

ADMD

BULLETIN TRIMESTRIEL

SEPTEMBRE 1991 - n° 42

BELGIQUE asbl

30 Fr.

n° dépôt légal ISSN 07703627

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

Bureau de dépôt
Bruxelles X

55 RUE DU PRÉSIDENT
1050 BRUXELLES

TEL.: 02/502.04.85

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE



COMMUNAUTÉ FRANÇAISE
WALLONIE BRUXELLES

avec l'aide de

sommaire :

- Le billet du Président 1
- Dossier : L'euthanasie. Une é... comparée
réalisée par le Sénat : a. 2
- Nouvelles de l'ADMD 9
- Fédération mondiale et associations-soeurs
 - L'euthanasie est-elle justifiée aujourd'hui ? P.V. Admiraal (Pays-Bas) 10
 - Euthanasie, constitution et droit pénal.-Enrique Gimbernat Ordeig (Espagne) 12
- Revue de la presse 16
- Les livres 23

SECRETARIAT : 55, rue du Président, 1050 BRUXELLES - TEL. 02/502.04.85
Entretiens sur rendez-vous. Banque n° 210-0391178-29.

ASSOCIATION SOEUR D'EXPRESSION NEERLANDAISE : R.W.S.
33, Constitutiestraat - 2006 ANTWERPEN, Tél. 03/235.26.73.

(Les articles signés n'engagent que leur auteur).

COURRIER

Un de nos membres nous a autorisés à publier la lettre qu'il nous adressait il y a peu :

Mon cher Président,

J'ai le grand chagrin de vous faire part du décès de la grand-marraine de notre famille, Madame C.D. qui était membre de votre association.

Elle s'est éteinte sereinement aux premières heures du mercredi 26 juin, dans les bras de ma femme.

Elle avait été hospitalisée au service des soins palliatifs de Saint-Jean et je veux porter témoignage de l'extraordinaire dévouement et de l'affabilité attentive de tous ceux qui y oeuvrent sous la conduite de soeur Léontine, docteur en médecine. Le strict respect des opinions laïques de notre parente et de notre famille a lui aussi été remarquable.

Ma femme et moi témoignons de notre reconnaissance à ce service et nous serions par ailleurs disposés à soutenir toute initiative laïque pour l'instauration de services similaires.

H.A.R.

LE BILLET DU PRESIDENT

Il y a un an, dans le Billet du président, à propos de la suspension du Professeur Schwartzberg par le Conseil de l'Ordre des médecins, je notais une certaine évolution de son attitude au sujet d'une éventuelle législation sur l'euthanasie. Alors qu'il y avait toujours été fermement opposé, Léon Schwartzberg, dans un article du Monde, demandait qu'un "grand débat soit ouvert, réunissant malades, médecins, infirmières, politiques, magistrats, avocats". Il n'était plus question de considérer ce grave problème comme dépendant exclusivement de la conscience du médecin. Depuis lors, il est allé beaucoup plus loin : il a été le rapporteur d'une Commission du Parlement européen pour la rédaction d'une proposition de résolution sur l'assistance aux mourants (voir notre Revue de la presse). Cette proposition admet dans certaines circonstances le recours à l'euthanasie active, sans d'ailleurs utiliser le mot ; on parle de "*mettre un terme à une existence qui a perdu toute dignité*". C'est un très grand progrès, même si certaines des conditions exigées (et résultant d'amendements proposés par d'autres membres de la Commission) me paraissent criticables. Par exemple, pourquoi faut-il qu'un collège de médecins ait constaté "*l'impossibilité d'apporter de nouveaux soins spécifiques*" ? Que signifie l'expression "nouveaux soins spécifiques" ? Il ne peut s'agir de soins curatifs puisqu'il est dit au début de ce même article 8 qu'une des conditions d'application est l'absence de toute thérapeutique curative. Faut-il comprendre : traitements symptomatiques, non encore utilisés chez ce malade ? Dans ce cas, devraient-ils être imposés au mourant ? Celui-ci n'aurait-il droit à l'euthanasie qu'après avoir subi tous les traitements proposés par les médecins ? Jusqu'où irait-on ? Ce que nous voulons, c'est que tout individu conscient, capable de s'exprimer et atteint d'une maladie incurable, ait le droit de refuser tout traitement et de recevoir l'aide à mourir, sans que les médecins aient à décider s'il a reçu ou non assez de "soins spécifiques".

Yvon Kenis

DOSSIER

L'EUTHANASIE UNE ETUDE DE LEGISLATION COMPAREE REALISEE PAR LE SENAT FRANCAIS

Le Sénat français vient de publier une étude de législation comparée sur l'euthanasie : il nous a paru utile de présenter ici, face à face en quelque sorte, la situation de notre pays et celle des Pays-Bas, dont nous avons souvent cité en exemple l'originalité et le libéralisme. Nous reproduisons l'excellente note de synthèse de cet ouvrage, pour introduire notre comparaison, dont le texte est composé d'extraits de cette même étude. Par contre, les notes et les commentaires émanent de l'ADMD.

L'augmentation, dans les pays développés, du nombre des grands vieillards et, plus récemment, l'ampleur prise par le sida ont entraîné, au cours des dernières années, la multiplication des associations défendant le droit à une mort digne et à l'euthanasie volontaire, conçue comme la possibilité d'abrèger la vie d'un malade incurable.

Les sondages révèlent, dans tous les pays, un pourcentage croissant d'opinions favorables à l'euthanasie : entre 70 et 80 % des personnes interrogées sont d'accord pour qu'un médecin puisse mettre un terme à la vie d'un patient qui en aurait préalablement fait la demande par écrit et qui souffre d'une maladie incurable.

A ce jour, **aucun système juridique n'admet la possibilité de donner la mort à un malade incurable** mais, dans chaque pays, la loi et surtout la jurisprudence et la doctrine diffèrent beaucoup selon la façon dont la mort est administrée.¹ C'est pourquoi, dans les huit pays couverts par l'étude (six Etats de la Communauté européenne : Allemagne (uniquement l'ex RFA), Belgique, Espagne, France, Pays-Bas et Royaume-Uni ainsi que le Canada et les Etats-Unis), le problème a été analysé selon quatre critères :

- **L'euthanasie active** que l'on peut définir comme l'administration délibérée de substances létales dans l'intention de provoquer la mort, pour mettre un terme à la douleur et à la souffrance, à la demande du malade qui désire mourir (euthanasie active volontaire), ou sans le consentement de l'intéressé (euthanasie active involontaire). L'euthanasie active est qualifiée de **directe** ou d'**indirecte** selon qu'elle résulte de l'administration d'une substance essentiellement létale ou d'une dose mortelle de calmants.
- **L'euthanasie passive** considérée comme l'arrêt ou la non-fourniture d'un traitement nécessaire au maintien de la vie humaine (non-réanimation, interruption de l'alimentation ou de la respiration artificielle...).

¹ Jurisprudence : ensemble des décisions des juridictions sur une matière ou dans un pays, en tant qu'elles constituent une source de droit (la première étant la loi).
Doctrines : ici exclusivement celle des juristes et des Ordres de médecins.

- **L'aide au suicide** où le patient accomplit lui-même l'acte mortel, guidé par un tiers qui a préalablement mis à sa disposition les moyens de se donner la mort.
- Entre l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie, une troisième voie s'est dégagée : les **"soins palliatifs"** destinés à "accompagner les malades en phase terminale" puisqu'ils consistent en une assistance médicale, psychologique et médicamenteuse tendant à supprimer les souffrances du malade en phase terminale. On peut d'ailleurs noter, qu'à partir d'un certain dosage, il est difficile de distinguer les soins palliatifs et l'euthanasie. Le problème de l'euthanasie pourrait être réduit à quelques cas de vie végétative si tous les malades en phase terminale recevaient une assistance appropriée².

L'EUTHANASIE ACTIVE

Bien qu'il y ait eu, dans plusieurs pays étudiés (Belgique, Pays-Bas et Royaume-Uni), des initiatives législatives pour réglementer les questions touchant à l'euthanasie active, aucun système juridique ne l'autorise à ce jour, même sous une forme de **"meurtre par compassion"** commis par des médecins sur des malades qui ont exprimé leur consentement. Cependant, l'euthanasie active constitue une pratique relativement répandue aux Pays-Bas.

1) L'euthanasie active constitue toujours un crime

Dans tous les pays étudiés, même aux Pays-Bas, l'euthanasie active tombe sous le coup des articles du Code pénal punissant les crimes d'homicide, d'assassinat ou de meurtre. Les législations pénales allemande et néerlandaise sont les seules à reconnaître la notion de "meurtre sur demande", punie moins lourdement.

L'Association médicale mondiale et la Convention européenne des droits de l'homme condamnent violemment tout recours à l'euthanasie active.³

2) La jurisprudence et la doctrine apportent des atténuations à la législation

Les tribunaux interprètent le Code pénal plus ou moins strictement : ainsi les jurisprudences anglaise et canadienne et, dans une moindre mesure, les jurisprudences belge et française, se révèlent assez clémentes. Au Canada et au Royaume-Uni, les médecins qui pratiquent l'euthanasie active sont rarement poursuivis. A l'opposé, les tribunaux espagnols appliquent à la lettre les dispositions du Code pénal.

Les Ordres des médecins réprouvent toujours l'euthanasie active même lorsqu'elle est demandée par le patient. Les juristes, eux, ont tendance à prendre en compte l'état de nécessité dans lequel se trouve le médecin confronté à une demande d'euthanasie active de la part d'un malade en phase terminale. Dans certains pays (Canada, Espagne), les

² Ce n'est pas l'avis des Associations pour le droit de mourir dans la dignité, qui estiment que devrait aussi être respectée l'opinion des malades conscients qui, malgré les soins palliatifs, demandent que l'on mette fin à leur souffrance.

