



BULLETIN TRIMESTRIEL
DECEMBRE 1986 - N° 24

BELGIQUE-BELGIË
P.P.
BRUXELLES X
10/211

ASBL BELGIQUE 30 Fr.

RUE DES PRÊTRES 15
1000 BRUXELLES

TÉLÉPHONE N°
02 / 538 86 62

BANQUE :
210.0391178-29

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE

AVEC L'AIDE DU
MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ
FRANÇAISE DE BELGIQUE

sommaire :

	<u>pp.</u>
- Conseil d'administration) nouvelles de	2
- Renouvellement des cotisations) l'A.D.M.D.	"
- Nouvelles judiciaires (affaire Le Bonniec)	"
- Le billet du Président (Y.K.)	3
- Soutien à la proposition de loi E. Klein Conférence de presse du 1-10-86 (A.M.S.)	4
- Activités publiques du Président	"
- Proposition de loi E. Klein Suite des commentaires (A. Merchie)	5
- Dons d'organes (P. Herman)	8
- " Naissance, vie et mort : quelles libertés ? " Colloque de Namur, nov. 85 (A.M. Staelens)	11
- de l'étranger : R.F.A. (G.P.) Australie (A. Sylvester) ; Espagne (A.M. Frédéric)	14
- Le moment est venu de renouveler la cotisation, recommandations (I. Lebrun).	17

SECRETARIAT
15, rue des Prêtres,
1000 Bruxelles.

PERMANENCE
téléphonique
02/538.86.62

ENTRETIENS
sur
RENDEZ-VOUS

Meilleurs Voeux

Beste Wensen

Frohe Festtage

Season's Greetings

Felices Fiestas

AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Suite à l'Assemblée générale de mai, les mandats des membres du Conseil d'administration ont été confirmés lors de sa réunion du 13 septembre dernier.

Président : Dr Y. Kenis

Vice-Président : Dr D. Razavi

Secrétaire : Mme A.M. Staelens

Trésorier : M. I. Lebrun

Membres : Melle A.M. Frédéric, Mmes M. Moreau et G. Pulinx,
MM. A. Delaby, L. Favyts, P. Herman et A. Merchie.

NOUVELLES JUDICIAIRES

En France, M. Le Bonniec a été condamné à une amende de 10.000 FF (affaire Bonal) pour avoir donné des précisions, par écrit, à un jeune homme qui voulait et s'est suicidé. Cette affaire a été suivie par Me A. Merchie ; ses commentaires paraîtront dans un prochain bulletin.

RENOUVELLEMENT DES COTISATIONS

Nous vous demandons de bien vouloir verser votre cotisation pour 1987, soit 500 frs (minimum 300), au compte n° 210-0391178-29 (bulletin de virement en annexe). D'autres précisions à propos de la cotisation sont fournies à la page 17. Nous vous serions très obligés d'effectuer ce versement sans trop tarder pour éviter des pertes de temps et des dépenses supplémentaires à l'ADMD.

-- Au plus il y a de membres, au mieux il est possible d'agir --

Editeur responsable : Y. KENIS, rue du Champ de Mars, 9 Bte 2.
1050 Bruxelles.

LE BILLET DU PRESIDENT

Il semble que l'on soit arrivé, chez nous, à un large consensus sur le refus de l'acharnement thérapeutique, si l'on donne à cette expression son acception initiale de traitement poursuivi, sans espoir d'amélioration et contre la volonté du mourant, avec comme seul résultat la prolongation d'une agonie jugée insupportable. L'opinion des représentants les plus qualifiés de l'Eglise catholique et celle de l'Ordre des médecins rejoignent, sur ce point, les positions de notre association.

Les avis sont beaucoup moins concordants à propos de l'euthanasie. Beaucoup veulent établir une distinction radicale entre euthanasie passive (laisser mourir) et euthanasie active (hâter la mort), au point d'accuser les défenseurs du droit à une mort digne d'entretenir, d'une manière perverse, une confusion entre les deux notions. Nos adversaires prétendent même que c'est un abus de langage, non dépourvu d'intentions malignes, de parler d'euthanasie (passive) pour qualifier un arrêt ou une omission de traitement qui entraîne la mort. On peut cependant se demander si, au point de vue médical et au point de vue moral, la différence est vraiment décisive. Je reconnais que, dans les faits, injecter une dose mortelle d'un médicament, ce n'est pas la même chose que décider de ne pas entreprendre une réanimation chez un malade cancéreux au stade terminal qui fait un arrêt cardiaque. Et pourtant, l'intention et le résultat de ces deux décisions sont exactement les mêmes. L'omission de traiter dont nous parlons ne concerne évidemment que des cas où le traitement omis ou interrompu aurait eu pour résultat, s'il avait été donné, de prolonger la vie du malade, donc ses souffrances. Dans cette situation, ne pas traiter est non seulement licite, mais moralement et déontologiquement obligatoire. Or, il existe des situations médicales où l'abstention thérapeutique est plus cruelle - parce qu'infiniment plus lente - que l'euthanasie active. De nombreux médecins, dans ces cas, estiment qu'aider le malade à mourir par un acte d'euthanasie active volontaire est moralement supérieur à l'abstention et beaucoup se sont décidés, en conscience, à accomplir ce geste, avec infiniment de tristesse, mais sans remords.

