



BULLETIN TRIMESTRIEL

SEPTEMBRE 1987 - N°27

BELGIQUE-BELGIÉ
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 :

- Nouvelles de l'ADMD 2
- Le billet du Président (Y.K.) 3
- Hommage à Willem Deswarte (P.H.) 4
- Bienfaits de la médecine ou cadeau empoisonné 5
(W. Deswarte)
- La qualité des soins ... 6
une garantie pour la qualité de vie des malades
(Dr D. Razavi)
- Notre président à l'honneur (P.H.) 10
- Colloque National de bioéthique 11
Réplique de l'ADMD - Annexes II et III (Y.K.)
- de l'Etranger ; Australie, Etats-Unis (L. Goumet) 16
Pays Scandinaves (G.P.) 17
R.F.A. (G.P.) 18
- Aide - Ecoute- Réconfort 19

SECRETARIAT
15, rue des Prêtres,
1000 Bruxelles.

PERMANENCE
téléphonique
02/538.86.62

ENTRETIENS
sur
RENDEZ-VOUS

BANQUE
compte n°
210-0391178-29

(les articles signés n'engagent que leur auteur)

CREDIBILITE

Dans le précédent bulletin, sous en-tête "A VOUS", nous vous demandions de coopérer efficacement pour assurer le rayonnement et la crédibilité de l'ADMD, en recrutant de nouveaux membres.

Cet appel a été entendu car nous avons reçu de nos formulaires avec de nouvelles inscriptions, mais en petit nombre !

C'est un effort parfois peu agréable, il est vrai, que d'essayer d'intéresser quelqu'un à une organisation jusqu'à obtenir qu'il y adhère. Il nous semble que la réussite des thèses que soutient l'ADMD mérite cet effort ; ne le croyez-vous pas aussi ?

Voulez-vous tenter, encore, de "placer" le bulletin d'adhésion ci-annexé ? Nous vous en remercions dès à présent.

TESTAMENT DE VIE - APPEL AUX GARANTS VOLONTAIRES

Des garants (témoins) sont instamment demandés dans tout le sud du pays.

Veuillez-bien écrire à la "Banque des Testaments" :
Madame M. MOREAU - rue R. Thoreau, 10 - 1150 Bruxelles.

MERCI.

MALFAÇONS DANS LE BULLETIN N° 26

Après expédition du précédent bulletin, le n° 26 de juin 87, nous avons constaté que plusieurs pages n'avaient pas été imprimées dans certains exemplaires.

Nous prions les membres qui auraient reçu de tels bulletins de bien vouloir nous en excuser et de nous le signaler en précisant leur nom et adresse pour que nous puissions leur envoyer un exemplaire correct.

LE BILLET DU PRESIDENT

Les médecins belges sont, dans leur grande majorité, opposés à toute forme de légalisation de l'euthanasie, même à la demande des malades. Cela ne signifie pas, loin de là, qu'ils sont partisans de l'acharnement thérapeutique et qu'ils refusent de prendre en considération les vœux des patients pour une mort digne. D'après l'enquête du Journal du Médecin du 22 mai 1987 (dans laquelle la proportion des médecins âgés et catholiques pratiquants est pourtant plus élevée que dans l'ensemble de la population médicale), quatre médecins sur dix (57,2% pour les non-pratiquants) se déclarent même favorables à la pratique de l'euthanasie active. D'autre part, plus d'un cinquième de nos membres ont obtenu que leur médecin contresigne, en tant que garant, la déclaration des dernières volontés relatives à la mort, et cette proportion a augmenté rapidement au cours des derniers mois. Je considère cette tendance comme extrêmement encourageante pour le succès de nos idées. Il faut aussi signaler que le refus de l'acharnement thérapeutique sans espoir est inscrit comme une obligation dans le Code de déontologie médicale belge et dans le Guide européen récemment accepté par la Conférence internationale des Ordres des médecins des pays membres de la Communauté européenne.

Tous ces faits montrent qu'il est important que chacun parle avec son médecin des problèmes de la mort digne, afin de s'assurer qu'aucun malentendu ne s'installe et que les volontés du patient seront respectées.

Y.K.

HOMMAGE A WILLEM DESWARTE

Nous avons le vif regret d'annoncer le décès de Willem DESWARTE, membre très actif de l'ADMD.

W. Deswarte était très connu et estimé ; avocat honoraire, Directeur Général honoraire de la SABENA, Vice-Président de la Ligue belge pour la défense des droits de l'homme, il avait eu une attitude très courageuse durant la guerre et était titulaire de nombreuses distinctions honorifiques.