³ La Convention européenne qui date de 1950 ne mentionne pas l'euthanasie mais son article 2 stipule : "Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement sauf en exécution d'une sentence capitale..." L'Association médicale mondiale s'est prononcée en 1987 sur ce sujet.

juristes prônent une réduction de peine pour les auteurs des crimes par compassion, voire la légalisation de l'euthanasie active lorsqu'elle est réalisée dans certaines conditions.

3) Le cas particulier des Pays-Bas

Depuis le début des années 80, la Cour Suprême néerlandaise, qui a été amenée à se prononcer sur plusieurs cas d'euthanasie active, admet la notion de "conflit de devoirs" susceptible de justifier l'acte du médecin lorsque certaines conditions sont réunies :

- décision du malade, consciente, libre et formulée par écrit ;
- situation médicale désespérée ;
- souffrances insupportables ;
- confirmation du fondement de la demande par un autre médecin ;
- utilisation d'un produit convenablement dosé.

L'EUTHANASIE PASSIVE

1) Il n'existe pas de législation spécifique sur l'euthanasie passive, sauf aux Etats-Unis

Si l'on excepte les Etats-Unis, aucun des pays sous revue ne possède de législation spécifique sur l'euthanasie passive.

Tout au plus, peut-on mentionner le Canada où le Code criminel oblige quiconque entreprend un traitement à employer une "connaissance et des soins raisonnables", ce qui exclut les traitements imposant à un malade en phase terminale des souffrances disproportionnées. En Allemagne, en Belgique et en France, on peut seulement appliquer les notions d' "homicide par négligence", et de "non-assistance à personne en danger".

2) La jurisprudence et la doctrine admettent généralement l'euthanasie passive

La doctrine se montre presque unanime pour accepter l'euthanasie passive des malades en phase terminale : dans leur grande majorité, les médecins et les juristes de tous les pays sont d'accord pour reconnaître au malade le droit de refuser un traitement et pour éviter tout acharnement thérapeutique.

La jurisprudence des différents pays ne présente pas la même unité : en Espagne, les tribunaux sanctionnent très sévèrement les médecins pratiquant l'euthanasie passive. En revanche, dans tous les autres pays, ils se révèlent plutôt cléments même si, la plupart du temps, ils exigent l'existence d'un consentement éclairé du malade.

3) Le cas particulier des Etats-Unis

Il n'existe aucune réglementation fédérale sur l'euthanasie passive mais quarante et un Etats ont adopté une législation sur les testaments de vie autorisant toute personne à exprimer par avance son refus d'être maintenu en vie. L'Etat de New-York a récemment voté une loi permettant au malade atteint d'une maladie incurable de désigner un mandataire qui prendra en son nom toutes les décisions lors du stade ultime de la maladie.

En accord avec la législation, la jurisprudence reconnaît au malade conscient le droit d'obtenir la cessation du traitement. Si le patient est inconscient, les tribunaux exigent la preuve d'une manifestation de volonté antérieure.

L'AIDE AU SUICIDE

L'aide au suicide est punissable en Espagne, aux Pays-Bas (seulement lorsque celui qui aide est poussé par un mobile égoïste), au Royaume-Uni, au Canada et dans tous les États des États-Unis sauf au Michigan. Dans les autres pays, elle n'est pas répréhensible.

En Espagne et aux États-Unis, les tribunaux appliquent strictement la législation alors que partout ailleurs la jurisprudence se montre plutôt clément, surtout lorsque le malade a incontestablement accompli lui-même l'acte mortel.

La doctrine est en général partagée mais les Ordres des médecins (sauf aux Pays-Bas) sont très farouchement opposés à l'aide au suicide.

LES SOINS PALLIATIFS

Les premières unités de soins palliatifs sont nées au Royaume-Uni et au Canada où elles se sont ensuite développées.

De là, elles se sont ensuite implantées aux États-Unis et en France où une circulaire du ministère des affaires sociales de 1986 organise officiellement ce système.

Les unités de soins palliatifs sont relativement rares aux Pays-Bas mais presque tous les hôpitaux possèdent quelques chambres réservées aux malades en phase terminale.

En Belgique, quelques initiatives privées ont créé de telles unités. En Espagne, les soins palliatifs sont très peu développés et, en Allemagne, ils sont quasiment inexistant⁴.

SITUATION EN BELGIQUE

EUTHANASIE ACTIVE

1) **Législation.** Assimilée à un homicide volontaire avec préméditation, est passible de la peine de mort (articles 392 et suivants du code pénal). Le mobile charitable ne constitue pas une excuse au sens des articles 411 et suivants du Code pénal. La demande de la victime n'est pas une circonstance atténuante.

2) **Jurisprudence.** La matière relève de la Cour d'Assises, ce qui empêche de définir une ligne monolithique. De façon générale, les Cours d'Assises acquittent les accusés. En revanche, les quelques décisions émanant de magistrats professionnels appliquent strictement le Code pénal.

⁴ La rubrique "Soins palliatifs" n'est pas reprise dans notre comparaison.

3) **Doctrine.** *L'Ordre des médecins* est opposé à l'euthanasie active. Le Code de déontologie dispose :

- article 95 : "Provoquer délibérément la mort d'un malade, quelle qu'en soit la motivation, est un acte criminel" ;
- article 96 : "Cet acte ne trouve aucune justification dans le fait qu'il soit expressément sollicité par le malade".

Les juristes sont hostiles à la perspective d'une dépenalisation de l'euthanasie.

EUTHANASIE PASSIVE

1) **Législation.** L'euthanasie passive pourrait relever de l'article 401bis du Code pénal qui réprime "quiconque aura volontairement privé d'aliments ou de soins, au point de compromettre sa santé, un enfant au-dessous de l'âge de seize ans ou une personne qui, à raison de son état physique ou mental, n'était pas à même de pourvoir à son entretien".

2) **Jurisprudence.** Applique en fait les dispositions du Code pénal relatives à la non-assistance à personne en danger. Aucune jurisprudence marquante quant à l'autodétermination du patient.

3) **Doctrine.** *La doctrine médicale* admet assez généralement le recours à l'euthanasie passive. Le Code de déontologie dispose, en son article 97 : "Le médecin doit éviter tout acharnement thérapeutique sans espoir". *Les juristes* sont moins favorables. Ils admettent naturellement le droit du malade de refuser tout traitement ; en ce qui concerne le malade en phase terminale, ils préfèrent voir la pratique médicale recourir aux soins palliatifs plutôt qu'à l'euthanasie passive.

AIDE AU SUICIDE

1) **Législation.** Le suicide ne relève pas du Code pénal belge. La tentative de suicide n'est pas répréhensible. La complicité n'est donc pas pénalement punissable en théorie.

2) **Jurisprudence.** Réprime l'aide au suicide par le biais de l'incrimination de non assistance à personne en danger (article 420bis et suivants du Code pénal).

3) **Doctrine.** Exprime beaucoup d'hostilité à l'aide au suicide et approuve la jurisprudence.

Observations

Plusieurs associations travaillent activement :

- Association belge pour le droit de mourir dans la dignité ;
- Bien vivre, bien mourir ;
- Vivre sa mort ;
- Centre d'aide aux mourants.

Diverses propositions de lois ont été déposées depuis 1984 par MM. d'Hose, Gillet et Klein en vue de dépenaliser l'euthanasie, de façon plus ou moins large (la proposition d'Hose allant jusqu'à envisager l'euthanasie active du patient inconscient ou incapable, à la demande de ses proches). A contrario, un sénateur, M. Lenfant, a, pour sa part, déposé en 1988 une proposition de résolution "visant à inciter le gouvernement à examiner le problème de la pratique de l'euthanasie en Belgique, à informer la population sur la situation réelle, à en étudier les causes, à proposer des mesures concrètes pour y remédier et ce, en vue du respect absolu de la vie humaine".

Un sondage d'opinion réalisé en 1988 révèle que 83 % des Belges seraient d'accord pour autoriser l'euthanasie dans des cas "limités" (maladie incurable, etc).

SITUATION AUX PAYS-BAS

EUTHANASIE ACTIVE

1) **Législation.** Le Code pénal reconnaît depuis 1891 la notion de "meurtre sur demande" et énonce dans son article 293 que toute personne "qui prive autrui de la vie, même sur sa requête explicite et sérieuse, sera punie d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 12 ans et d'une amende de cinquième catégorie" (environ 100.000 fl). Un projet de loi de 1987 prévoyait de ramener à 4 ans et demi le temps de détention. L'article 40 du Code pénal stipule que l'homicide n'est pas punissable si son auteur l'a fait sous l'emprise d'une "force irrésistible", c'est-à-dire d'un conflit de devoirs dans une situation où un choix doit être fait. Lorsqu'il y a euthanasie active, le médecin n'est pas autorisé à mentionner une cause naturelle sur le certificat de décès et doit informer la police. Celle-ci examine la situation et enregistre la déclaration écrite du médecin. Le rapport est transmis au procureur général et une commission, composée des cinq procureurs généraux et du secrétaire général du ministère de la justice, décide, pour chaque cas, s'il y a lieu ou non d'engager des poursuites.

2) **Jurisprudence.** Les autorités judiciaires ne poursuivent pas souvent les médecins qui pratiquent l'euthanasie active (chaque année, deux cents cas sont effectivement soumis aux tribunaux alors que le nombre estimé des euthanasies est de cinq mille). Depuis 1973, nombreuses décisions des tribunaux locaux et des Cours d'appel et, depuis 1984, de la Cour Suprême. Celle-ci a cassé plusieurs jugements de condamnation des médecins prononcés par les Cours d'appel et a déclaré en novembre 1984 : "l'éthique médicale doit être considérée dans la même mesure que les articles du Code pénal concernant l'euthanasie" ; puis, un mois plus tard : "le Législateur se trouve dans l'incapacité de formuler les lois, et nous n'avons par conséquent pas de bases légales pour intervenir dans ce domaine du droit public. Nous devons donc tenir compte désormais du code de déontologie des médecins".

