



BULLETIN TRIMESTRIEL

MARS 1992 - n° 44

Belgique-België
P.P.
10/211
Bureau de dépôt
Bruxelles X

Belgique - asbl

n° dépôt légal ISSN 07703627

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE

Secrétariat : rue du Président, 55, 1050 Bruxelles, Tél. 02/502.04.85

Publié avec l'aide de



COMMUNAUTÉ FRANÇAISE
WALLONIE BRUXELLES

SOMMAIRE :

- Le billet du Président	1
- Dossier : L'euthanasie aux Pays-Bas	2
- Nouvelles de l'ADMD	
- conférence du 16 mai	11
- divers	12
- Fédération mondiale et associations soeurs	12
- Revue de la Presse	13

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).

C O T I S A T I O N S

Nous rappelons à ceux qui auraient omis de le faire, qu'il est grand temps de régler le montant de la cotisation pour 1992.

Faute de vous être acquitté de cette formalité, votre carte de membre ne sera pas validée pour 1992 et notre bulletin trimestriel ne vous sera plus adressé.

Pour mémoire : cotisation individuelle : 500 frs (min. 300 frs)
cotisation familiale : 700 frs
(pour les membres résidant à l'étranger, respectivement 700 et 1000 frs).

Tous les dons, si modiques soient-ils, sont les bienvenus ...

Pour tout versement supérieur de 1000 frs au montant de la cotisation, nous vous enverrons, début 1993, une quittance pour exonération fiscale.

Merci

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

LE BILLET DU PRESIDENT

On sait que, depuis plus de dix ans, les Pays-Bas sont à l'avant-garde du combat pour le droit de mourir dans la dignité, y compris par le recours à l'euthanasie volontaire. Les différentes instances judiciaires, jusqu'à la Cour suprême, ont émis des avis qui recommandent de suspendre l'application de la loi sur l'euthanasie aux médecins qui reconnaissent avoir accompli un tel geste, poussés par la conviction (cas de "force majeure") que c'était la seule possibilité de soulager un malade de souffrances insupportables. Il faut en effet savoir que la Hollande est un des rares pays à avoir, dans son Code pénal, distingué l'euthanasie du meurtre ou de l'assassinat : depuis un siècle, "le meurtre sur demande" est puni d'une peine ne pouvant pas dépasser douze années de prison (article 293 du Code pénal). C'est cette peine qui n'est pas appliquée si le médecin respecte un certain nombre de règles : déclaration aux autorités ; cas d'un patient incurable, conscient et bien informé de son état demandant de façon durable et répétée qu'on mette fin à ses souffrances, et auquel on aura appliqué, ou du moins proposé, un traitement palliatif ; avis d'un second médecin. Aujourd'hui, le gouvernement désire aller plus loin ; il veut que ces conditions soient précisées dans un texte de loi, mais sans supprimer l'article du Code pénal. Notre association-soeur, la Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, estime quant à elle que ce n'est pas suffisant. Elle demande la suppression de l'article 293.

La plus grande partie de ce bulletin est consacrée à cet important problème.

Yvon Kenis

DOSSIER

L'EUTHANASIE AUX PAYS-BAS

I. Rétroactes

Depuis une dizaine d'années déjà, le problème de l'euthanasie volontaire, définie comme "le fait de mettre fin de manière délibérée à la vie d'autrui à sa demande" est l'objet aux Pays-Bas de discussions franches, lucides et empreintes d'humanité.

Juridiquement, l'euthanasie tombe sous le coup de l'article 293 du Code pénal néerlandais et l'aide au suicide sous le coup de l'article 294 du même Code. Mais déjà en 1973, une décision judiciaire enfreint cette loi : un médecin n'est condamné qu'à une peine symbolique (huit jours de prison avec sursis) pour avoir injecté à sa mère, atteinte d'un cancer terminal et suppliant d'être délivrée, une dose mortelle de morphine. Plusieurs autres affaires se terminent par un acquittement, et le 27 novembre 1984, la Cour Suprême des Pays-Bas introduit dans la jurisprudence la notion qu'un médecin qui enfreint l'article 293 du code pénal est en droit, dans certains cas, d'invoquer une situation de détresse qui annule sa culpabilité pour autant qu'il ait agi en conscience et avec le souci du respect de l'éthique médicale.