En présentant nos condoléances à Madame W. Deswarte-Tesch nous avons rappelé que son époux était un conseiller dont l'autorité, la compétence et la serviabilité nous avaient été acquises à diverses reprises. Il fut un éminent collaborateur de notre bulletin. Ses articles se distinguaient par leur originalité, leur clarté et leur franchise.

En tant qu'auteur du projet de loi déposé au Parlement par le sénateur R. Gillet, au cours de la précédente législature, il a ouvert la voie à la légalisation du testament de vie et à la protection légale du médecin qui en assure le respect. Ce projet, sans doute le meilleur de tous, n'a malheureusement pas encore été repris et c'est à juste titre que W. Deswarte insistait pour qu'il le soit, dès que possible.

Membre agissant de la première heure, nous l'avons souvent sollicité pour qu'il entre au conseil d'administration. Il ne l'a jamais accepté, du fait de ses nombreuses occupations, mais son action en faveur des thèses de l'ADMD, notamment au sein du comité juridique, ne s'en est pas ressentie pour autant.

Il sera toujours pour nous, comme pour bien d'autres certainement, une forte personnalité qui, courageusement et sans compter, a mis de très grandes qualités au service de ses idées toutes de générosité.

Nous présentons à Madame W. Deswarte l'expression de notre respectueuse sympathie.

Le 21 juin dernier Madame Deswarte transmettait au Dr Kenis un article et une lettre que son époux lui avait dictée. Il y disait : "Voici une pochade que vous accepterez peut être de publier en tribune libre du bulletin trimestriel de notre association, car elle ne compromet que moi-même ...".

Cet article : "Bienfaits de la médecine ou cadeau empoisonné", dernier témoignage, combien émouvant, du courageux soutien que W. Deswarte n'a cessé de nous apporter, est reproduit à la page suivante.

Faut-il dire que ses conclusions sont aussi les nôtres.

P. Herman.

BIENFAITS DE LA MEDECINE OU CADEAU EMPOISONNE.

Nous étions 250 millions au temps du Christ. Nous sommes 5 milliards et certains déjà d'atteindre les 10 milliards.

L'homme a tendance à accroître sa famille pour s'assurer le soutien indispensable dans son grand âge ; augmentation de la population indépendamment de toute intervention médicale. Or, les grandes épidémies freinaient périodiquement cet accroissement. La médecine, de plus en plus triomphante, a vaincu ces fléaux, plus les infections. Ce seront demain le cancer et le sida dont on triomphera.

Parallèlement le coût social et individuel des techniques médicales ne cesse d'augmenter. "La vie humaine n'a pas de prix". Mais bientôt il faudra trois actifs pour couvrir l'entretien d'un pensionné. Cet aspect essentiel de l'évolution semble perdu de vue et chacun de proclamer : "Bravo ; encore autant de vies sauvées du cancer" ; comme si la guérison conférait l'immortalité, alors que les victimes épargnées par le cancer devront affronter de nouvelles maladies éventuellement plus douloureuses et plus coûteuses.

Au terme de cette évolution : plus d'hôpitaux qui seront remplacés par d'innombrables "casernes à mourir". Les biologistes prétendent que nous sommes "programmés" pour 120 ans, ce qui ne signifie pas que nous puissions être actifs et socialement utiles pendant les dizaines d'années qui suivront notre mise à la retraite.

Que pouvons-nous faire pour remédier à d'aussi pénibles perspectives ?

- 1) tout d'abord refuser la distinction entre euthanasie active et passive, comme le faisait déjà le docteur Kenis (dernier bulletin - juin 1987 - de l'Association "Droit pour une mort digne" qu'il préside). En effet, il ne peut y avoir de mort digne si elle doit être précédée de longues souffrances.
- 2) ensuite admettre que les douleurs les plus aigües ne sont pas nécessairement physiques. Les maladies de la désespérance sont les plus abominables.

Toutes les maladies étant vaincues, on ne mourra plus que de phénomènes dégénératifs : usure cardiaque, sénilité et autres joyusetés. Une seule solution : reconnaître à chaque être humain le droit à l'assistance médicale, même en cas de volonté suicidaire. Il ne serait alors plus question d'euthanasie active mais uniquement d'aide au suicide, lequel suicide n'étant pas condamnable dans notre pays ne peut donner lieu à sanction pénale.

Chacun sera libre de sa destinée et nul n'aura le droit d'imposer la vie à qui ne la désire plus.

Willem Deswarte.