Pour la Cour Suprême, en cas d'euthanasie active, définie unanimement comme le fait, pour un médecin, de provoquer délibérément la mort d'un patient, à sa demande, le délit contre la vie demeure, mais l'atteinte à la personne disparaît : "celui qui satisfait une demande pressante et sérieuse de quelqu'un et qui lui aura donné la mort sera puni, mais plus légèrement que le coupable d'un meurtre ordinaire. Le consentement de la victime ne peut supprimer la sanction, mais il donne au meurtre un tout autre caractère".

La Cour Suprême, dont les décisions s'appliquent seulement à des cas particuliers, mais qui a une grande influence sur les tribunaux de rang inférieur, admet la notion de "conflit de devoirs" susceptible de justifier l'acte du médecin si plusieurs conditions sont réunies :

- décision du malade, consciente, libre et formulée par écrit (ce qui exclut les patients sous tutelle, inconscients ou devenus incompetents) ;
- situation médicale désespérée : état incurable créant une situation insupportable pour le patient ;
- consultation d'un autre médecin confirmant le fondement de la demande d'euthanasie ;
- utilisation d'un produit convenablement dosé, présence auprès du patient pour pouvoir intervenir et information de la famille et du personnel paramédical.

L'euthanasie active restant un délit, les médecins et institutions de soins cherchent à se protéger en adoptant une politique qui empêche le procureur d'initier des poursuites. C'est pourquoi les principales institutions de soins ont mis au point des procédures, signé des accords avec les procureurs et rédigé des protocoles comme celui de l'hôpital d'Utrecht : "Nous acceptons le point de vue de notre société qui admet que l'homme est responsable de sa propre existence, et qu'il a la liberté d'amener cette existence à son terme dans certaines circonstances entourant une affection physique incurable. Ces circonstances sont réunies lorsqu'il existe une requête émise librement par le patient, si l'affection est

incurable et insupportable pour le patient, et s'il y a eu consultation d'autres médecins et soignants".

3) **Doctrine.** Les juristes admettent assez largement le "meurtre sur demande", lorsqu'un médecin administre des opiacés à des malades incurables (euthanasie active indirecte), mais ils réprouvent presque tous l'euthanasie active directe. Il existe une volonté manifeste d'assouplir l'intervention pénale sans susciter une décriminalisation totale car l'euthanasie active est considérée comme un acte médical résultant d'un accord entre le patient et le médecin en l'absence d'alternative à une situation devenue insupportable pour le patient.

EUTHANASIE PASSIVE

Elle n'est pas considérée comme un acte d'euthanasie mais comme un acte médical normal : un médecin n'a pas d'obligation de poursuivre un traitement inutile, c'est-à-dire sans effets ou dont les effets seraient disproportionnés par rapport aux moyens mis en oeuvre. De même, un patient peut refuser un traitement.

Le code de déontologie prescrit cependant poursuite des soins et soulagement des douleurs.

AIDE AU SUICIDE

1) **Législation.** Le suicide n'est pas punissable, mais l'aide et l'incitation peuvent être punies d'un emprisonnement d'une durée maximale de trois ans s'il est prouvé que celui qui a aidé était poussé par un mobile égoïste.

2) **Jurisprudence.** Très clément.

3) **Doctrine.** En accord avec la jurisprudence.

OBSERVATIONS

Les sondages révèlent un pourcentage croissant d'opinions favorables à l'euthanasie : 39% en 1966, 81 % en 1981. L'association pour l'euthanasie volontaire compte plus de 30.000 militants⁵.

Le décalage entre la législation et la pratique a conduit à la création d'une commission étatique sur l'euthanasie en 1982. Après la remise de son rapport en 1985 et le dépôt d'une proposition de loi, le débat parlementaire s'est ouvert en mars 1986. Les péripéties de la vie politique (élections législatives, chute du gouvernement) ne lui ont pas permis d'aboutir et une commission d'enquête doit rendre son rapport avant le 1er août 1991.

L'euthanasie active volontaire (à la demande du malade) est donc possible pour les Hollandais. Si "le délit contre la vie demeure, l'atteinte à la personne disparaît" et le médecin n'est pas condamné à condition de respecter les exigences rigoureuses de la Cour suprême en la matière.

"Nous acceptons le point de vue de notre société qui admet que l'homme est responsable de sa propre existence ..." déclarent les médecins d'un grand hôpital d'Utrecht. Cette société, ces médecins d'un pays démocratique comme le nôtre, sont-ils foncièrement immoraux, inconscients de leurs devoirs ou au contraire, plus humains, plus confiants que nous aussi dans la solidité des valeurs sur lesquelles se fonde la démocratie pluraliste ? Ils sont respectueux surtout des droits de l'individu ; la tradition protestante y est peut-être pour beaucoup.

⁵ Plus de 40.000 en 1991.

NOUVELLES DE L'ADMD

Le docteur Y. Kenis a été nommé président de la Commission des Soins palliatifs instituée par le Ministre des Affaires sociales, Philippe Busquin.

La brochure **Autodélivrance** n'est plus disponible, le stock étant épuisé. Le Conseil d'Administration, à la suite d'une longue discussion, a décidé, à une forte majorité, qu'il n'était pas opportun d'en faire une nouvelle édition. Nous savons qu'une telle décision décevra certains de nos membres, mais elle nous paraît la plus sage dans l'état actuel des connaissances médicales sur le sujet, et de la législation dans notre pays.

A l'occasion du dépôt d'une proposition de résolution au Parlement européen sur l'euthanasie, notre brochure "Choisir sa mort, une liberté, un droit" a été adressée aux députés européens belges, luxembourgeois, français et hollandais ainsi qu'aux membres de la commission de la santé qui a présenté cette proposition.

FEDERATION MONDIALE ET ASSOCIATIONS SOEURS

Nous terminons dans ce numéro du bulletin la publication des articles consacrés au 8e Congrès de la Fédération Mondiale (Maastricht 1990). Le texte ci-dessous est un résumé d'une conférence faite par le docteur Admiraal, publié dans le numéro n° 14 d'EXIT ADMD Suisse romande.

L'EUTHANASIE EST-ELLE JUSTIFIEE AUJOURD'HUI ?

Cette question en soulève quatre autres pour l'auteur.

1. Le malade a-t-il le droit à l'autodétermination ?
2. Quelle est la définition de l'euthanasie ?
3. Qu'est-ce qui pousse un malade à réclamer l'euthanasie ?
4. De bons soins palliatifs terminaux éliminent-ils la demande d'euthanasie ?

1. DROIT A L'AUTODETERMINATION

L'auteur signale que, lors de ses propres études médicales, cette question n'était soulevée ni par le médecin, ni par le malade qui se confiait totalement aux mains de la Faculté, sans être renseigné sur son propre cas.

Le mourant était renvoyé dans sa famille, souvent seul face à d'atroces souffrances, sans que personne ne songeât à en blâmer le médecin. Actuellement en Hollande, le malade, complètement informé sur son cas, donne son accord pour toute décision à prendre ; même s'il refuse un traitement, il peut rester à l'hôpital, ce qui n'est pas le cas dans la majorité des autres pays.

2. DEFINITION DE L'EUTHANASIE

L'euthanasie consiste à mettre un terme à la vie de quelqu'un, à sa demande et de façon délibérée. En fait, c'est le médecin qui la pratique sur son patient.

Bien qu'officiellement illégale en Hollande, une telle pratique est tolérée par la justice si les principales conditions suivantes sont respectées :

- le patient doit formuler volontairement sa demande à plusieurs reprises ;
- la situation clinique doit être insupportable et sans espoir ;
- il faut une consultation avec un confrère.

A noter qu'en Hollande, ne sont pas considérés comme euthanasie les actes suivants :

- cesser toute forme de traitement dénué de sens ;
- cesser ou ne pas entreprendre un traitement selon la volonté du malade ;
- administrer des médicaments antalgiques à dose suffisante, même au risque de raccourcir la vie du patient.

3. RAISONS POUR UNE DEMANDE D'EUTHANASIE

Une telle requête est motivée non seulement par des causes physiques (perte des forces, fatigue, douleurs, détresse respiratoire, perte du sommeil, nausées et vomissements, soif, incontinence, décubitus, etc) mais également par des causes psychologiques, telles que la souffrance morale provoquée par la lente et progressive dégradation physique, l'anxiété, le chagrin dû aux pertes successives.

La demande d'euthanasie apparaît, en fait, au moment où le patient, qui est le seul à pouvoir l'évaluer, estime que son état physique et moral lui est devenu absolument insupportable.

4. SOINS PALLIATIFS ET DEMANDE D'EUTHANASIE

Une certaine littérature, surtout anglo-américaine, tend à affirmer que l'euthanasie n'est demandée qu'en cas de mauvais soins palliatifs. L'auteur déclare que, malgré les excellents soins palliatifs dispensés depuis plus de 18 ans dans son hôpital, 10 % des patients cancéreux en phase terminale demandent l'euthanasie. Connaissant les limites de la médecine face à la souffrance, à la dégradation physique et morale, à la perte de la dignité humaine, il semble impossible à l'auteur de refuser la mort douce réclamée comme une ultime possibilité faisant partie des soins terminaux.