D'autres arrêts ultérieurs confirment cette position pour autant que la volonté du malade soit clairement et instamment exprimée, que le malade se trouve au stade terminal de sa maladie, que son état soit en situation d'aggravation et qu'il n'existe aucun moyen valable de le soulager.

Depuis le 1er novembre 1990, une procédure a été instaurée pour réglementer la déclaration par les médecins des cas d'euthanasie ou d'assistance au suicide. En effet, le médecin qui pratique une euthanasie ne peut pas, en principe, remplir de déclaration de décès de mort naturelle et dans ces cas une procédure judiciaire doit normalement être engagée. Pour éviter celle-ci, le médecin rédige un rapport détaillé sur les circonstances qui l'ont amené à pratiquer l'euthanasie : si ce rapport démontre que le

patient était en phase terminale, qu'il avait de façon répétée et insistante demandé qu'il soit mis un terme à ses souffrances, qu'une consultation avec un autre médecin a eu lieu et que le médecin consultant était d'un avis identique à celui du médecin traitant, le médecin légiste, après avoir pris l'avis du représentant du pouvoir judiciaire et de l'inspecteur régional de la santé publique, délivre l'autorisation d'inhumer. Il est admis que le pouvoir judiciaire n'exerce pas de poursuites s'il est clair que le médecin a agi en conformité avec la jurisprudence.

En 1988, une proposition de loi avait été introduite au Parlement prévoyant une modification du code pénal dépenalisant les actes d'euthanasie ou d'aide au suicide effectués dans les conditions conformes à celles de la jurisprudence ; ces conditions étaient énumérées explicitement dans le projet.

L'examen de cette proposition a été suspendu en attendant des négociations entre les partis de la majorité gouvernementale. Celles-ci aboutissent en 1989 à un accord selon lequel une Commission nationale d'enquête, composée de médecins et de juristes, devait d'abord être mise sur pied pour étudier la manière dont la jurisprudence concernant l'euthanasie était appliquée dans la réalité. Il était stipulé que pendant la période de travail de cette commission, l'examen du projet de loi serait suspendu et que les règles de la jurisprudence appliquées en matière d'euthanasie resteraient en vigueur.

La Commission fut installée et placée sous la présidence du Procureur Général de la Cour Suprême des Pays-Bas, le Prof. Remmelink. Elle confia à l'Institut de Santé publique de l'Université Erasmus de Rotterdam, sous la direction du Professeur van der Maas, l'étude des aspects proprement médicaux du problème.

II. Résumé du rapport de la commission chargée de l'enquête sur la pratique de l'euthanasie en milieu médical

LA COMMISSION, SES TACHES ET SA RECHERCHE

La commission d'enquête sur la pratique de l'euthanasie en milieu médical (Commission Rimmelink) a été instaurée par le Ministre de la Justice, Mr E.M.H. Ballin, et le Secrétaire d'Etat au Bien-Etre, à la Santé publique et à la Culture, Drs J.H. Simons, par Arrêté Ministériel du 17 janvier 1990. La commission fut présidée par le professeur J. Rimmelink, procureur général à la Cour Suprême des Pays-Bas.

La tâche de la commission était de faire rapport aux deux membres du gouvernement sur les attitudes d'intervention ou d'abstention de la part des médecins, attitudes pouvant mener à mettre fin à la vie d'un patient, soit à la requête sérieuse et explicite de ce dernier, soit autrement.