Le mérite de la proposition de loi Klein est de permettre, dans des conditions strictement définies pour éviter les abus, et uniquement pour ceux qui le demandent de façon instante, d'obtenir l'aide d'un médecin, sans exposer celui-ci à des poursuites pour homicide volontaire. Une telle loi, non contraignante, est parfaitement adaptée au caractère pluraliste de notre société et elle permettrait à chacun de vivre, selon ses convictions, jusqu'à l'ultime limite de son existence.

Y. K.

SOUTIEN DE L'ADMD A LA PROPOSITION DE LOI DE E. KLEIN

Conférence de presse du 1er octobre

C'est le 1er octobre que le député E. Klein a présenté à la presse la proposition de loi déposée par lui en février dernier sur le bureau de la Chambre. Le Dr Y. Kenis était à ses côtés pour répondre aux questions des journalistes puisque l'ADMD soutient cette proposition. M. L. Favvyts, président de RWS, était aussi présent.

M. R. Henrion, ministre d'Etat, Mme Lise Thiry, sénateur, nous ont fait la faveur de participer à cette séance, ainsi que M. E. D'Hose, auteur de la précédente proposition de loi sur ce sujet, et M. B. Deprez, membre du cabinet du vice-premier ministre Jean Gol.

Le docteur Kenis a mis l'accent sur l'incertitude qui résulte de l'abandon à la seule conscience du médecin, de la lourde responsabilité morale qu'implique la décision de prolonger ou non la vie d'un patient ; cela n'est, dit-il, ni très prudent ni très juste : en effet, dans l'état actuel de la législation, il n'y a pas de place reconnue à l'expression de la volonté du malade et le médecin lui-même ne bénéficie d'aucune protection juridique, s'il croit légitime d'abrèger les souffrances d'un malade incurable qui le lui demande ; bien au contraire, il est condamnable comme criminel.

Le député Klein insiste sur le fait que sa proposition de loi n'est pas contraignante, puisque rien ni personne ne peut obliger quiconque à y avoir recours et ajoute qu'elle n'est nullement orientée idéologiquement, ce qui est évident pour tout le monde.

Une vingtaine de journaux se sont faits l'écho de cette conférence de presse dans les jours qui ont suivi. Malheureusement, l'affaire Happart mobilisa un grand nombre de journalistes et d'hommes politiques dont certains, sans cela, se seraient peut-être retrouvés avec nous dans la salle de conférence de la Chambre.

A.M. S.

ACTIVITES PUBLIQUES DU PRESIDENT (fin 1986-début 1987).

- En novembre 86, deux conférences : le 6, sur " l'Euthanasie ", avec M. E. Klein, à l'Institut de Sociologie de l'U.L.B. ; le 25, sur " Acharnement thérapeutique et demande d'euthanasie " à l'Université du 3e Age, à Mons.
- membre du Centre de recherches interdisciplinaires en bio-éthique (C.R.I.B.) et chargé d'organiser un séminaire sur l'euthanasie avec Mme L. Heuskin.
- En 1987, 31-1 (matin), participation à un Séminaire sur l'euthanasie, avec M. X. Dijon, à la " Faculté Ouverte Religion et Laïcité " du Centre Universitaire de Charleroi ; les 22 et 23 mai : " Colloque National de Bio-Ethique " organisé par la Secrétaire d'Etat à la Santé, Mme W. Demeester. Le Dr Kenis est membre du comité scientifique préparatoire à ce colloque.

PROPOSITION DE LOI

PROPOSITION DE LOI RELATIVE AU DROIT A LA DIGNITE THERAPEUTIQUE
DU PATIENT INCURABLE.

COMMENTAIRES. (suite) (*)

Nous en arrivons à la proposition de loi proprement dite.
Elle se compose de huit chapitres.

La loi comprend deux lignes de force : d'une part, l'information du malade, d'autre part, l'autonomie de sa volonté.

Le chapitre I (art. 1) définit un certain nombre de termes :

- 1) Le patient : tout individu né et atteint d'une affection incurable.
- 2) Famille du patient : en ordre décroissant et prioritaire, le conjoint cohabitant et les enfants majeurs ou mineurs émancipés, etc.
- 3) Tribunal compétent : le tribunal de lère instance du lieu de l'hospitalisation ou du lieu d'établissement du médecin traitant.

Chapitre II. Droit à l'information qui comprend les articles 2 et 3.

Le médecin qui détient des informations sur l'état de santé physique du malade est tenu, sur sa demande écrite, de lui communiquer ces informations.

Un recours est prévu devant le tribunal compétent en cas de refus du médecin (art. 3).

Chapitre III. Traite du respect de la volonté du patient.

Il comprend les articles 4 à 9 inclus. Il concerne essentiellement l'euthanasie définie auparavant.

Il prévoit pour le patient (majeur ou mineur émancipé) la faculté de déclarer qu'aucun moyen médical ou chirurgical autres que ceux destinés à calmer la souffrance ne soit utilisé pour prolonger artificiellement sa vie.