REUNION ADMD

Le 25 avril dernier, lors de la séance d'information des membres, le Dr Razavi, vice-président de l'ADMD, a fait un exposé sur "la qualité des soins"... Neuropsychiatre, administrateur du CAM, ce domaine est particulièrement de sa compétence.

Il avait préparé un texte pour faire son exposé, non pour qu'il soit publié !

L'originalité du propos et l'intérêt qu'il a suscité nous ont amenés à demander au Dr Razavi de pouvoir reproduire ce texte tel quel. Nous le remercions encore pour son accord.

P.H.

La qualité des soins...

Une garantie pour la qualité de vie des malades

Dr D. RAZAVI

Vice-Président de l'ADMD.

Au moment de remettre le titre de cet exposé je ne savais pas encore que l'actualité allait plus que jamais souligner l'importance de la qualité des soins pour une garantie d'une qualité de vie et de mort.

DES AVIS OFFICIELS RECENTS

Quelques exemples de cette actualité.

Tout d'abord l'avis rendu par le conseil de l'ordre des médecins du Brabant d'expression française sur ce qui est dénommé le testament de mort.

TESTAMENT DE MORT

Mourir dans la dignité, dans une société civilisée, est une revendication instinctive élémentaire et fondamentale.

Ceux qui signent un "testament de mort" recommandent de ne pas les maintenir en vie à tout prix ou de les laisser souffrir inutilement si plus aucun espoir n'est permis. Ils ne revendiquent rien d'autre.

....

Le médecin garantira au patient qu'il adoptera la meilleure attitude thérapeutique se rapportant à son cas et qu'il n'hésitera pas à recourir à tous les moyens dont il dispose actuellement pour soulager ses souffrances, tout en sauvegardant sa dignité.

Une éventuelle abstention de traitement ne dégagera pas le médecin de l'obligation d'assister le mourant.

L'avis rendu par le conseil de l'ordre des médecins du Brabant d'expression française sur l'acharnement thérapeutique.

ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE

L'acharnement thérapeutique est un problème nouveau, né du développement extraordinaire des possibilités thérapeutiques qui s'améliorent chaque jour. Ce qui pouvait paraître acharnement thérapeutique sans espoir, hier, risque bien de se transformer aujourd'hui, en combat obligatoire. L'in-guérissable d'aujourd'hui peut devenir le curable de demain. Ceci implique l'obligation fondamentale pour le médecin de se tenir toujours informé des moyens scientifiques les plus avancés mis à sa disposition afin de procurer au malade les traitements les plus adéquats. Si un malade est incurable, il n'est pas intraitable.

Lorsqu'aucun espoir raisonnable de guérison n'existe, mais seulement de prolongation par un traitement palliatif, la poursuite d'efforts thérapeutiques sophistiqués intensifs mettant en oeuvre toutes les ressources possibles paraît inutile et injustifiée. Par contre, l'usage de calmants, même à fortes doses, et même si cela doit raccourcir la vie, peut être une attitude défendable.

Un traitement qui n'a aucune chance de réussir doit être proscrit.

L'attitude médicale devra se nuancer en fonction de chaque cas et de chaque individu.

Tout problème thérapeutique soulevant la délicate notion d'acharnement thérapeutique ne peut espérer trouver de solution qu'à la condition de prendre en considération de manière primordiale la question de la vitesse des progrès thérapeutiques, celle des avis des intéressés, et de la prééminence de l'individu comme valeur sociale.

Légiférer ?

quant à savoir s'il est possible de légiférer à propos d'un problème aussi complexe et délicat, nous citerons Monsieur Jacques ROBERT : "confronté à la volonté de son malade et à la gravité de son cas, le médecin devrait être laissé seul avec sa conscience. A elle d'en décider. Le droit ne doit pas perturber, par une intervention maladroite, ce débat intérieur qui fait la grandeur de la vocation médicale".

La publication d'un texte relatif au Guide européen d'éthique médicale, principalement le texte relatif au consentement éclairé.

....

CONSENTEMENT ECLAIRE

"Sauf urgence, le médecin éclairera le malade sur les effets et les conséquences attendues du traitement. Il recueillera le consentement du patient, surtout lorsque les actes proposés présentent un risque sérieux."

"Le médecin ne peut substituer sa propre conception de la qualité de vie à celle de son patient."

Référence :

"Extrait du Bulletin du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Mars No.35 1987, p. 37 article 4."

L'AIDE AUX MOURANTS

La médecine implique en toutes circonstances le respect constant de la vie, de l'autonomie morale et du libre choix du patient. Cependant le médecin peut, en cas d'affection incurable et terminale, se limiter à soulager les souffrances physiques et morales du patient en lui donnant les traitements appropriés et en maintenant autant que possible la qualité d'une vie qui s'achève.