Il estime que, bien que l'euthanasie soit décidée en équipe, c'est le médecin traitant qui en assume finalement la responsabilité en administrant lui-même au patient un ou deux médicaments provoquant une mort rapide, induite par une narcose évoluant en un coma profond. La famille peut participer à une telle décision, mais son avis n'est pas déterminant, car le patient reste seul juge en la matière.

A la suite de l'acte d'euthanasie, un protocole médico-légal est prévu, signalant qu'il s'agit d'une mort non naturelle, et accompagné d'une déclaration écrite du malade, ainsi que d'un questionnaire de contrôle.

CONCLUSION

En bref, les réponses du Dr Admiraal à ces quatre questions sont les suivantes :

- il appartient à chaque malade de décider de son sort
- l'euthanasie est le fait d'interrompre la vie d'un patient, sur sa demande instante et répétée, par l'intervention active et délibérée d'un médecin
- la demande d'euthanasie est dictée par d'intolérables souffrances et une perte de dignité humaine que le patient est seul à pouvoir évaluer
- des soins palliatifs de qualité doivent absolument être dispensés au malade en fin de vie ; ils ne peuvent cependant pas éviter une demande d'euthanasie dans tous les cas.

Oui, l'euthanasie a sa place dans le monde d'aujourd'hui.

P.V. Admiraal

"Responsable jusqu'à la fin" (Québec)

Yvon Bureau, président de la fondation "Responsable jusqu'à la fin", a participé à la rédaction d'un Avis du Conseil des affaires sociales du Québec (une institution officielle), publié en avril 1991, et intitulé "Admettre la mort. L'affronter avec sagesse et humanité".

On lit notamment dans les Recommandations finales que les établissements de soins doivent *"ajouter à leurs mandats celui d'aider les gens à mourir avec le plus de douceur possible, ... et dans le respect de leur dignité"*. On y dit aussi que le Comité d'éthique de chaque hôpital doit rédiger un protocole concernant la fin de la vie. Le terme d'euthanasie n'est pas utilisé dans ce document.

Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie

Le bulletin de mars 1991 de la Société néerlandaise pour l'euthanasie volontaire (NVVE) signale que 454 cas d'euthanasie ont été officiellement déclarés aux Pays-Bas en 1990 (contre 16 en 1984 et 126 en 1987). Ces chiffres ne représentent qu'une faible proportion des cas effectivement pratiqués.

Dans le même bulletin, il est fait mention d'une enquête, réalisée de 1986 à 1989 par un groupe de travail de l'université d'Amsterdam auprès de 670 médecins de famille, d'où l'on conclut qu'environ 2000 cas d'euthanasie volontaire et/ou d'aide au suicide sont pratiqués chaque année. Ces chiffres sont inférieurs aux estimations souvent citées - mais beaucoup moins bien établies - allant de 5000 à 20.000 cas.

Euthanasie, Maart 1991.

Asociacion espanola para el derecho a morir dignamente

EUTHANASIE, CONSTITUTION ET DROIT PENAL

par Enrique Gimbernat Ordeig
professeur et directeur du Département de Droit pénal
de l'Université de Madrid

(publié dans le bulletin n° 25 (avril 1991) de l'association espagnole.

L'actuelle discussion juridico-pénale sur l'euthanasie a pour objet les trois situations suivantes. Dans la première situation il y a certitude ou risque considérable d'une mort prochaine du patient, lequel peut, en même temps, souffrir de douleurs aiguës ; à titre d'exemple, mentionnons le cancéreux au stade terminal ou le polytraumatisé en état grave. Dans la deuxième situation, la mort n'apparaît pas comme un risque immédiat mais le sujet, à la suite par exemple d'un accident de la circulation ou d'un fait de guerre, doit subir l'atteinte dramatique d'amputations multiples et de la perte d'un ou de plusieurs sens, ce qui, de plus, est souvent accompagné d'intenses souffrances physiques (comme illustration extrême de cette deuxième situation, on pourrait prendre la situation du protagoniste du film "Johnny a pris son fusil"). Dans la troisième et dernière situation, il n'y a pas de risque de mort imminente et pas non plus de souffrances, mais le patient a irrémédiablement perdu conscience et est maintenu en vie, parfois pendant plusieurs

années, à l'aide des appareils de réanimation modernes, comme c'est arrivé en Espagne avec le joueur de l'Atlético de Madrid Martinez et aux Etats-Unis avec Karen Ann Quinlan. Dans cette dernière situation ni dans les deux précédentes, il ne se pose évidemment aucun problème pénal si, indépendamment du fait qu'on maintient d'autres fonctions comme la respiration ou la circulation, il y a mort cérébrale ("encéphalogramme plat") puisque c'est le moment qui médicalement et juridiquement (art. 5.1 de la loi 30/1979, du 27 octobre, sur l'extraction et la transplantation d'organes, et art. du Décret royal 426/1980, du 2 février) détermine la mort d'une personne ; aussi est-il indiscutable que, dans ce cas, le débranchement d'un appareil respiratoire ou d'un pace-maker ne constitue nullement un délit contre la vie (homicide, assassinat, etc) car tous ces comportements punissables se caractérisent par le fait qu'ils causent la mort de quelqu'un qui est encore en vie, alors qu'un mort (cérébral), on ne peut pas le tuer.

Par contre, si cette mort cérébrale ne s'est pas produite, on pourrait penser à l'éventuelle existence d'un délit contre la vie, si le médecin ou un parent décidait d'abréger la vie de la personne qui se trouve dans l'une des trois situations que nous avons décrites au début. L'action de tuer peut alors adopter l'une des formes suivantes : euthanasie indirecte, quand on administre des calmants dans l'intention principale de soulager les douleurs tout en sachant que cela peut avoir pour conséquence secondaire, mais pratiquement certaine, d'avancer la mort ; euthanasie passive, quand le médecin décide de ne pas prolonger la situation du patient et suspend toute assistance, soit en omettant de soigner la pneumonie qui atteint le cancéreux au stade terminal, soit en débranchant l'appareil respiratoire du polytraumatisé qui ne pourra plus jamais reprendre conscience et, finalement, euthanasie directe, quand il y a propos de causer la mort du patient et que pour cela on lui administre, par exemple, une surdose de morphine.

Une première caractéristique de l'une ou l'autre des trois situations que nous avons décrites au début du présent article, c'est que, à la différence de ce qui arrive dans la plupart des homicides ou des assassinats réels - où l'on tue une personne contre sa volonté - ici le patient peut souvent être d'accord pour qu'on le prive de la vie, voire même l'exiger. Pour tous les cas où il y a consentement du patient, nous avançons la thèse suivante : les types d'homicide (consenti) ou de l'omission du devoir de porter assistance seront justifiés par l'état de nécessité mentionné à l'art. 8.7 du CP et, par conséquent et indépendamment du fait qu'il s'agirait d'euthanasie directe, passive ou indirecte, l'euthanasie ne serait pas punissable.

Il en est ainsi parce que dans les cas qui nous occupent l'euthanasie est l'unique manière de sauvegarder les droits protégés par la Constitution espagnole (CE) que nous exposons ci-après. D'abord, le droit au "libre développement de la personnalité" (art. 10.1 CE), car fréquemment la personnalité ne se manifeste pas seulement dans la vie, mais aussi dans la mort que l'on choisit : Salvador Allende refusant l'occasion de fuir Santiago et mourant, la mitrailleuse à la main, dans le Palacio de la Moneda ; Sigmund Freud, après seize années de lutte titanique contre le cancer, pendant lesquelles il s'est soumis à plus de trente opérations et a pu continuer à produire une oeuvre scientifique capitale pour l'histoire de l'humanité, choisissant lucidement et volontairement la mort, qui lui fut donnée par son médecin de famille, parce que sa vie n'était plus qu'une "torture physique" et "n'avait plus aucun sens", constituent deux exemples évidents que la personnalité ne se manifeste pas seulement dans la manière de vivre, mais aussi dans la manière de mourir. En outre, quand le patient le demande, grâce à l'euthanasie on protège aussi la "dignité de la personne" (art. 10.1 CE), car nul n'est plus apte à décider que l'intéressé lui-même d'une situation limite où se trouve la dignité : de continuer à lutter pour survivre ou de renoncer aux tuyaux, aux sondes, aux instruments des unités de soins

intensifs, pour pouvoir mourir en paix. Le respect des volontés du patient, qui veut mourir garantit aussi la "liberté idéologique des individus" (art. 16.1 CE), car le seul argument pour justifier pourquoi dans ces cas il faut ne pas respecter la volonté du patient et le maintenir en vie contre sa volonté, c'est la thèse catholique selon laquelle c'est Dieu, et non l'homme, qui peut disposer de la vie humaine, mais cet argument manque de tout fondement éthique en dehors du cadre strictement religieux et, dès lors, il ne peut être partagé par les athées, qui sont des citoyens comme les autres. Finalement, l'art. 15 CE interdit les "traitements inhumains" ; que les unités de soins intensifs puissent parfois devenir des chambres de torture, que certaines maladies puissent provoquer des souffrances supérieures à celles qui sont provoquées par un policier sadique, voilà qui est hors de doute ; dès lors, dans ces cas d'euthanasie consentie, la mort du patient représente, en même temps, la fin d'un "traitement inhumain".