(*) La première partie de ces commentaires a paru dans le bulletin n° 23, pp. 9-10 et le texte intégral du projet de loi aux pages 11 à 15 du n° 22.

En cas de refus du médecin (raisons morales ou philosophiques), il y a obligation de sa part d'informer le patient ou s'il est inconscient, sa famille et permettre par les renseignements fournis, la désignation d'un autre médecin.

L'art. 5 prévoit que la déclaration organisée à l'art. 4 peut être effectuée à tout moment.

Elle doit être effectuée par écrit en présence de deux témoins majeurs sans parenté jusqu'au 3ème degré inclus.

Elle cesse d'avoir ses effets à l'expiration d'un délai de cinq ans, sauf renouvellement dans les mêmes formes. Cette déclaration peut être révoquée à tout moment.

Exclusion de certaines catégories de témoins : conjoint, successibles du déclarant, ni les personnes pouvant avoir intérêt à son décès, ni les personnes à son service ou à celui de l'établissement où le déclarant serait hospitalisé, exception faite du médecin traitant.

Cette mise en oeuvre de la volonté du déclarant est subordonnée à la constatation par un collège de 3 médecins des conditions objectives prévues à l'art. 4 (art. 6).

L'art. 7 prévoit que les présentes dispositions sont suspendues de plein droit quand la déclarante est en état de grossesse.

L'art. 8 constate l'absence d'effets de la déclaration sur le droit de l'intéressé d'accepter ou de refuser par ailleurs des traitements médicaux et sur l'obligation pour tout médecin ou tout établissement de les lui dispenser.

L'art. 9 prévoit que ni la déclaration ni le fait de s'en être abstenu ou de l'avoir révoquée ne sont susceptibles d'avoir des conséquences sur le plan juridique, en particulier en matière d'assurance et aucune sanction ne peut être encourue par les personnes qui s'y sont conformées.

Cependant, sont nuls de plein droit, tout legs, toute donation avec réserve d'usufruit ou toute rente viagère consentis par le déclarant sur la vie souscrite à leur profit.

Chapitre IV : Du droit à la dignité dans la mort des patients inconscients ou hors d'état de manifester leur volonté (art. 10 à 12 inclus).

Concerne l'orthotanasie ou euthanasie passive.

L'art. 10 prévoit que le patient qui est hors d'état de manifester sa volonté, n'a pas fait de déclaration préalable et dont l'affection dont il est atteint est incurable et lui cause une souffrance physique certaine sans qu'aucune thérapeutique médicale ou chirurgicale ... soit susceptible de porter remède à l'affection elle-même, la famille du patient, le représentant légal ou le médecin traitant peut exiger qu'aucun moyens autres que ceux destinés à calmer la souffrance ne soit utilisé pour prolonger la vie.

L'art. 11 prévoit qu'à défaut de moyens connus susceptibles de calmer la souffrance, dans les conditions précitées, le médecin peut à la requête de la famille ou de sa propre initiative, utiliser un moyen abrégeant les souffrances et précipiter un décès inéluctable.

En cas de refus du médecin pour des raisons morales ou philosophiques, il doit en informer la famille du patient et permettre, par les renseignements fournis, la désignation d'un autre médecin.

Art. 12 : Un collège de trois médecins devra au préalable constater que les conditions imposées aux art. 10 et 11 sont réunies.

Chapitre V : des patients cliniquement morts (dysthanasie).

L'art. 13 traite de cette matière.

Le patient doit être reconnu cliniquement mort par un collège de trois médecins. Dans ce cas, le traitement quel qu'il soit peut être interrompu dans les délais permettant l'application éventuelle de dispositions légales ou réglementaires relatives aux prélèvements d'organes.

Chapitre VI (art. 14) : Il prévoit l'organisation du collège des médecins chargés de donner les avis prévus aux chapitres précédents.

Chapitre VII (art. 15 et 16). Il prévoit la procédure devant le tribunal de 1ère instance. Celui-ci est saisi par voie de requête et l'affaire est instruite et jugée comme matière de référés, le ministère public entendu.

Chapitre VIII (art. 17 à 19) : prévoit des dispositions particulières, notamment des modifications aux articles du code pénal concernant l'homicide ou les lésions corporelles volontaires ou involontaires.

A. Merchie
Administrateur.

DONS D'ORGANES

Certes la nouvelle loi sur les dons d'organes concerne toute personne domiciliée en Belgique mais elle nous semble devoir intéresser particulièrement les membres de l'ADMD. Militer pour avoir le droit de mourir dans la dignité n'apportera aux autres que d'obtenir ce même droit, faire don d'organes permet de mourir en donnant la vie à d'autres.

LA NOUVELLE LOI BELGE SUR LES DONS D'ORGANES. (1)

Pourquoi une nouvelle loi ?

Alors que le prélèvement d'organes et de tissus après le décès permet de donner une nouvelle chance de vie à d'autres et que la majorité de la population y est favorable, il y a trop peu d'organes vis à vis de besoins en continuels accroissement. En fait, au moment du décès, il était difficile de solliciter et d'obtenir l'autorisation de prélèvement de la famille.