Il est impératif d'assister le mourant jusqu'à la fin et d'agir de façon à lui permettre de conserver sa dignité".

Référence :

"Extrait du Bulletin du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Mars No.35 1987, p. 38 article 13."

Dans ces exemples :

- la volonté des malades est reconnue par l'avis reconnaissant le testament de mort,
- l'acharnement thérapeutique est présenté dans ces textes comme un problème clinique nouveau.
- les soins aux mourants sont présentés comme indispensables.
- le consentement éclairé apparaît comme une nouvelle règle présidant au soins.

Pratiquement :

- même si chaque énoncé est discutable sur le fond, ces reconnaissances constituent incontestablement des faits nouveaux qui viennent concrétiser des problèmes évoluant depuis longtemps.
- la reconnaissance de chacun de ces problèmes ne dit pas comment on procédera pour les résoudre.
- la reconnaissance de chacun de ces problèmes nécessite des stratégies pour leurs applications.

....

- il n'est pas abusif de dire que si on tenait compte de l'ensemble de ces avis et remarques il y aurait un progrès pour la qualité des soins et pour la qualité de vie qui pourrait en découler :

APPLICATION ET RECHERCHE DU CONSENTEMENT ECLAIRE.

Il ne sera question ici que de l'application et de la recherche du consentement éclairé.

Reconnaître le consentement éclairé, c'est reconnaître le droit à l'information du malade sur le diagnostic, le pronostic et les effets, risques et conséquences des traitements.

Je voudrais souligner l'idée que le droit à l'information est un droit qui aurait dû être acquis et opérationnel il y a 20 ans. Il nous arrive aujourd'hui, un peu comme un cadeau à une revendication trop longtemps rejetée et à laquelle on ne s'attendait plus. Ce cadeau est décevant.

Répétons et développons cette idée :

Le droit à l'information est indispensable. Il aurait pu suffire il y a 10 ou 20 ans mais il ne suffit plus aujourd'hui.

Il ne suffit plus car la médecine a évolué, elle reporte véritablement et de plus en plus fréquemment plus loin et la vie et la mort. De plus, les traitements sont parfois plus agressifs et entraînent des risques lors de leur administration.

Si la médecine reporte plus loin la vie et la mort, ce n'est pas dans un climat de sécurité totale mais dans un climat d'incertitude, de risque. Ceci introduit le point suivant, fort important.

Dans cette médecine nouvelle, le droit à l'information doit être complété si possible par un droit à être préparé. Je définis "information" par le contenu de ce qui peut être transmis simplement à propos du diagnostic et du pronostic. Je définis "préparation et éducation" comme un processus complexe composé d'une phase d'information, suivi d'une phase d'évaluation de ce qui a été compris et ensuite d'une phase de préparation pour mieux contrôler les désagréments des traitements et de la maladie.

On sait actuellement que l'information ne suffit pas. Une information complète limitée au diagnostic, même avec support écrit, est incomplètement perçue et mal intégrée par environ 30 % des individus.

D.K.

La seconde partie de cet exposé paraîtra dans le prochain bulletin. Elle introduit la notion de "nouvelles survies", raison d'une information complétée d'une éducation du malade, d'où nécessité d'y préparer et former le personnel soignant.

P.H.

Notre Président à l'honneur ...

Notre président le docteur Yvon Kenis, oncologue, chef du département de chimiothérapie à l'Institut Jules Bordet, a pris sa retraite en juin dernier. La presse a largement rendu compte de la séance académique qui avait été organisée en son honneur. Dans "La Libre Belgique", par exemple, le Dr Pol Sainjean signe un article très élogieux dans lequel il souligne les qualités de chercheur, de professeur et de médecin du Dr Kenis, qui en font un exemple pour les jeunes médecins d'aujourd'hui. Il cite le professeur H. Tagnon : "c'est non seulement sa compétence qui justifie ces louanges mais encore le fait qu'il soit homme de sensibilité et de grand cœur, qui éprouve et sent la misère de l'homme, dans la maladie et aussi dans les inégalités sociales. C'est d'ailleurs ce dernier aspect de sa personnalité qui le conduisit à jouer un rôle capital dans la genèse de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité."

L'ADMD, de son côté, a très modestement fêté son président. Les sentiments de gratitude qu'elle a exprimés n'en sont pas moins profonds et chaleureux. Nous lui disons encore ici toute notre admiration et nos remerciements pour son inlassable activité en faveur de notre association.