Il va de soi que l'euthanasie consentie - par quoi j'entends, outre celle qui est exécutée avec le consentement actuel, également et dans le cas du patient inconscient et s'il n'y a pas de circonstances ultérieures qui le modifient, l'euthanasie à laquelle on a donné son consentement antérieurement dans ce qu'on appelle "testament de vie" - n'est pas seulement un comportement qui, comme nous venons de l'exposer, protège différentes valeurs et intérêts constitutionnels - s'il n'y avait que cet aspect positif, il ne se serait jamais posé aucun problème juridique - mais qui, d'autre part, préjudicie un droit fondamental : le droit à la vie (art. 15 CE). Cependant, cette vie que l'on préjudicie est une vie dévaluée dans la mesure où son titulaire y renonce, où sa fin est proche et/ou elle est purement devenue une souffrance physique, et où, par conséquent, il y a bien souvent incompatibilité entre les deux droits garantis par le même art. 15 CE : le droit à la vie et le droit à ne pas se voir infliger de traitement inhumain. La thèse que l'on soutient ici ne nie donc pas que l'euthanasie volontaire corresponde formellement à un type de délit (en général, l'homicide consenti de l'art. 4089, 2^o, CP) mais affirme que ce comportement est justifié par un état de nécessité, parce qu'à côté du préjudice porté à un unique droit fondamental (d'ailleurs dévalué, dans ce cas concret), il représente aussi une défense massive - et prévalente - de nombreux autres intérêts constitutionnels (libre développement de la personnalité, dignité humaine, etc).

L'argumentation utilisée jusqu'ici, selon laquelle la volonté du patient justifie pleinement l'euthanasie, sous toutes ses formes, implique aussi, par contre, que si l'intéressé veut lutter pour sa vie ou essaie de se sauver moyennant, par exemple, son entrée - ou son maintien - dans une unité de soins intensifs, en principe et sauf les exceptions que j'exposerai ci-après, le médecin est obligé du point de vue juridico-pénal de tenter d'arracher des griffes de la mort le malade ou le traumatisé ; dans ce cas, la survie ou la tentative de l'assurer (en définitive, le droit constitutionnel à la vie) n'entre pas en conflit - mais coïncide au contraire - avec les intérêts constitutionnels du libre développement de la personne et de liberté idéologique. Toutefois, il existe deux cas où la solution juridique ne découle pas du critère de consentement - que, d'autre part, dans un cas on ne donne généralement pas et dans l'autre cas on ne peut pas donner - mais de la situation objective elle-même qui se présente. Premier cas : si le pronostic du malade ou de l'accidenté est la mort et que le mal soit déjà entré dans une phase irréversible, il n'y a aucune responsabilité pénale quand le médecin n'agit pas ou ne maintient pas les mesures d'assistance déjà mises en oeuvre. La signification médicale des instruments de réanimation - par ailleurs coûteux et rares - c'est de pouvoir maintenir artificiellement en vie (et c'est dans ce but qu'on les a inventés) celui qui, en définitive, a des chances de survivre et non pas de créer des cadavres vivants, c'est de rendre la vie aux personnes et non pas de prolonger leur agonie ; dès lors, dans ce cas, l'intérêt opposé à celui d'autres patients dont le pronostic est meilleur (art. 8.7 CP) et l'exercice légitime de la profession médicale (art. 8.8 CP) exigeraient d'interrompre - ou de ne pas appliquer - l'assistance à

l'aide d'instruments inventés pour guérir - et non pour faire souffrir celui qu'on ne peut pas guérir -, portant ainsi assistance à une personne "en danger" au sens de l'art. 489 bis CP, parce qu'ici la personne "en danger" n'est pas celle qu'on abandonne, mais celle que les sondes, tuyaux et autres appareils ne laissent pas mourir. Le deuxième cas où la situation objective rend le consentement juridiquement inadéquat, c'est celui des personnes qui, sans être cérébralement mortes, se trouvent dans un coma irréversible sans possibilité de reprendre conscience. Pour les mêmes raisons que nous venons d'exposer à propos du cas précédent : parce que la finalité des instruments de soins intensifs modernes, c'est de rendre la vie et la conscience à une personne - et non de la prolonger dans l'inconscience -, parce que c'est cette finalité qui détermine les limites de l'exercice légitime de la profession médicale, et parce qu'ici la personne en danger est, en réalité, celle qu'on ne laisse ni vivre ni mourir ; pour toutes ces raisons, il est pleinement justifié de suspendre l'assistance à ce genre de patients, pour l'apporter, peut-être, à d'autres patients qui, eux, peuvent reprendre conscience et retrouver la santé en entrant dans une unité de soins intensifs.

En conclusion : les solutions que l'on propose ici partent de l'idée que c'est le consentement qui est décisif et que, par conséquent, dans des situations d'une extrême gravité - comme le sont toutes les euthanasies - c'est la volonté de l'intéressé qui détermine la limite entre ce qui est licite et ce qui est illicite ; c'est seulement dans deux cas : processus irréversible de la maladie ou des lésions d'un malade terminal, et situation où il n'y a pas de retour possible à la conscience et indépendamment de ce qu'aurait pu être le désir du patient, que le médecin doit renoncer à prolonger la vie artificiellement. Comme nous avons aussi tenté de le démontrer dans notre exposé, il est possible de fonder la légitimité de ces solutions à partir d'arguments tirés du droit actuellement en vigueur en Espagne ; mais comme celui-ci ne régleme pas expressément l'euthanasie, et comme les situations auxquelles nous nous sommes référé sont toutes absolument réelles, la certitude juridique exige une intervention du législateur. Le Projet alternatif allemand sur l'euthanasie de 1986 et le Projet gouvernemental hollandais de la même année (le premier dépénalise dans des cas extrêmes et le second dépénalise ouvertement l'euthanasie directe) prouvent qu'il est possible d'aborder cette tâche législativement.

Freud a écrit un jour que devant un cadavre nous éprouvons "*presque comme une admiration à l'égard de quelqu'un qui a mené à bien une tâche très difficile*". Ne la rendons pas plus difficile qu'elle ne l'est déjà en soi. Et surtout pas en contrariant la volonté de nos semblables et en leur opposant le droit pénal.

Traduction A.M. Frederic

"Goodbye" A right to die society (Canada)

Une nouvelle association pour le droit de mourir dans la dignité a été créée récemment au Canada. Le premier numéro de son bulletin est sorti en mai de cette année et donne un bref compte-rendu de la première assemblée générale. Il y est clairement indiqué que l'un des buts de la société est d'obtenir le vote d'une loi rendant possible pour tout individu la liberté du choix de sa mort et l'aide de son médecin pour y parvenir.

Nous adressons nos vœux de succès à notre association-soeur.

REVUE DE LA PRESSE

Le projet de résolution sur l'aide aux mourants adopté par une commission du Parlement européen, dont nous avons rendu compte dans notre bulletin de juin dernier, a été abondamment commenté dans la presse et a soulevé de nombreuses controverses.

Rappelons d'abord, pour que les choses soient claires, que le texte de la commission doit encore être soumis au Parlement européen pour discussion et vote avant de devenir une "résolution" c'est-à-dire une prise de position officielle mais sans aucune valeur contraignante pour les Etats membres.

Après avoir rappelé le droit des malades à bénéficier des soins les meilleurs et le droit des patients inguérissables à disposer de soins palliatifs appropriés, *"En l'absence de toute thérapeutique curative, et après échec de soins palliatifs correctement conduits tant sur le plan psychologique que médical, chaque fois qu'un malade pleinement conscient demande, de manière pressante et continue, qu'il soit mis un terme à une existence qui a perdu pour lui toute dignité, et qu'un collège de médecins constitué à dessein constate l'impossibilité d'apporter de nouveaux soins spécifiques, cette demande doit être satisfaite sans qu'il soit, de cette façon, porté atteinte au respect de la vie humaine"*. Ce texte vise donc à "dépenaliser" l'euthanasie pratiquée dans les conditions qui sont décrites.

x x
x

La plupart des journaux belges ont rendu compte avec plus ou moins d'objectivité de ce vote. Plusieurs quotidiens ("Le Rappel", "L'Avenir du Luxembourg", "Le Courrier de l'Escaut", "Le Jour") publient, en guise de commentaire, sous le titre "Euthanasie : l'inquiétude des évêques européens", la prise de position du COMECE (Commission des Evêques de la Commission européenne) désapprouvant le texte, en le tronquant d'ailleurs, et en opposant l'euthanasie aux soins palliatifs.

Dans "La Cité", la parole est donnée à Soeur Marie-Antoinette de la Trinité, supérieure générale des Petites Soeurs des Pauvres, qui écrit que *"la dignité de l'homme ne consiste pas à pouvoir choisir le moment de sa mort, mais à être conscient que son premier droit est le droit au respect de sa vie ..."* ce qui semble témoigner d'une étrange conception d'un "droit" qui apparaît plutôt être un "devoir".

Le "Luxemburger Wort" publie les déclarations de la Conférence internationale des Ordres ainsi que du bureau des supérieurs majeurs de France, du conseil des supérieures majeures de France et des religieuses en profession de santé, qui estiment que *"les demandes formulées telles que le texte de résolution le suggère sont extrêmement rares"* (ceci signifierait-il que les malheureux ne méritent miséricorde que s'ils sont nombreux ??) et que *"entrer dans la logique du texte c'est tuer deux fois la personne humaine"*.

L'hebdomadaire protestant "La Réforme" publie trois articles : un premier opposé au texte, un second en sa faveur, qui réfute l'argumentation du premier et un

troisième qui analyse les positions diverses de la communauté protestante face au problème de l'euthanasie.

"La Dernière Heure" donne la parole au Dr Lise Thiry (13 août 1991) qui estime qu'il est difficile de légiférer dans un domaine où les situations individuelles vécues n'ont pas été étudiées. Le même journal publie une interview du Dr Wynen qui se déclare fondamentalement opposé à toute forme d'euthanasie volontaire qu'il estime totalement en désaccord avec l'éthique médicale (15 août 1991).

"Le Soir" quant à lui se contente de reproduire l'avis d'un Comité d'experts de l'OMS qui admet l'euthanasie passive mais non l'euthanasie active.