Un nouveau principe : le consentement tacite.

- D'après la loi adoptée en juin dernier par le parlement belge, les organes et les tissus peuvent être prélevés après décès sans qu'une autorisation explicite soit encore nécessaire.
- Les prélèvements ne peuvent être faits qu'après la constatation du décès par trois médecins entièrement indépendants de l'équipe de prélèvement et de transplantation d'organes.

Comment signifier son refus.

- Le refus doit être déclaré à la maison communale qui le communiquera à un service central du Département de la Santé Publique par l'intermédiaire d'un " Registre National ". Le service, disponible 24 heures sur 24, doit être consulté avant tout prélèvement. Si l'intéressé a moins de 18 ans les formalités peuvent être accomplies par ses parents, la famille ou lui-même.
- Si un refus est enregistré aucun prélèvement ne peut être effectué, même si la famille donne son accord après le décès.
- Si aucun refus de l'intéressé n'est enregistré, les membres au 1er degré de la famille ou le membre cohabitant peuvent toujours refuser les prélèvements, à leur initiative.

Comment signifier son consentement.

- Chacun peut exprimer consentement en le déclarant de façon explicite à l'administration communale qui le communiquera au service central du Département de la Santé Publique. Dès lors personne ne pourra plus s'opposer à ce consentement et empêcher un prélèvement.

(1) D'après la brochure éditée par le Secrétariat d'Etat à la Santé Publique (56 rue de la Loi, 1040 Bxl, tél. 02/230.40.40) où elle peut être demandée, ou chez Inbel (3 Av. des Arts, 1040 Bxl.)

DONS D'ORGANES - DONS DE VIES ! (2)

Prélèvements en mort cérébrale.

- Seuls les médecins traitants définissent le moment de la mort. Le diagnostic de mort cérébrale est posé par 3 médecins indépendants de l'équipe soignante et de celle qui effectue les prélèvements et la transplantation. Les actes doivent être signés et datés.
- Le sujet en mort cérébrale est hospitalisé à l'Unité de Soins Intensifs, entouré d'appareils (lignes de perfusion, respirateurs, etc) destinés à " sauvegarder " la qualité des organes (coeur, foie, reins) à transplanter.

Autres stipulations de la loi.

- L'identité du donneur et du receveur ne peuvent être révélées.
- Le don d'organes est gratuit ; les frais de prélèvement sont pris en charge par les mutuelles des patients greffés. Après prélèvement les funérailles se déroulent normalement aux frais de la famille.
- L'achat et la vente d'organes ou de tissus sont interdits.
- La loi garantit que les organes ne sont prélevés que pour être implantés chez d'autres personnes.

Donneurs : conditions requises.

<u>Organes</u>	<u>Age maximum du donneur</u>	<u>Autres conditions</u>
Coeur et coeur-poumons	35 à 40 ans --	ne pas être grand fumeur (moins de 10 cigarettes par jour).
Foie --	45 à 50 " --	ne pas être alcoolique
Reins --	50 à 55 " --	ne pas faire d'hypertension artérielle.
Peau --	70 à 75 " --	suivant l'état de la peau.
Cornée --	aucune -- limite	suivant l'état de la cornée.

- Donneur vivant : uniquement pour le rein.
" Pensez-y ... si quelqu'un que vous aimez est insuffisant rénal chronique ".

Savez-vous que ...

- La greffe est souvent l'unique chance de survie d'un malade condamné. La greffe de cornée vient en aide aux mal-voyants. De nombreux brûlés, et parmi eux des enfants, attendent des greffes de peau.
- La plupart des religions assurent que, dès l'instant où le prélèvement d'organes sur un mort permet de sauver la vie d'un être humain, ce prélèvement est permis.

(2) D'après une bande dessinée éditée par Mme B. Van Haelewijk. La bande dessinée peut être obtenue à l'Hôpital Erasme, 1070 Bxl. Tél. 568.44.50 ou 568.35.42 ou encore 568.33.34.

- 10.

- L'organisation Eurotransplant, créée en 1986, groupe les centres de transplantation de Belgique, des Pays-Bas, d'Allemagne et d'Autriche ; d'autres organisations internationales existent. Un des buts d'Eurotransplant est de permettre des échanges d'organes entre divers pays.

Mise en application de la loi.

Elle est annoncée pour 1987. Chaque commune doit pouvoir transférer les données au Registre National, par ordinateur.

COMMENTAIRES

Avant et après son adoption la nouvelle loi a suscité de nombreuses réactions, notamment dans la presse. Par exemple, Ch. Hennau-Hublet et J.F. Malherbe, du Centre d'études bioéthiques de l'U.C.L., sous le titre " Greffes d'organes : enjeux éthique et juridique " (" Le Soir ", 3/4-5-1986) précisent que le projet (article écrit avant l'adoption de la loi) " dans la foulée de la Résolution (78) 29 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, adoptée le 11 mai 78, et de plusieurs législateurs européens, opte sur le consentement présumé du défunt ... " ... " l'acte de disposition volontaire et libéral disparaît devant l'utilité sociale ".