Le rapport de la commission contient aussi une évaluation des résultats de l'étude faite par l'Institut de Santé Publique de la faculté de médecine de l'Université Erasmus de Rotterdam, avec la coopération de l'Office Central des Statistiques des Pays-Bas. L'étude de l'Institut fut conduite par le professeur P.J. van der Maas.

Pour superviser cette étude, la Commission a créé une sous-commission pour la planification de la recherche, présidée par le professeur C.J.M. Schuyt.

DEFINITIONS

Alors que la jurisprudence définit le terme "euthanasie", la législation ne le fait pas. L'usage commun l'emploie pour décrire des situations différentes. Il en est de même de l'usage qu'en font les médecins. La commission et les chercheurs ont choisi comme définition pour leur travail, l'interprétation de la commission gouvernementale sur l'euthanasie dans son rapport définitif de 1985, c'est-à-dire : "l'euthanasie, c'est mettre délibérément fin à la vie d'une autre personne à la demande de celle-ci".

L'objectif de l'enquête était aussi d'obtenir une vue générale sur toutes les décisions médicales pouvant potentiellement raccourcir la vie. A ce sujet, la définition suivante, neutre et factuelle, a été choisie : "décisions médicales concernant la fin de la vie" - c'est-à-dire, toutes les situations dans lesquelles les médecins prennent des décisions qui ont (aussi) pour but de mettre fin à la souffrance en hâtant la fin du patient, ou qui tout au moins sont fonction de la proximité de la mort du patient.

LA NATURE DES DECISIONS MEDICALES CONCERNANT LA FIN DE LA VIE

Des éléments recueillis par l'étude de l'Université de Rotterdam, la commission a conclu que presque tous les médecins qui s'occupent du traitement de patients aux Pays-Bas doivent faire face à diverses décisions concernant la fin de la vie. Ces décisions font donc partie de l'activité normale de tout médecin qui est fréquemment confronté avec la mort. La commission insiste sur le fait que les décisions de pratiquer l'euthanasie ne représentent qu'une fraction de toutes ces décisions. Ce sont les généralistes qui doivent le plus souvent répondre à des demandes de mettre fin à une vie. C'est pour cela que dans la plupart des cas, ce sont eux qui appliquent l'euthanasie. Celle-ci est moins fréquemment appliquée par des médecins de maisons de repos ou de retraite. Cependant, l'arrêt d'un traitement de prolongation de vie, ou le choix de ne pas le commencer, à la requête spécifique du patient, est relativement plus fréquent dans ces institutions. Dans la plupart des cas, il s'agit de patients très âgés ou souffrant de démence sénile quand, en consultation avec la famille et le personnel soignant, la décision est prise de

ne pas - ou ne plus - traiter une complication fatale, tel un arrêt cardiaque ou une pneumonie. Dans ces cas, on peut parler de "laisser faire la nature". Cette façon de faire est généralement considérée comme une application appropriée et correcte des devoirs professionnels d'un médecin. Dans les commentaires étrangers, on rencontre souvent l'assertion qu'aux Pays-Bas la plupart des cas d'utilisation de procédé actif pour mettre fin à la vie se rencontrent dans les maisons de repos ou de retraite. Ceci est contestable, comme le démontre l'enquête réalisée.

EUTHANASIE (ET AIDE AU SUICIDE)