Enfin "Le Monde", seul journal français que nous suivions, rend longuement compte de la résolution sans l'attaquer ouvertement mais en la présentant de manière partielle (3 mai 1991). A la suite de cette présentation, notre ami le Professeur M. Englert a adressé au "Monde" la lettre suivante, que nous reproduisons, car elle rencontre la plupart des objections présentées par les opposants.

"Le Monde" du 3 mai consacre un long article à la proposition de résolution de la Commission de la santé publique du Parlement européen admettant que dans certaines conditions bien précises une demande d'euthanasie de la part d'un patient au stade ultime d'une affection incurable puisse être satisfaite. Les prises de position de l'auteur sont pour le moins contestables. Il écrit que cette proposition a été introduite "subrepticement" et de manière "légère", alors qu'elle a fait l'objet d'une étude qui dure depuis plus d'un an, qu'elle a suivi la procédure normale de travail de la commission et que les problèmes d'aide aux mourants sous toutes leurs formes sont parfaitement du ressort de cette commission. Il rappelle que cette proposition va à l'encontre du code français de déontologie médicale, mais, outre le fait qu'un tel code n'est pas immuable, cette déontologie est loin d'être identique dans les différents pays européens. Il reprend enfin le thème de la prétendue opposition entre les soins palliatifs et l'euthanasie, alors que sur le plan médical les deux options, loin d'être contradictoires, sont complémentaires et que le texte de la proposition n'envisage d'ailleurs la possibilité d'une euthanasie à la demande pressante et continue d'un patient conscient "qu'en l'absence de toute thérapeutique curative et après échec de soins palliatifs correctement conduits". Après un compte-rendu aussi partial, on peut s'étonner de ce que l'auteur se déclare partisan d'un "débat serein".

x x
x

Cette revue de presse démontre l'importance du débat provoqué par l'initiative du Parlement européen. Les adversaires de l'euthanasie se mobilisent pour empêcher que soit reconnu le droit des mourants à choisir les modalités de leur propre mort.

Les libertés dont, en théorie, tout le monde se réclame, doivent décidément avoir beaucoup d'ennemis inavoués, quand on constate combien la liberté la plus élémentaire, celle de pouvoir disposer de sa propre vie, soulève de tempêtes.

L'AFFAIRE BEN ABADJI

Un juge d'instruction accusé « d'acharnement thérapeutique »

Un juge d'instruction bruxellois a-t-il ordonné le maintien artificiel en vie d'un homme, M. Mohammed Ben Abadji, victime d'une agression en mai dernier et qui a depuis lors sombré dans le coma ?

C'est la question qu'ont posée plusieurs journaux, mardi, faisant état d'une plainte déposée contre le juge par l'épouse de la victime qui accuse le juge d'abus de pouvoir et qui demande que l'on mette fin à la vie artificielle de son époux.

« Mme Ben Abadji a bien adressé une lettre au procureur général Van Audenhove, dans laquelle elle se plaint des pratiques du juge d'instruction Etienne Marique, qu'elle accuse d'avoir donné des instructions pour que son mari soit maintenu en vie artificiellement », a confirmé mardi le cabinet de M. Van Audenhove. « Mais, souligne-t-on à même source, il n'est pas de la compétence d'un juge d'instruction de pouvoir ordonner le maintien en vie d'une personne ; c'est une question purement médicale et l'on voit d'ailleurs difficilement un médecin marcher dans ce genre d'histoire », ajoute-t-on.

Les services de M. Van Audenhove précisent qu'une « suite normale » est maintenant donnée à cette lettre et que des informations supplémentaires ont été demandées, via le Parquet, au juge d'instruction M. Marique. Mardi matin, le Parquet de Bruxelles s'est contenté pour sa part d'une petite phrase laconique : « Le juge d'instruction suit l'évolution de l'état de santé de la victime ».

Le 27 mai dernier, M. Mohammed Ben Abadji (39 ans) avait été retrouvé grièvement blessé au home pour personnes âgées « Les jardins d'Uccle », qu'il exploitait à Uccle, rue Ritteweger. Dès le départ, l'enquête avait écarté la thèse de l'accident et opté pour l'acte criminel. La victime avait été transférée à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles et, à ce jour, il n'est pas encore sortie du coma.

Cet événement a suscité la publication de nombreux articles, dans presque tous les journaux belges. Ces journaux reprennent pour la plupart les faits tels que décrits dans la coupure de presse ci-jointe. Certains les accompagnent de commentaires, qui dans "La Libre Belgique" du 15 août, occupent toute une page. Le docteur Marin, président du Conseil de l'Ordre du Brabant, y rappelle l'interdiction absolue de l'euthanasie active par le code de déontologie de 1975. Cette position de l'Ordre des médecins est la même que celle de l'Eglise catholique, qui admet cependant par la voix du pape Jean-Paul II, que "dans l'imminence d'une mort inévitable malgré les moyens employés, il est permis en conscience de prendre la décision de renoncer à des traitements qui ne procureraient qu'une survie précaire et pénible". Il est même permis, en cas de douleurs intolérables, d'administrer des calmants à des doses qui peuvent "abrégier le cours d'une vie dont l'issue est devenue inéluctable".

Tout ceci est très loin de la situation créée par le coma de Mohammed Ben Abadji, et cette affaire est elle-même assez éloignée de nos préoccupations ; à notre connaissance, Ben Abadji n'avait pas rédigé de testament de vie. D'autre part, l'état du patient comateux pourrait être dû à une tentative d'assassinat et il est normal que l'aspect judiciaire soit pris en considération.

LE JOURNAL DU MEDECIN - 3 septembre 1991 - N° 569

Ethique médicale

Moins catholiques que le pape.

Les représentants d'une trentaine de facultés de médecine d'universités catholiques se sont réunis à Louvain pour discuter d'éthique médicale. Les points de vue exprimés avaient parfois de quoi surprendre, surtout lorsque fut abordée la question de l'euthanasie.

...

Autre thème fort du congrès : la prolongation artificielle de la vie ou, formulé autrement, l'acharnement thérapeutique. On sait qu'en matière d'euthanasie, l'Eglise ne transige point. Pourtant, le Pr O'Rourke, directeur du Center for Health Care Ethics de Saint-Louis, aux Etats-Unis, pense qu'il ne faut pas prolonger à tout prix la vie, aux dépens de la qualité de cette vie. Il a mis cette situation en parallèle avec celle des martyrs qui préfèrent renoncer à la vie plutôt que trahir Dieu. Pour O'Rourke, ce n'est pas la mort que ceux-ci choisissent, mais un autre bien, tout en étant conscients du fait que ce choix entraînera leur mort.

Le Pr O'Rourke va même plus loin : pour lui, l'arrêt d'un traitement médical - cet arrêt entraînant le décès du patient - peut être justifié non seulement par les souffrances du malade, mais aussi par celles de son entourage. C'est par exemple le cas lorsqu'un patient souffrant d'une maladie incurable estime que sa maladie constitue une charge trop importante pour son entourage et demande à ce que l'on interrompe le traitement.

Le Pr O'Rourke s'est également élevé contre les théologiens qui jugent qu'une thérapie est efficace aussi longtemps qu'elle permet de maintenir en vie un patient, même si cette vie est purement végétative, sans espoir de rétablir les fonctions mentales. Il propose au contraire d'évaluer l'efficacité de ces thérapies (respiration et alimentation artificielles) selon les mêmes critères que les autres traitements médicaux.

L'euthanasie constitue d'ailleurs, actuellement, un sujet de débats incessants dont la presse internationale se fait régulièrement l'écho. La controverse dépasse largement le cadre des discussions théologiques et concerne surtout des notions de qualité de vie et de dignité humaine.

En Belgique, l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD) insiste depuis plusieurs années sur la nécessité de modifier notre législation en matière d'euthanasie. Elle a récemment édité une brochure, "Choisir sa mort, une liberté, un droit", destinée avant tout au corps médical. Aujourd'hui, elle s'adresse à nouveau à celui-ci, estimant que "la présence d'un grand nombre de médecins dans notre mouvement augmenterait certainement de beaucoup son impact".

Changer la loi ? Pour l'ADMD, il existe aujourd'hui une contradiction majeure entre l'opinion publique et la loi. L'association rappelle en effet que "la dernière enquête réalisée en Belgique sur le sujet a montré que plus de 80% des personnes interrogées acceptaient le principe d'euthanasie volontaire". Or, "le Code pénal ignore l'euthanasie et celle-ci peut être considérée comme un meurtre (euthanasie active) ou comme non-assistance à personne en danger (euthanasie passive)". C'est pourquoi l'ADMD estime que cette contradiction doit disparaître.

Mais entre ceux qui condamnent toute forme d'euthanasie et ceux qui demandent sa légalisation (dans certaines conditions bien précises), d'autres opinions existent. Ainsi, de nombreux médecins sont d'avis que l'euthanasie doit être jugée au cas par cas, par le médecin, le patient et ses proches, mais que dans ce domaine, une légalisation, même limitée ouvrirait la porte à de dangereux abus. D'autres estiment quant à eux qu'une extension des soins palliatifs permettrait, dans la plupart des cas, d'éviter le recours à l'euthanasie. Le débat, en tout cas, est loin d'être clos. Normal, puisqu'il touche au plus grand des tabous : notre propre mort.

B. Prinzie
Extrait du Journal du Médecin,
3 septembre 1991, n° 569.

"La Cité" du 20 août 1991

LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

Dans *La Cité* du 27 juin 1991, nous publions une réflexion du Père Boné, du Centre d'études bioéthiques de l'UCL, sur le débat concernant l'euthanasie et qui avait lieu en commission du Parlement européen. Le professeur Yvon Kenis, président de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD), réagit à cette analyse et donne son point de vue.