Les auteurs doutent que le projet rencontre les buts poursuivis. Parmi les causes : le droit d'opposition des proches après le décès (si le donneur potentiel n'a pas signifié son consentement) et le " peu d'enthousiasme de certaines équipes de réanimation à favoriser le prélèvement chez le malade en coma dépassé ainsi que le manque de coordination entre les différentes équipes médicales et les divers centres hospitaliers ".

En finale ils soulignent que la liberté de choix ne pourrait être mieux assurée qu'en demandant à chacun de s'exprimer, de son vivant, quant à la disposition ou non de son corps défunt ...

A vrai dire, si la loi permet ce libre choix (signification de refus du donneur ou de son consentement par une déclaration " explicite ") les diverses autres dispositions qu'elle contient risquent de provoquer pas mal de confusion.

Dès lors, ceux qui espèrent pouvoir résoudre le problème angoissant de l'insuffisance du nombre d'organes disponibles vis à vis de besoins croissants - tout autant que les critiques de la nouvelle loi - souhaitent qu'une large campagne d'information soit organisée auprès du public.

Espérons que les controverses n'empêcheront pas d'atteindre le but poursuivi par le législateur.

Il importe que chacun comprenne bien les options possibles et sache comment exprimer son choix pour qu'il ait force de loi. Il appartient à chacun, surtout, d'être conscient de la possibilité lui offerte de poser un acte de générosité vis à vis de ses semblables.

P. Herman

NAISSANCE, VIE ET MORT : QUELLES LIBERTES ?

Thème du Colloque de Namur (novembre 1985)

C'est le philosophe G. Hottois qui a traité du sujet dans sa globalité quoiqu'il ait pris la parole, curieusement, presque à la fin du colloque. Les médecins, quant à eux, ont consacré leurs exposés au problème de la mort et de la prolongation de la vie et l'on a entendu ensuite deux théologiens leur donner en quelque sorte la réplique.

M. Hottois rappelle tout d'abord que le développement des techniques (en biologie et information surtout) nous donne à la fois des pouvoirs nouveaux, donc une liberté accrue mais aussi de nouvelles responsabilités. Il souligne que le 20ème siècle est celui des conflits de libertés : liberté humaine telle que cernée par la Déclaration des droits de l'homme et liberté technoscientifique. En effet, on défend à la fois la libre disposition de chacun, de son corps et l'indépendance de la recherche. Le problème se pose alors de savoir comment sauvegarder et le bien commun et la liberté individuelle.

Exemple : le droit de procréation. Est-il absolu ? Pour les porteurs d'anomalies génétiques ? les déficients mentaux ? les psychotiques ?

Les risques associés à l'interventionnisme public n'échappent à personne et l'on se contente actuellement de poser le problème. Vient ensuite un exposé rigoureux des " nouveautés " surprenantes de notre temps : la technoscience n'a plus seulement comme objet des personnes, des individus mais bien des " entités " nouvelles, appelées " espèce humaine ", embryon ou foetus, être végétatif, et même " générations futures ". Demandons-nous, par exemple, ce qu'est un individu devenu végétatif, un mort-vivant. Une personne ? Une chose ? Ni l'un ni l'autre répond G. Hottois et l'essentiel est sans doute le sens qu'accordent encore à son maintien en vie, ceux qui l'ont connu et aimé. On voit bien que c'est d'un débat philosophique qu'il s'agit, de même d'ailleurs pour ce qui concerne le génome, le foetus et leurs " droits " ainsi que les générations futures.

Parler des générations de l'avenir n'est pas absurde. Au contraire dit G. Hottois, " il faut que l'avenir que nous produisons soit tel que ce que nous appellons Droits de l'homme et liberté ne deviennent pas un jour lettre morte ". Excellente introduction au thème majeur du colloque : La mort et la prolongation de la vie.

* * *

Après que G. Primo, un pionnier en la matière, ait fait apparaître les progrès transcendants des transplantations d'organes qui permettent de prolonger des vies impossibles à sauver autrement, J. Klastersky a abordé la question de l'expérimentation clinique :

prolongation de la vie aussi, voulue par le patient qui fait le choix de servir le progrès médical en acceptant des traitements nouveaux alors qu'il se sait perdu ; le médecin sait que cette attitude courageuse et altruiste n'est pas rare parmi les malades, et il estime que l'encourager procure un bénéfice certain au patient d'abord, puis aux futurs malades que son abnégation aura contribué à guérir.

*

* *

J. Senterre, néonatalogue, et Y. Kenis, cancérologue, ont consacré leur exposé à la question qu'ils estiment fondamentale : " Quel est le choix le plus humain ? Prolonger la vie ? Devancer la mort ? " .

Les dilemmes éthiques en médecine périnatale et cancérologique sont tout à fait comparables, presque identiques, même. La différence gît dans le fait que le nouveau-né ne peut s'exprimer. La question est de savoir s'il faut s'abstenir, entreprendre ou poursuivre un traitement de soins intensifs.