Nous lui exprimons, ainsi qu'à Madame Kenis, nos sentiments de vive reconnaissance et leur souhaitons une très agréable "retraite", en ne doutant pas qu'elle sera très occupée.

Pour traduire l'appréciation des membres de l'ADMD nous ne pourrions mieux faire que reproduire ce que nous écrit l'un d'eux de sa lointaine province de Luxembourg : "Espérons que le Dr Kenis continuera à propulser l'ADMD, car il en est vraiment la "locomotive". Rassurez-vous car il nous a dit son intention de se consacrer plus encore à notre association..

Cher docteur les membres de l'ADMD vous remercient de tout coeur.

P.H.

UN COLLOQUE NATIONAL DE BIOETHIQUE

Dans le précédent bulletin (n° 26, juin 1987, pp. 11-12) le docteur Kenis a décrit ce qu'était la préparation du Colloque National de Bioéthique organisé par le Secrétaire d'Etat à la Santé Publique, Madame Wivina Demeester - De Meyer.

Rappelons que parmi les six groupes de réflexion constitués le groupe 4, duquel faisait partie le Dr Kenis, avait pour thème : "Attitude vis-à-vis de la fin de la vie (acharnement thérapeutique, euthanasie passive et active, aide au suicide, accompagnement du mourant et traitement de la douleur)".

Il était prévu que des associations puissent faire part de leurs observations sur les conclusions rédigées, pour chaque groupe, après les sessions de discussions, par des rapporteurs. C'est ce qu'a fait le Dr Kenis au nom de l'ADMD dès le dépôt du rapport du groupe 4.

Les observations, intitulées "Réplique de l'ADMD", ont été communiquées aux membres dans le même bulletin n° 26, pp. 12 à 14. Elles étaient appuyées de six annexes qui sont autant de références importantes dans le cadre des réflexions relatives aux positions prises par l'ADMD en matière d'euthanasie. Positions qui déterminent son action tant auprès des instances officielles que du public et de ses propres membres. A ce titre, comme annoncé, nous commençons ci-contre la publication de ces annexes.

- L'annexe I (11 pages), en anglais, comporte des statistiques sur l'attitude du public à propos d'euthanasie active et passive, du rôle du médecin, etc, dans divers pays et à différentes époques. Il s'agit principalement d'un article de Susan WALLER paru dans "The Euthanasia Review" (vol. 1, n° 1, Spring 1986, pp. 33 à 47). Nous avons déjà publié de telles statistiques et continuerons à le faire à l'occasion.
- Les annexes II et III ont trait aux concepts "euthanasie passive" et "euthanasie active", elles sont reproduites ci-après.
- Les annexes IV, V et VI paraîtront dans le bulletin n° 28.

N.B. : les membres désireux de recevoir copie de la "Réplique de l'ADMD" ou/et d'une ou plusieurs annexes voudront bien le faire savoir au secrétariat.

Réplique de l'ADMD

ANNEXE II

Euthanasie active - Euthanasie passive

L'euthanasie active consiste à intervenir pour hâter la mort : c'est, par exemple, l'injection d'une substance létale. L'euthanasie passive, c'est l'abstention thérapeutique, l'omission de mesures qui auraient pu prolonger la vie. C'est, par exemple, ne pas prescrire d'antibiotique à un malade cancéreux au stade terminal et qui fait une complication infectieuse; dans ces conditions, il y a une grande probabilité que la pneumonie non traitée entraîne la mort. C'est ne pas tenter une réanimation en cas d'arrêt cardiaque. C'est arrêter l'alimentation par sonde d'un malade dans le coma. La distinction entre euthanasie positive et euthanasie négative recouvre pratiquement les situations que nous venons d'évoquer, mais certains auteurs considèrent que le couple positif-négatif a une signification purement descriptive et technique, alors que l'opposition actif-passif implique un jugement moral et a une connotation psychologique. Il est certain que "tuer" ou "provoquer la mort" évoque d'autres images que "permettre de mourir" ou "ne pas prolonger l'agonie". L'omission entraîne l'idée d'oubli, de négligence sans intention de nuire, et atténue la responsabilité de l'acteur. Dans un cas, la cause de la mort est l'injection létale, donc le médecin; dans l'autre, c'est la maladie, la "nature". En réalité, dans les deux cas, sans l'intervention du médecin ou sans l'omission du médecin, la mort ne serait pas survenue à ce moment et de cette façon. Une omission est une décision médicale, et débrancher un appareil, retirer une sonde gastrique ou une perfusion sont des actes. De toute façon, l'intention et le résultat de l'intervention (euthanasie active) ou de l'absence d'intervention (euthanasie passive) sont les mêmes et on peut considérer que la responsabilité morale est la même (1-3).