« L'article du Père Boné, publié dans votre numéro du 27 juin, à propos du rapport de la Commission du Parlement européen sur l'assurance aux mourants, contient des affirmations qui me paraissent être à côté de la réalité. Il présente ce rapport, rédigé par le professeur Léon Schwartzberg et amendé par la Commission, comme « un inquiétant amalgame du meilleur et du pire ». Il semble y découvrir « le droit que nous aurions dès lors de décider la mort (c'est moi qui souligne) d'un individu par euthanasie directe ». Cela ne me paraît pas du tout correspondre à l'esprit et au texte de ce projet de résolution qui dit très explicitement, dans son article 8, que l'on peut mettre fin à la vie d'un malade (en d'autres termes, pratiquer l'euthanasie active) à condition que le malade soit « pleinement conscient » et qu'il en fasse la demande « de manière pressante et continue, en l'absence de toute thérapeutique curative et après échec de soins palliatifs correctement conduits, tant sur le plan psychologique que médical », et après avoir pris l'avis d'un collègue de médecins.

On peut comprendre que certaines personnes et certains groupes sociaux soient opposés à la pratique de l'euthanasie active, même avec les garanties mentionnées ci-dessus, mais il faut admettre dans ce domaine la pluralité des opinions et il faut savoir que, dans tous les pays où des enquêtes ont été réalisées, une forte majorité de la population estime que l'euthanasie active volontaire devrait être légalement possible, pour autant, justement, que les conditions ci-dessus soient respectées. C'est la position défendue par les associations pour le droit de mourir dans la dignité, qui regroupent des centaines de milliers de membres dans le monde.

Les soins palliatifs doivent sans aucun doute être développés et proposés à tous les mourants, mais ils ne doivent pas être utilisés comme un argument contre la reconnaissance du droit à l'euthanasie volontaire. Le traitement de la douleur — qui n'est pas efficace dans cent pour cent des cas — ne résout pas tous les problèmes. La vie peut, pour un individu donné, perdre tout sens et être à proprement parler insupportable, malgré les soins palliatifs, malgré l'attention et l'amour d'autrui. Pour certaines personnes, la mort accordée peut être le dernier geste d'amour et de compréhension. »

"Le Vif - L'Express - Pourquoi Pas ?" 23 août 1991

EUTHANASIE : RETOUR AU SILENCE
*Il n'y aura pas, à la rentrée, de débat parlementaire
 sur l'euthanasie. La route des militants de "la mort douce"
 est encore longue.*

Un homme gît au fond d'une cave, grièvement blessé à la tête. Plongé dans un coma profond, il est transporté dans un service de soins intensifs où on le maintient en vie. Tout indique qu'on a voulu l'assassiner. Une instruction est ouverte. Pourra-t-il un jour désigner son agresseur ? Sa femme, en tout cas, exige qu'on le laisse mourir. Elle accuse le juge d'instruction d'inciter les médecins à prolonger un acharnement thérapeutique sans espoir, que leur code de déontologie condamne. Les toubibs démentent : ils n'ont subi aucune pression et le terme de « coma dépassé » est impropre en l'espèce. Dessinée à gros traits, l'affaire est abondamment commentée par certains médias. Qui se trompent de programme. On annonçait un « Maïgret ». C'est un débat sur l'euthanasie qui sort...

Jamais, sans doute, un fait divers n'aura été plus mal choisi pour illustrer la polémique que les militants de « la mort douce » cherchent, depuis si longtemps, à porter devant le Parlement. Comment dénouer les fils de l'éthique « pure » et de l'intrigue policière ? Comment faire « la part des choses » ? De quel droit jauger le comportement de chacun des acteurs — épouse, juge d'instruction, médecins — quand on n'en connaît ni les mobiles intimes ni les circonstances particulières ?

Le débat sur l'euthanasie, qui habite en filigrane le discours médical depuis ses origines, est, en lui-même, suffisamment complexe pour qu'on n'ajoute pas à la confusion. La difficulté tient au fait qu'il semble n'appartenir qu'au plus profond des consciences individuelles, sans échapper, pour autant, au nivellement forcément réducteur que la recherche d'un consensus collectif provoque inévitablement. Les peurs qu'il cristallise brouillent les cartes. On voudrait enfermer la multitude des situations dans des distinguos subtils (euthanasie passive / euthanasie active). Mais les interrogations anxieuses demeurent : qui sera l'« objet » des manipulations euthanasiques ? Est-on bien sûr de ce que recouvrent les

termes généreux de « bien-être », de « sérénité », de « paix » ? Qui doit détenir le pouvoir de décider ? Quelles sont les motivations ? La discussion, parfois, se perd dans d'étranges glissements conceptuels où il est question, pêle-mêle, de l'avortement, de la peine de mort ou des manipulations génétiques...

L'an dernier, en France, à la même époque, le Pr Léon Schwartzberg, cancérologue, était lourdement sanctionné par le Conseil de l'ordre pour avoir expliqué publiquement la manière dont il avait aidé une malade à mourir (*lire Le Vif/L'Express du 27 juillet 1990*). Une histoire qui n'avait pas grand-chose à voir avec le fait divers évoqué plus haut. « Qui, se demandait Schwartzberg, peut se permettre de juger l'acte décidé par un médecin dans l'isolement de sa conscience ? Il est de bon ton, pour certaines personnes, de parler

du crime qui consiste à interrompre une vie. Mais la plainte renouvelée chaque soir d'une jeune fille défigurée par une tumeur nauséabonde et ignoble qui l'empêche de se sentir et de se regarder ? Mais la demande d'un commandant de parachutistes allongé sur le côté depuis six mois, le dos meurtri par un cancer qui met ses vertèbres à nu ? Mais la supplique d'une jeune mère de famille dont l'enfant est atteint de la maladie du " cri du chat " et à laquelle on ne propose d'autre recours que l'internement à jamais dans une institution ou l'abandon ? Comment faut-il répondre ? Que faut-il dire à ces mères, à ces fils, à cet amant au visage devenu presque sec à force d'avoir pleuré, qui vous regardent désespérés ? »

La réponse, l'an dernier, a surgi d'elle-même : en Belgique comme en France, dans l'intimité des services hospitaliers, chrétiens ou non, l'euthanasie est régulièrement pratiquée. Et s'il est vrai qu'aucun pays ne dispose, actuellement, d'une loi autorisant l'euthanasie active, aux Pays-Bas, la jurisprudence l'admet sous certaines conditions (la demande instante et répétée de l'intéressé, l'existence d'un état de détresse irréversible rendant la vie insupportable, l'avis de deux médecins...). Au cours d'un récent colloque, le procureur général des Pays-Bas, Josephus Jitta, révélait que son service avait traité environ 170 dossiers d'euthanasie et de suicide assisté depuis 1985. Un seul avait fait l'objet de poursuites pénales...

« Montrer du doigt, avec des mines dégoûtées, l' " audacieuse " position hollandaise est parfaitement hypocrite », soulignait Schwartzberg. En Belgique, l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD), animée par le Dr Yvon Kenis, lui faisait écho en évoquant la progression des partisans de l'euthanasie active dans les sondages. Même si les médecins se montrent généralement plus réservés que le reste de la population, ne sont-ils pas de plus en plus nombreux à accepter de contresigner les « testaments de vie » que l'association diffuse ? Et ces « testaments » n'établissent-ils pas clairement la volonté des patients signataires « de ne pas être maintenus en vie artificiellement », « de recevoir tous remèdes pour calmer la douleur, même s'ils risquent d'abrèger la vie », voire de bénéficier, en dernier ressort, de l'euthanasie active ? Tout, l'an dernier, indiquait que le temps était venu de discuter enfin les propositions de loi déposées devant les Chambres. On annonçait déjà « un grand débat à la rentrée ». Rien ne s'est produit.

Pourrait-il en être autrement cette année, quand le fait divers qui était censé rallumer la mèche a repris les proportions qu'il n'aurait jamais dû quitter ? Louis Michel (PRL), qui a accepté de défendre, désormais, la proposition de loi déposée, en 1986, par son collègue Edouard Klein, est incontestablement l'homme clé d'un éventuel débat parlementaire sur l'euthanasie. Sa position est claire : « Pour des raisons politiques évidentes, je n'ai pas l'intention de lancer la discussion sur ce thème avant la fin de la législature. On n'est pas encore sorti des turbulences du débat sur l'avortement. Aucun parti n'a intérêt, aujourd'hui, à quelques semaines des élections, à se situer dans un débat qui pourrait se révéler embarrassant. »

Les difficultés rencontrées, en Belgique, — un pays au pragmatisme légendaire —, pour la création d'un Comité national d'éthique indiquent, d'ailleurs, que les ambiguïtés du code pénal relatives à l'euthanasie ne seront pas levées de sitôt. « Le souci de voir représentées, dans une telle instance, les diverses composantes de la société belge et des personnalités des diverses disciplines concernées, souligne Kenis, risquent de rendre ses travaux particulièrement lourds et exagérément lents. L'expérience que j'ai eue d'un " groupe de travail relatif à l'éthique biomédicale " dans le cadre du Conseil supérieur d'hygiène ne m'engage certes pas à un grand optimisme. Il lui a fallu un an et demi pour examiner un avant-projet de loi de 19 articles. L'absentéisme y sévissait grandement. A l'avant-dernière séance, il y avait 7 membres présents sur les 31 qui avaient été convoqués ! »

Ceux qui, comme Schwartzberg, estiment qu'une loi, quelle qu'elle soit, ne pourra jamais apaiser la conscience et qu'une réalité aussi intime que la mort ne devrait jamais être sacrifiée à l'exorcisme des angoisses collectives, semblent donc, provisoirement, l'emporter.