Les nouveaux-nés peuvent être atteints d'asphyxie, de malformations graves (physiques ou neurologiques très invalidantes et létales à plus ou moins long terme) ; J. Senterre dit :

" Je crois en l'approche du " tout ou rien " dans la réanimation "
" et les soins intensifs ; aussi longtemps qu'il y a une raison "
" pour traiter, il faut tout mettre en oeuvre ; mais une fois la "
" décision d'arrêter le traitement prise, si le sauvetage s'avère "
" impossible, il ne faut pas prolonger la mort par des demi-mesu- "
" res ... en réalité, l'euthanasie active est parfois l'approche "
" la plus humaine. Mais la plupart d'entre nous rejettent cette "
" décision en raison des contraintes légales, environnementales "
" et culturelles. Or si le médecin a pris la responsabilité de "
" mettre en oeuvre des soins intensifs de façon à évaluer les chan- "
" ces de survie d'un patient, il devrait également pouvoir prendre "
" la responsabilité qui découle de cette décision, à savoir pou- "
" voir assurer une mort douce, sans souffrance, sans agonie pro- "
" longée aux enfants qu'il a transitoirement maintenus en vie. "
" Dans beaucoup de cas, c'est une période extrêmement importante "
" pour la famille qui peut enfin passer quelques heures de relati- "
" ve quiétude auprès de son enfant ... " .

*

* *

Le cancérologue Y. Kenis ne dit pas autre chose quand il évoque l'abus intolérable que représente la prolongation de l'agonie aux dépens de la qualité de la fin de la vie d'un être humain. D'où les Associations nées du refus de l'acharnement thérapeutique.

Quant à l'euthanasie il s'interroge : c'est " le problème le plus "
" grave auquel puisse être confronté un médecin. Sa formation, "
" sa vocation et ses activités professionnelles sont dirigées "
" contre la mort. Il a appris à se représenter celle-ci comme "
" l'échec absolu de son action. Comment se fait-il alors que "

" des médecins puissent être amenés à poser un tel acte, à hâter "
" la mort d'un malade ? C'est je crois parce que le médecin n'a "
" pas affaire à des principes, à des entités philosophiques, mais "
" bien à des individus, des individus qui souffrent, et qui deman-
" dent qu'on les soulage ou qu'on les délivre. On doit, dans cer-
" taines circonstances, substituer au respect absolu de la vie, "
" le respect de la volonté de l'individu. On peut se sentir obligé "
" de sacrifier la durée de la vie à sa qualité. Aujourd'hui, pour- "
" tant, dans la plupart des pays dits civilisés, l'euthanasie ac- "
" tive est considérée comme un crime et, en Belgique, le code de "
" déontologie médicale la proscriit explicitement ... je crois aus- "
" si que la majorité des médecins belges restent hostiles à une lé- "
" galisation de l'euthanasie active : selon ces médecins, ce pro- "
" blème éminemment délicat doit rester une affaire de conscience ; "
" légiférer dans ce domaine risque d'ouvrir la voie à tous les ex- "
" cès. Je ne partage pas ce pessimisme. Il me semble que le droit "
" doit évoluer avec les usages et que les abus et les déviations "
" sont le mieux maîtrisés dans le cadre d'une loi. "

*
* *
*

X. Dijon, juriste et le théologien Troisfontaine, tous deux catholiques s'opposent fermement à l'idée de droit à la mort douce, à l'euthanasie telle que l'entendent les médecins qui les ont précédés à la tribune.

" Nul n'est maître de la vie ni ne peut provoquer la mort " dit le R.P. Troisfontaine. Adoucir l'agonie ? oui. Il cite pourtant Saint-Paul : " Pourquoi ma liberté relèverait-elle d'une conscience étrangère ? " et Jésus : " Pourquoi ne jugez-vous pas vous-même ce qui est juste ? ".

Dans l'ensemble de son exposé, l'on perçoit la vieille conception pessimiste de l'homme qu'a toujours véhiculée l'Eglise catholique.

L'opinion de X. Dijon semble fondée sur la même conviction implicite mais l'ambiguïté de sa position dérive du fait qu'il entend parler en juriste, donc dans la sérénité du droit. Ecoutons-le : le rôle du médecin est d'informer le malade et de soulager la douleur. Il est inutile de rédiger des " testaments de vie " puisque le code de déontologie médicale exclut l'acharnement thérapeutique. Tout aussi inutile selon lui, une loi dépénalisant le médecin (cf. Proposition Gillet) puisque celui-ci, ayant respecté son devoir ne peut être puni.

Quant à l'euthanasie c'est un faux problème, dit-il, car celui qui exprime le désir de mourir demande en réalité autre chose : la relation avec autrui pour bien mourir.

Il nous semble qu'une telle généralisation est inacceptable car elle est fondée sur un pur a priori : en effet, qu'en sait le juriste ? Le médecin qui est quotidiennement à l'écoute de ses malades, n'oserait pas affirmer qu'il sait toujours, dans l'absolu, ce que souhaite son patient ... alors ... Ne serait-il pas tout simplement correct de supposer aussi que celui qui demande à mourir le souhaite vraiment ?

L'attitude de Dijon nous semble d'avantage refléter une inspiration scolastique que relever du pur juridisme ; c'est pourquoi l'on peut parler d'ambiguïté en ce qui le concerne.

Sachons cependant que ces deux attitudes ne reflètent pas l'ensemble des opinions des théologiens, catholiques ou protestants, la théologie n'excluant nullement la diversité des points de vue.