" It is very seductive to want to make a distinction between a specific action that leads to death and inaction that similarly leads to death. It sounds so appropriate to disdain the role of the killer and to humbly accept the hand of the fate. This distinction, however, does not really indicate the rightness or wrongness of the behavior proposed.

.... The cornerstone of good decision-making is that the choice made should best serve the patient; the labels "action" and "inaction" - or "active" and "passive" - are no help at all (4)."

Une telle interprétation n'est pas exclusivement celle de moralistes laïques; certains théologiens catholiques peuvent avoir une position très proche :

" La distinction entre l'omis et le commis est toujours moralement *adéquate*, puisque, toutes choses égales par ailleurs, il est préférable de procurer une mort paisible en cessant le traitement que de le faire en tuant. Mais il n'est pas absolument évident que cette distinction soit dans tous les cas moralement *décisive*.

.... la tradition chrétienne regarde la vie comme une valeur fondamentale mais non absolue. Voilà pourquoi provoquer la mort peut être une forme de respect de la vie, particulièrement de la dignité et du bien-être total des personnes, qui comporte des aspects spirituels aussi bien que physiques. Cette même tradition a limité l'intervention à des moyens indirects, encore que cette limite soit sujette à discussion permanente chez ceux qui voient dans le soulagement de la souffrance un devoir d'amour pouvant, dans des cas exception-

....

nels, peser plus lourd que le devoir strict de ne pas détruire directement la vie (5)."

"Provoquer la mort peut être une forme de respect de la vie", B. Fonty, chirurgien et gynécologue-accoucheur, emploie la même expression : "Dans ma démarche, l'euthanasie n'est pas geste de mort mais geste de respect de la vie (6)."

-
1. J. RACHELS, "Active and passive euthanasia", New England Journal of Medicine, 292, 1975, pp. 87-80.
 2. J. RACHELS, The End of Life, New York, Oxford University Press, 1985.
 3. J. FLETCHER, "The patient's right to die". In Voluntary Euthanasia. Experts Debate the Right to Die, A.B. DOWNING, P. SMOKER, ed., London, Peter Owen, 1986, pp. 58-66.
 4. J. LYNN, "Choices of curative and palliative care for cancer patients", Ca, 36, 1986, pp. 100-104.
 5. L. SOWLE CAHILL, "Respecter la vie et donner la mort dans le cadre de la médecine", Concilium, 199, 1985, pp. 49-60.
 6. B. FONTY, "Euthanasie : le désir et la réalité", Autrement, 87, 1987, pp. 102-109.

ANNEXE III

Euthanasie active - euthanasie passive (sur le plan juridique).

Sur le plan juridique aussi, plusieurs auteurs contestent la validité de la distinction entre euthanasie passive et euthanasie active, entre action et omission. La professeur Ph. Graven, de Genève, spécialiste du droit pénal, écrit quant à lui :

" La distinction entre euthanasie active et passive, à laquelle les médecins sont attachés, n'est malheureusement guère opérationnelle pour les juristes, dès lors que l'abstention contraire à une obligation spéciale d'agir équivaut à une

action contraire à une obligation de s'abstenir. Les deux situations ne diffèrent pas non plus quant à l'imputabilité objective du résultat : la causalité est donnée quand la mort ne fût pas survenue si l'auteur qui a agi s'était abstenu de peser sur le cours naturel des choses ou si l'auteur qui s'est abstenu avait agi pour peser sur le cours naturel des choses (1)."

La même argumentation est développée par H.J.J. Leenen, professeur du droit de la santé à l'Université d'Amsterdam (2) :

" Juridisch bestaat er geen onderscheid tusschen actieve (handelen) en passieve (nalaten te handelen) euthanasie, omdat het voor het recht gelijk is of men handelt, terwijl men niet moest handelen, of dat men niet handelt, terwijl men wel moest handelen".

L'association médicale néerlandaise (KNMG), enfin, constatant que l'euthanasie est un fait, considère que la distinction entre euthanasie passive, euthanasie active et aide au suicide est moralement superflue et indésirable.

-
1. P. RENTCHNICK, "Evolution du concept "euthanasie" au cours des cinquante dernières années", Médecine et Hygiène, 42, 1984, pp. 1-34.
 2. H.J.J. LEENEN, J.J. RASKER, "De houding van de arts tegenover een verzoek over euthanasie", Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 126, 1982, pp. 553-556.
-

DE L'ETRANGER

AUSTRALIE

RESULTATS D'UN SONDAGE

V.E.S. Newsletter n° 28, Jan. 87 ; Wellington.