Mais, depuis toujours, le droit suit le fait. A tout moment, au fil d'une casuistique dramatisée par les médias, le législateur risque d'être interpellé. Pourra-t-il, longtemps encore, jouer les Ponce Pilate au nom de « l'inopportunité politique » ?

Michel Balthasart

LES LIVRES

HENRI FRIEDEL, LA MORT SOUS TOUTES SES FACES, Paris, Les Bergers et les Mages, 1991.

L'auteur de ce petit livre (150 pages) est un protestant peu conformiste. Il y aborde la plupart des sujets autour de la mort, sans pédantisme, parfois avec humour, d'une façon tonique, très personnelle et pourtant objective.

Une première partie parle de "la mort comme phénomène". On y trouve beaucoup d'informations, quelques statistiques judicieusement choisies. La deuxième partie décrit les tentatives de réponses proposées par les différentes religions et croyances. Les aspects plus pratiques sont évoqués dans la troisième partie où est reproduite la déclaration (testament de vie) de l'ADMD française. On y trouve aussi les adresses d'associations de donneurs d'organes et un chapitre est consacré au deuil et au culte des morts (peu apprécié par l'auteur ...). La dernière partie contient un chapitre sur le suicide et l'euthanasie. Si l'auteur cite les arguments juridiques et déontologiques classiques contre l'euthanasie active, il ne prend pas lui-même clairement position et on sent chez lui, au moins, une grande indulgence. Il condamne en tout cas la position officielle de l'Eglise catholique, en particulier à propos du caractère bénéfique de la souffrance.

Les derniers chapitres exposent la façon dont Henri Friedel comprend le message de Jésus et sa philosophie personnelle. *"La liberté est la condition préalable à toutes les valeurs. L'admirable cri des révoltés : "Vivre libres ou mourir !" est une définition de la vie. En termes laïques, elle nous redit que l'homme a vraiment été créé à l'image de Dieu, qui est liberté."* Dans la dernière page, il nous dit : *"Chacun de nous sait bien qu'il aura des survivants. Plus il aimera ses survivants, plus il les éprouvera comme des équivalents de lui-même, moins l'angoisse de mourir aura prise sur lui. Sur le plan des faits biologiques, c'est bien évident que l'amour est moins fort que la mort. Mais cette impuissance cruelle de l'amour n'est vraie que de l'amour des autres envers le mourant, non de celui qui peut, dans le meilleur des cas, demeurer le maître et le sujet de sa propre mort, totalement offert dans la paix et la victoire. Victoire éclatante chez les martyrs et les héros, secrète chez ceux qui s'effacent en silence."*

LE DEFI BIOETHIQUE, LA MEDECINE ENTRE L'ESPOIR ET LA CRAINTE.
Autrement, Série Mutations n° 120, mars 1991

La revue "Autrement" publie une nouvelle édition "actualisée, prolongée et développée", d'un ouvrage paru en 1987 (L'éthique, corps et âme). Près de la moitié des vingt-trois articles sont rédigés par des médecins. Les aspects concernant la mort et l'euthanasie, évoqués pourtant dans l'introduction, ne sont en fait que fort peu abordés.

Le premier article (L'avenir du futur", par Claude Morain) concerne le diagnostic anté-natal de certaines anomalies graves du fœtus qui peut amener les parents à demander une interruption de grossesse. Une malformation décelée seulement à la naissance peut entraîner une décision d'euthanasie passive du nouveau-né. L'auteur pose beaucoup de questions, sans essayer d'y répondre. Ne peut-on penser que ce sont les parents, informés par les médecins, qui devraient donner la réponse ? Ce n'est pas l'opinion de Michel Dehan, spécialiste en réanimation néonatale et auteur du deuxième

article ("Au commencement était la vie"), qui estime que "la décision de poursuivre la réanimation ou de l'interrompre doit rester une décision d'ordre médical" sans faire aucune mention de l'avis des parents.

L'article de Michèle Salamagne "Et jusqu'à l'heure de notre mort" est beaucoup plus directement en rapport avec les préoccupations de notre association. L'auteur dirige l'Unité de Soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif. Elle décrit plusieurs cas de patients qui ont été hospitalisés dans son service, et notamment celui d'un homme atteint d'un cancer généralisé du gros intestin avec des métastases envahissant les cuisses, le sexe, la cicatrice de l'intervention chirurgicale, la paroi de l'abdomen. Son corps lui fait horreur et il dit qu'il n'a qu'une envie, c'est de mourir. La conclusion de l'auteur, à propos de ce malade, est que "c'est l'illustration de la vocation d'une unité de soins palliatifs : pouvoir faire dire, pouvoir être un lieu de permission, quelles que soient les paroles dites" sans paraître gênée de ne pas répondre à la demande du malade alors qu'elle affirme ailleurs "nous acceptons d'être remis en cause au prix de faire vaciller nos repères".

La conclusion confirme la position anti-euthanasie sans nuance de Michèle Salamagne : "Convaincu qu'il (le soignant) est dépositaire du sacré de la Vie, il se nierait lui-même en provoquant délibérément la mort".

Catherine Labrusse-Riou est professeur de droit et ancien membre du Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Sa participation à l'ouvrage concerne les rapports entre les pratiques médicales, l'éthique et le droit. Voici ce qu'elle dit de l'euthanasie : *"La liberté est-elle de légaliser l'euthanasie, bien que l'acharnement thérapeutique ne fasse nullement partie du devoir des médecins ? Evidemment non ; ... c'est une piètre idée de la liberté que, dans le temps de la souffrance finale qui sollicite l'aide et le devoir d'autrui, la loi signifie, en légalisant le meurtre sur demande, qu'il est indifférent à la société et qu'il lui est même bénéfique que la mort de certains soit précipitée"*. L'auteur ne développe pas davantage l'argumentation pour justifier cet "évidemment non" ...

Il faut reconnaître que cet ouvrage de 198 pages, auquel ont collaboré plus de vingt auteurs, n'apporte aucun élément neuf au débat sur l'euthanasie.

Yvon Kenis



THE NATIONAL
HEMLOCK SOCIETY

P.O. Box 11830, Eugene, Oregon 97440-3900

Telephone: 503/342-5748

FAX: 503-345-2751

Derek Humphry

Founder & Executive Director

ATTENTION: World Federation Members

FINAL EXIT

The practicalities of self-deliverance

and assisted suicide for the dying

By Derek Humphry

Cet ouvrage n'est pas disponible en librairie. Pour l'obtenir, il faut s'adresser à la Hemlock Society (voir ci-dessus). Le prix est de 25 dollars, sans les frais d'expédition.

QUELQUES ADRESSES UTILES

<u>S.O.S. Solitude</u> , 1000 Bruxelles, 24, rue du Boulet 1332 Genval, 277, avenue Albert Ier	02/513.45.44 02/653.86.75
<u>"Ecoute-Cancer"</u> Service d'accueil téléphonique, lundi de 10 à 15 h. 1040 Bruxelles, 21, rue des Deux Eglises. jeudi de 12 à 18 h.	02/231.02.02
<u>"Cancer et Psychologie"</u> Permanence téléphonique. Service d'écoute pour les soignants, les patients et leurs proches, du lundi au vendredi de 10 à 12 h.	02/735.16.97
<u>Télé-Secours</u> (24 h/24 - commande d'appel portative), 1000 Bruxelles 24, rue du Boulet - de 9 à 12 h 30 et de 14 à 17 h 30.	02/511.91.55
<u>"Télé-Accueil "Jour et nuit un ami vous écoute"</u> Bruxelles) Namur - Brabant Wallon) Liège) 1991 ou Charleroi) Hainaut) Luxembourg)	02/538.28.00 010/22.88.77 041/42.77.70 071/31.43.14 065/35.20.20 063/22.06.27
<u>Centre de prévention du suicide</u> , 1050 Bruxelles, 46, Pl. du Châtelain Rendez-vous	02/640.65.65 02/640.51.56
<u>Télé-Espoir</u> , 6031 Monceau-sur-Sambre, 108, route de Mons.	071/32.63.75
<u>Bien Vivre-Bien Mourir</u> , Service d'aide aux grands malades 4310 Saint-Nicolas, 58, rue Likenne.	041/52.62.46
<u>Centrale de services à domicile</u> 1060 Bruxelles, 43, rue Saint-Bernard 4020 Liège, 19, avenue de Jupille	02/537.98.66 041/62.46.46 041/31.41.47
<u>Centre d'Aide aux mourants</u> (C.A.M.) Aide psychologique aux proches et familles de mourants - 1000 Bruxelles, 104, Boulevard de Waterloo	02/538.03.27
<u>Continuing Care</u> - Soins à domicile par infirmières spécialisées dans le traitement de la douleur (malades cancéreux) en accord avec le médecin traitant 1040 Bruxelles, 21, rue des Deux Eglises (9 à 12 et 13 à 17 h)	02/230.86.39
<u>Infor-Homes</u> , 1000 Bruxelles, 40, rue du Boulet (de 9 à 16 h.)	02/511.91.55
<u>Unités de Soins Palliatifs</u> Continuing Care St Jean, 1000 Bruxelles, 104, rue du Marais Foyer St François, 5000 Namur, 37, rue Loiseau Unité de soins continus de l'UCL, 1120 Bruxelles, 10, av. Hippocrate (N.B. Féd. belge des Associations de soins palliatifs)	02/478.04.30 081/74.13.00 02/764.84.02 02/230.86.39
<u>C.E.F.E.M.</u> (Centre de formation à l'écoute du malade) 1190 Bruxelles, 52, avenue Pénélope.	02/345.69.02