A cet égard, le numéro spécial de la revue " Concilium " consacré au droit à la mort et au suicide est tout à fait remarquable. Bien sûr, la question de la légalisation de l'euthanasie n'y est pas abordée puisque le droit à la mort est envisagé sous l'angle de la morale exclusivement ; mais l'ouverture d'esprit manifestée dans cette Revue Internationale de Théologie mérite d'être signalée à ceux d'entre nous qui sont tentés d'assimiler chrétien à catholique et catholique à dogmatique (Concilium a ouvert ses colonnes à Madame Caucanas, présidente de l'ADMD-France qui y a exposé le point de vue et les objectifs de nos associations).

Les actes du colloque de Namur ont été publiés par les Editions de l'ULB, 26 av. P. Héger, 1050 Bx. ; coll. " Laïcité ", série " La Pensée et les Hommes " ; 1986.

A.M. Staelens.

de l'ETRANGER

REPUBLIQUE FEDERALE
D'ALLEMAGNE

de Humanes Leben - Humanes Sterben
6e année, n° 2, 2e trimestre 1986.
INFORMATISATION POLICIERE.

La DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben - ADMD allemande) dénonce comme une atteinte à la dignité humaine et au droit de chacun de disposer de soi, les mesures discriminatoires prises par les polices en R.F.A. (sauf à Hambourg et en Hesse), à l'égard des citoyens qui ont fait une tentative de suicide. Alors que le suicide n'est plus pénalisé en R.F.A., les tentatives sont signalées dans l'ordinateur de la police comme signe distinctif, à côté de la date de naissance. Ces citoyens se voient ainsi exposés à des tracasseries policières accablantes et leur démarche est considérée comme circonstance aggravante. La DGHS exige que cesse immédiatement cet abus incroyable qui menace la liberté de chacun de disposer de sa vie et de sa mort.

OPINIONS SUR L'EUTHANASIE PASSIVE ...

Humanes Leben-Humanes Sterben rapporte l'opinion du théologien catholique Joachim Piegsa, professeur à Augsbourg d'une part, et du Dalaï Lama d'autre part. Tous deux estiment qu'il est permis d'interrompre toute intervention qui prolongerait l'agonie, lorsque le processus de la mort est irréversible, que la douleur est trop grande ou que le patient est tombé dans un état végétatif.

L'APRES TSCHERNOBYL

Les médecins démocrates craignent qu'on ne puisse établir avec précision les conséquences tardives inévitables de l'accident de Tschernobyl ; ils pensent que la menace qui pèse sur chaque individu met en évidence la nécessité impérieuse de pouvoir disposer soi-même de sa propre vie.

G.P.

AUSTRALIE

POUVOIR CHOISIR

de VESV REPORT (Voluntary Euthanasia Soc. Victoria)
n° 51, nov. 1985 (résumé).

La pratique de l'euthanasie passive est une chose maintenant reconnue et pratiquée par beaucoup de médecins et de centres hospitaliers en Australie. Mais certains de ses supporters sont en même temps opposés à la pratique de l'euthanasie active. La distinction est-elle valable ? Elle ne réside pas dans la différence entre " ne rien faire " et " faire quelque chose " pour mettre fin à la vie d'un patient, mais plutôt dans l'agent initiateur de la relation causale. Dans le cas de l'euthanasie active, l'agent provoque la cause dont l'effet est la mort du patient (ex.: administrer une injection à dose mortelle). Dans le cas de l'euthanasie passive, l'agent se défend d'intervenir pour modifier la relation causale qui est déjà en cours (ex: aucune mesure n'est prise pour traiter une infection respiratoire qui provoque la mort du patient). Les gens acceptent l'idée de laisser mourir un patient comme étant moralement valable, mais repoussent l'idée de faire mourir un patient comme moralement inacceptable.

Beaucoup de personnes ne craignent pas la mort, mais la façon de mourir et, à cet égard, l'euthanasie passive n'offre pas toujours le choix. S'abstenir d'utiliser des moyens extraordinaires est parfois insuffisant pour assurer une mort digne et paisible. Aussi ne doit-on pas être surpris de voir des patients voulant mourir, dont l'euthanasie passive est le seul choix, changer d'avis lorsque la mort devient très pénible et demander l'aide de soins qu'ils avaient d'abord refusés.

Si un patient est capable de choisir l'euthanasie passive, il devrait avoir la possibilité de choisir l'euthanasie active, s'il le désire. Quant aux lois à formuler à ce sujet, la difficulté de les rédiger ne constitue pas une impossibilité.

A. Sylvester

*
* * *

ESPAGNE

LE DROIT A L'AUTODETERMINATION A LA PHASE FINALE DE LA VIE :
perspectives sociales et légales en Espagne.

Bulletin de l'Association espagnole " Derecho a morir dignamente " (DMD), n° 7, décembre 1985 ; Madrid.

Nous donnons ici deux extraits du discours du président de la DMD à la réunion des délégués européens (Francfort 1985).

