui concerne les services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires et les centres de soins de jour – Annexe IX - Centres de soins de jour, M.B., 14 novembre 2012, p. 68342.
62. G. Schamps et M. Van Overstraeten, « La loi belge relative à l'euthanasie et ses développements », op. cit., p. 353 (s'exprimant à propos d'anciennes propositions de loi similaires à celle commentée au texte).
63. Article 81 de la loi du 11 octobre 1952.
64. Voy., par ex., P. Waquet, « Loyauté du salarié dans les entreprises de tendance », G.P., 1996/2, doctr. p. 1427, Ph. Ardant, note sous Cass. fr. (ass. plén.), 19 mai 1978, D., 1978, p. 546 ; A. Sériaux, note sous Cass. (ch. soc.), 17 avril 1991, J.C.P., 1991, II, 21724.
65. Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail, J.O.C.E., 2 décembre 2000, L 303/16. En doctrine, voy. J.-P. Marguénaud et J. Mouly, « Les droits de l'homme salarié de l'entreprise identitaire », *Recueil Dalloz*, 23 juin 2011, n° 24, pp. 1637-1642 ; Y. Stocx, *Discriminatie en identiteit. Identiteitsgebonden werkgevers in het Belgisch en Europees arbeidsrecht*, Gand, Larcier, 2010.
66. M.B., 30 mai 2007.
67. Voy. l'article du Centre pour l'égalité des chances sur l'entreprise de tendance : <http://signes.diversite.be/index-action=onderdeel&onderdeel=22&titel=Entreprises+de+tendance.html>. Voy. également O. De Schutter, « Discriminations et marché du travail. Liberté et égalité dans les rapports d'emploi », *Coll. Travail et Société*, n° 28, Bruxelles, P.I.E.- Peter Lang, 2001, p.71 et s.
68. Ibid.
69. J.-P. Schouppe, « The institutional dimension of the conscientious objection », communication dans le cadre d'une conférence organisée par le European Centre for Law & Justice (ECLJ), au siège des Nations Unies, Genève, 8 mars 2016, p. 2.
70. En ce sens, J. Morange, « La liberté de conscience en droit comparé », in J.-B. d'Onorio, *La conscience et le droit*, Paris, Téqui, 2002, p. 42.
71. Ibid. Pour une application du principe : Cass. fr. (ass. plén.), 19 mai 1978, précité.
72. J. Morange, « La liberté de conscience en droit comparé », op. cit., p. 42.
73. Voy. l'exemple suggestif cité en appui de cette affirmation par J.-P. Schouppe, « The institutional dimension of the conscientious objection », précité, p. 2.
74. Ibid., p. 3.

75. Résolution 1763 adopté par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe le 7 octobre 2010 (35e séance).
76. Cf. F. Tulkens et S. Van Drooghenbroeck, « Le soft law des droits de l'Homme est-il vraiment si soft ? Les développements de la pratique interprétative récente de la Cour européenne des droits de l'Homme » in *Liber amicorum Michel Mahieu*, Bruxelles, Larcier, 2008, pp. 505-526.
77. OSCE, Lignes directrices visant l'examen des lois affectant la religion ou les convictions religieuses, 18-19 juin 2004, CDL-AD (2004) 028, p. 16.
78. Entre autres, Cour eur. D.H., Eglise Métropolitaine de Bessarabie et autres c. Moldavie, 13 décembre 2001, req. n° 45701/99; Cour eur. D.H., Cha'are Shalom Ve Tsedek c. France, 27 juin 2000, req. n° 27417/95. Pour une étude complète et approfondie de la jurisprudence strasbourgeoise, J.-P. Schouppe, *La dimension institutionnelle de la liberté de religion dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, Paris, éd. A. Pedone, 2015.
79. Cour eur. D.H., arrêt Schüth c. Allemagne, 23 septembre 2010, req. n° 1620/03, § 58, arrêt Obst c. Allemagne, 23 septembre 2010, req. n° 425/03, § 44 et arrêt Siebenhaar c. Allemagne, 3 février 2011, req. n° 18136/02, § 41. Pour un commentaire de ces arrêts, voy. J.-P. Marguenaud et J. Mouly, étude précitée, qui voient en ces arrêts, « la consécration éclatante de l'autonomie des entreprises de tendance (...) ».
80. Cf., par ex., arrêt Schüth, précité, § 71.
81. Commission eur. D.H., Rommelfanger c. Allemagne, 6 septembre 1989, req. n° 12242/86.
82. Cour eur. D.H., Abaz Dautaj c. Suisse, 20 septembre 2007, req. n° 32166/05.
83. Cour eur. D.H., 2e section, Lombardi Vallauri c. Italie, 20 octobre 2009, req. n° 39128/05. La Congrégation pour l'éducation catholique avait refusé de donner son agrément pour le renouvellement de la nomination d'un professeur, nommé à l'année, à l'Université du Sacré-Cœur de Milan.
84. Cour eur. D.H., gde ch., Martínez Fernández c. Espagne, 12 juin 2014, req. n° 56030/07. En l'espèce, le requérant avait fait publicité de sa situation de prêtre marié.
85. Cf., entre autres, Cour eur. D.H., arrêts précités Siebenhaar, § 46 ; Schüth, § 40 ; Obst, § 27 ; Lombardi, § 41.
86. S. Tack, "Can hospitals prohibit euthanasia? An analysis from a european human rights perspective", *Med. & Law*, 2011, n°30, p. 300.
87. Art. 11 de la Convention eur. D.H. et, en droit belge, art. 27 de la Constitution.
88. Art. 9 de la Convention.
89. Cf. E. Brems, Y. Haeck, « Artikel 11. Vrijheid van vreedzame vergadering en vrijheid van vereniging » in J. Vande Lanotte, Y. Haeck (eds), *Handboek EVRM, Deel 2 artikelsgewijze Commentaar*, Antwerpen-Oxford, Intersentia, 2004, pp. 21-22.
90. Chambre des Représentants, *Compte-rendu intégral*, 1er décembre 2005.
91. Cette expression est également chère au Centre d'Action Laïque (cf. www.laicite.be).
92. Valeurs qui caractérisent nos sociétés démocratiques, comme le rappelle régulièrement la Cour européenne des droits de l'homme. Voy., entre autres, Cour eur. D.H., 13 août 1981, Young, James et Bebbster c. Royaume-Uni, req. n° 7601/76 et 7806/77, § 63 ; Cour eur. D.H., 29 avril 1999, Chassagnou et autres c. France, requêtes n° 25088/94, 28331/95 et 28443/95, § 7 ; Cour eur. D.H. (gde ch.), 10 novembre 2005, Sahin c. Turquie, req. n° 44774/98, § 108 ; Cour eur. D.H. (gde ch.), 7 juillet 2011, Bayatyan c. Arménie, req. n° 23459/03, § 126.
93. En effet, s'agissant d'un droit humain fondamental, ne joue pas seulement ce critère de majorité, mais aussi celui d'égalité et de non-discrimination.