A la demande de V.E.S. un sondage public a été réalisé sur un échantillon de 815 personnes, par le "Roy Morgan Research Center", dans l'Etat de Victoria, pour préparer une enquête parlementaire sur les problèmes liés à l'euthanasie.

Les quatre questions suivantes furent posées :

1- Une personne malade en phase terminale ou blessée, sans aucune chance de guérison, a-t-elle le droit de choisir de mourir ?

OUI : 86,6 % ; suivant religion 81,2 à 88,5 ; sans religion 94,2.

2- Si un malade en phase terminale ou sans espoir de guérison demande à recevoir une dose létale ou toute autre forme d'aide pour mourir, peut-on l'aider à mourir ou non ?

OUI : 74,2 % ; suivant religion 66,3 à 80,3 ; sans religion 82,9.

3- Si une personne atteinte de maladie en phase terminale, ou d'un coma irréversible, ou de démence sénile, ou de souffrances dues à une maladie incurable, est incapable d'exprimer sa volonté, peut-on lui permettre de mourir ?

OUI : 83,9 % ; suivant religion 75,8 à 85,2 ; sans religion 94,0.

4- Le Gouvernement devrait-il légiférer pour établir officiellement le droit de mourir ?

OUI : 73,0 % ; suivant religion 68,6 à 77,8 ; sans religion 79,1.

Ne peuvent répondre, successivement : 4,5 ; 7,5 ; 2,1 et 4,7 %. Les autres ont répondu NON.

D'après cet échantillonnage, l'institut de sondage constate que les personnes d'un niveau intellectuel ou social plus élevé, ainsi que les personnes se déclarant sans religion, sont en général plus favorables aux propositions. Par contre, le sexe et le pays d'origine (nous sommes en Australie !) semblent avoir peu d'influence sur les réponses.

L. Goumet.

NOURRITURE ARTIFICIELLE !

TIME, U.S.A., 23-2-1987. (sous rubrique "Ethique").

Une discussion sur le thème "est-il moralement permis d'arrêter l'alimentation artificielle d'un patient dans le coma ?" s'est tenue à Boston, lors d'un congrès organisé par la "Catholic Health Association". Certains catholiques défenseurs inconditionnels du respect de la vie prétendent qu'enlever les sondes qui servent à nourrir artificiellement équivaut à tuer quelqu'un en l'affamant. Cependant, même dans les hôpitaux catholiques il arrive que cela se fasse dans des cas médicalement désespérés.

....

Plusieurs tribunaux américains ont reconnu à des patients le droit de faire arrêter cette technique. En dix ans on constate une évolution constante de l'opinion publique américaine en faveur de l'interruption des techniques de soin destinées à prolonger des vies végétatives (refus de l'acharnement thérapeutique). L'alimentation par sonde gastrique n'est qu'un cas particulier de ces techniques mais y mettre fin paraît plus choquant à certains.

Comme le fit remarquer un participant se définissant comme non religieux: "S'il est moralement admis de laisser mourir quelqu'un en cessant de le nourrir par sondes, pourquoi ne pas l'aider en lui faisant ensuite une injection létale indolore ?".

L. Goumet.

"RTVD - BULLETINEN" N° 16 - nov. 86. Stockholm.

SCANDINAVIE

SUEDE

Le bulletin suédois de l'association pour le droit à une mort digne annonce le décès de l'un de ses membres les plus anciens et actifs : Madame Alva Myrdal, secrétaire d'Etat, dont les activités importantes et variées ont été couronnées par le prix Nobel de la paix.

A cette occasion le bulletin retrace l'historique du mouvement :

1960 : dès les années 1960 un professeur de philosophie, Ingemar HEDENIUS (1908-1982), essaye par des débats et des articles dans la presse de briser le silence autour de la mort devenue sujet tabou.

1974 : un prêtre, membre du parlement, Marten Werner, dépose une proposition relative au testament de vie ; ceci entraîne la mise en place d'une commission d'enquête dont les rapports furent soumis à des autorités gouvernementales et municipales, ainsi qu'à de nombreuses organisations. A partir de ce moment, la mort se discute plus librement et les calmants de la douleur sont administrés beaucoup plus souplement dans les phases terminales.

1981 : une nouvelle proposition est déposée par le même parlementaire pour obtenir la légalisation du testament de vie ; cette proposition est rejetée.