1. Situation légale en Espagne.

La situation légale en Espagne au sujet de la mort digne, de l'euthanasie ou du suicide est définie par l'art. 409 du Code pénal et les articles 116 et 118 du Code de déontologie médicale.

le médecin se voit interdire toute action visant à abrégé délibérément la vie de son patient, même si celui-ci le demande. Cependant il doit également s'efforcer de lui éviter des souffrances et doit éviter tout acharnement thérapeutique inutile en cas de maladie

terminale, ce qui laisse la porte ouverte à l'euthanasie passive dans des cas extrêmes.

La loi ne punit pas le suicide, mais bien l'aide et l'incitation par des peines de 6 à 12 ans de réclusion, qui peuvent aller jusqu'à 20 ans en cas d'aide "active". Laisser mourir un suicidé sans intervenir peut être puni comme omission du devoir de porter secours à personne en danger grave, avec des peines inférieures à 6 mois de prison (art. 409 bis). L'euthanasie active à la demande du patient serait considérée comme délit d'aide active au suicide.

2. Attitude du Parlement.

Le Parlement Espagnol n'a pas discuté de la mort digne, ni élaboré de loi à ce sujet. Cependant, l'INSALUD, organisme dont dépendent de nombreux hôpitaux espagnols, a élaboré une Charte des Droits et Devoirs du Patient, qui reconnaissait le droit de "mourir dignement". Ce droit a été supprimé suite à la protestation énergique de l'Association pour le respect de la vie humaine, sous prétexte d'éviter la polémique. L'élaboration d'une charte analogue, par la Generalitat de Catalogne, est paralysée.

LES CENTRES DE LA DOULEUR EN ESPAGNE.

La DMD, dont le Bulletin donne régulièrement la liste mise à jour des Centres de la douleur en Espagne, a publié à ce sujet une étude du Dr M. A. Alcalde Carrasso (octobre 1986, 8 p.).

Après avoir rappelé que le 31 mai s'était ouvert à Madrid un Symposium international sur les nouvelles tendances dans le traitement de la douleur en Espagne, l'auteur souligne l'importance du 1er Centre de la douleur créé à Madrid en 1982. Ses fonctions sont :

- 1) Le traitement des malades souffrant de douleurs chroniques, soit en régime hospitalier, soit en régime ambulatoire.

- 2) L'étude et la recherche concernant l'origine et le traitement de la douleur.

- 3) La formation de professionnels.

Son personnel se compose d'un personnel médical dont un psychiatre et un psychologue, d'infirmières et d'auxiliaires.

Les modalités thérapeutiques sont nombreuses, notamment : blocages nerveux, stimulation électrique transcutanée, stimulation électrique percutanée, traitements pharmaceutiques, cordotomie percutanée, cryolise, hypnose, acupuncture, thérapie au laser, traitements en collaboration avec le service de neurochirurgie, réhabilitation, psychiatrie, etc.

A.M. Frédéric.

"De la même façon qu'un homme a le droit de choisir une mort naturelle ; il a également le droit de prendre la décision de rejeter la vie quand celle-ci lui est devenue insupportable."

Hermann HESSE.

H. Hesse, plus important écrivain allemand de ce siècle, prix Nobel de littérature (de "Humanes Leben-Humanes Sterben") G.P.

LE MOMENT EST VENU DE RENOUELER LA COTISATION

Chère Madame, cher Monsieur,

Nous vous demandons de bien vouloir payer votre cotisation pour 1987 à l'aide du bulletin de virement en annexe et de l'envoyer dès que possible à votre organisme bancaire. Comme les années précédentes le montant de cette cotisation est de : 500 frs (minimum 300) ** autres, voir ci-après.

Permettez-nous de rappeler que cet effort de votre part doit concourir à faire de l'A.D.M.D. une association capable de réaliser une large diffusion des idées qu'elle défend et d'atteindre progressivement les objectifs qu'elle s'est assignés.

Nous vous remercions dès à présent pour votre collaboration et vous prions de croire, chère Madame, cher Monsieur, à l'assurance de nos sentiments dévoués.

le Conseil d'administration

- ** - cotisation familiale : 700 frs (tous documents envoyés en double sauf le bulletin trimestriel).
- membres résidant à l'étranger : 700 frs.
- les nouveaux membres qui ont payé leur cotisation au cours du dernier trimestre de 1986 n'ont rien à payer pour 1987.
- membres protecteurs : 2000 frs au minimum.

Chaque membre peut être nommé "membre effectif", s'il le souhaite, en fonction des services rendus à la cause de l'ADMD. La liste des membres effectifs doit être déposée tous les ans au Greffe du Tribunal de Première Instance. Ils ont droit de vote aux Assemblées Générales.

Il est demandé à chacun de bien vouloir observer les prescriptions suivantes :

- surtout, ne pas utiliser de chèque pour payer la cotisation (l'adresse du tireur n'y figure pas), ne pas envoyer ou remettre de numéraire au local ;
- veuillez envoyer directement l'ordre de virement à votre banque ou C.C.P. et non au secrétariat ou au trésorier ;
- seuls les noms figurant sur le virement seront retenus pour établir notre fichier (voir l'explication au bulletin 23, p. 2).

le trésorier : I. Lebrun.