1982 : la loi reconnaît le droit du patient à l'information, au refus des soins ; le droit à l'euthanasie active n'est pas reconnu.

N.B. : en Suède, le suicide et l'aide au suicide ne sont pas considérés comme des délits.

....

"RTVD - BULLETTINEN" N° 16 (suite)

NORVEGE

L'ancien premier ministre norvégien, Einar GERHARDSEN, est membre de l'association pour le droit de mourir dans la dignité de son pays : "Je suis devenu membre de cette association parce que je ne veux pas être maintenu en vie artificiellement alors qu'en fait toute vie est déjà terminée".

L'ancien premier ministre suédois Tage ERLANDER déclare ne pas avoir peur de mourir, "mais j'ai peur d'être maintenu dans un état désespéré".

DANEMARK

Le ministre de la Justice nommera sous peu une commission qui étudiera la légalisation du testament de vie.

Ceci a été obtenu grâce aux efforts conjugués de l'ADMD danoise et de l'association des médecins, qui ont organisé des rencontres avec des politiciens. Deux partis ont déposé conjointement une proposition au Parlement ; plusieurs membres d'autres partis se sont joints à eux et la proposition a été adoptée à la majorité.

Les deux organisations ont demandé d'avoir chacune, au moins, deux représentants dans la commission.

G.P.

de "Humanes Leben - Humanes Sterben", Augsburg. (3° tr. 86)

R.F.A.

Annnonce de faire-part de décès

de Frieda Priebe, née Hanbre
x 22.1.1906 I 24.5.1986

Il ne lui a pas été permis de passer ses derniers jours en paix et de mourir dignement.

Nous remercions la mort de l'avoir libérée de sa détresse.

Nous, ses proches parents, estimons qu'il est temps que des patients ne soient plus livrés sans défense à la toute puissance et à l'arbitraire des décisions médicales.

Des organisations indépendantes devraient contrôler les activités et les décisions des médecins ; elles devraient informer le patient concerné, ou dans certains cas sa famille, pour qu'il puisse en toute responsabilité décider de son sort.

Profondément affligés et bouleversés.

(Famille - adresse) _____

Cette annonce a paru dans la presse. Il y a lieu de noter que les annonces de décès, en Allemagne, sont généralement plus personnalisées que dans nos pays.

G.P.

Aide - Ecoute - Réconfort

S.O.S. Solitude

Bruxelles 1000, 24, rue du Boulet. Tél. 02/513.45.44.

Genval 1320, 227, avenue Albert Ier. Tél. 02/653.86.75 et 653.47.83.

Les Portes Ouvertes

Bruxelles 1000, 21-23, rue de Nancy. Tél. 02/511.11.48.

Ecoute Cancer Service d'accueil téléphonique : 02/230.69.00 et
Bruxelles 1040, 21, rue des Deux-Eglises. 230.52.53.

Centre de Prévention du Suicide

Bruxelles 1050. Tél. 02/640.65.65. Rendez-vous : Tél. 02/640.51.56.

Tele-Accueil

Bruxelles. Tél. 02/538.28.00. "Jour et nuit un ami vous écoute"

Brabant wallon. Tél. 010/22.88.77.

Charleroi. Tél. 071/31.01.83. Liège. Tél. 041/42.77.70.

Mons. Tél. 065/33.20.20. Arlon. Tél. 063/21.69.69.

Tele-Espoir

Libramont. Tél. 061/50.02.94.

Bien Vivre-Bien Mourir - Service d'Aide aux Grands Malades.

Liège. Tél. 041/23.39.40. - Urgences : 52.62.46 ou 52.31.64.

Permanence à l'Echevinat des Services Sociaux de la Ville de
Liège, 7, avenue Maurice Destenay, 4000 Liège.

Centrale de Services à Domicile (C.S.D.) Jour et nuit

Bruxelles 1060, 62a, rue de Bordeaux. Tél. 02/537.98.66.

Centre d'Aide aux Mourants (C.A.M.)

Bruxelles 1000, 15, rue des Prêtres. Tél. 02/538.03.27.

Aide psychologique aux proches et familles des mourants.

Continuing care

Bruxelles 1040, 21, rue des Deux-Eglises. Tél. 02/230.86.39 les
jours ouvrables de 9 à 12 et de 13 à 17 heures.

Soins à domicile par infirmières spécialisées dans le traitement
de la douleur (malades cancéreux) en accord avec le médecin
traitant.

Centres Publics d'Aide Sociale - C.P.A.S.

Voir aux diverses Communes.