Les données sur l'importance de l'euthanasie aux Pays-Bas - importance qui a été maintenant établie scientifiquement (2.300 cas soit 1,8 pour cent des 130.000 décès par an) - réfutent certaines idées qui circulent dans le monde. Il en est de même pour le nombre réduit de cas d'assistance au suicide : environ 400. Ce nombre de cas d'euthanasie infirme la supposition qu'il y en a un nombre excessif aux Pays-Bas et que cela devient de plus en plus une alternative à des soins palliatifs ou à de bons soins en phase terminale. D'après la commission, la supposition ci-dessus est non seulement réfutée par le nombre de 2.300 cas par an, qui parle de facto par lui-même, mais aussi par le fait que les médecins des Pays-Bas doivent faire face annuellement à environ 9.000 demandes de mettre fin à la vie d'un patient. En d'autres mots, il arrive plus souvent qu'un médecin ne réponde pas à cette demande, par exemple parce qu'il trouve une solution de remplacement à l'euthanasie. Les résultats de la recherche montrent que les médecins se sentent fortement concernés par la décision d'accepter la requête d'un patient de mettre fin à sa vie, et qu'ils ne considèrent pas du tout cette décision comme une alternative facile à un traitement terminal valable. A tout prendre, la commission ne voit aucune raison pour supposer que cette attitude pourrait changer à l'avenir.

La commission fait remarquer qu'il n'y a absolument aucune preuve permettant de conforter la suggestion faite quelquefois que le manque de fonds du secteur de la santé est (ou deviendra) une raison de pratiquer l'euthanasie. La souffrance insupportable, et/ou le désir naturel de mourir paisiblement, sont les seules raisons pour lesquelles les

médecins des Pays-Bas pratiquent l'euthanasie.

L'OMISSION DU TRAITEMENT DE PROLONGATION DE VIE SUR DEMANDE

Il est incontestable qu'un médecin ne peut jamais commencer un traitement sans l'accord du patient. Donc, si un patient souhaite ne plus être soigné, ou arrêter un traitement déjà commencé, le médecin devra respecter son souhait, même si celui-ci a été inspiré par le désir de mourir. De telles situations n'ont rien à voir avec l'euthanasie. La commission désire attirer l'attention, peut-être sans nécessité, sur le fait que ce qui est en jeu ici n'est pas la décision du médecin mais celle du patient.

METTRE DELIBEREMENT FIN A LA VIE SANS DEMANDE EXPLICITE

La commission indique clairement de quels types d'actions médicales il s'agit :

1. intensification du traitement anti-douleur et de celui des symptômes, avec légère diminution du temps de vie du patient comme effet secondaire
2. ne pas commencer, ou interrompre, un traitement de survie
3. acte mettant fin à la vie à un moment où des fonctions vitales commencent à faire défaut
4. acte mettant fin à la vie à un moment où les fonctions vitales ne sont pas encore défaillantes.

Les actes décrits en 1, 2 et 3 ne sont pas controversés et sont des actes médicaux normaux.

La commission fait remarquer tout d'abord que l'intervention active du médecin dans ces cas où il n'y a aucune requête est généralement inévitable à cause de l'agonie du patient. C'est pour cela que la commission a appelé les actes en question "soins au mourant". L'absence de requête pour mettre fin à la vie dans ces circonstances ne fait que rendre la décision plus difficile à prendre, en toute liberté, et après examen réfléchi. La justification décisive pour cette intervention est, dans les deux cas, la souffrance insoutenable du patient. Ainsi, médicalement parlant, il y a peu de différence entre ces

situations et l'euthanasie, puisque dans les deux cas les patients concernés souffrent terriblement. L'absence de requête particulière pour mettre fin à la vie est due en partie au fait que le patient en question n'est pas - ou n'est plus - capable d'exprimer sa volonté parce qu'il est déjà en phase terminale, et en partie parce que l'exigence d'une requête explicite n'est plus pertinente au moment où le traitement de la souffrance et des symptômes est intensifié. L'état de dégradation dans lequel se trouve le patient confronte le médecin à un cas de force majeure. D'après la commission, l'intervention du médecin peut facilement être considérée comme un acte justifié par la nécessité, tout à fait comme l'euthanasie. Dans quelques dizaines de cas, il y avait des circonstances qui auraient permis au médecin d'appliquer la réglementation régissant la prise de décision pour l'acte d'euthanasie. De telles situations doivent être évitées à l'avenir. Une façon d'y arriver est l'observation scrupuleuse des précautions très strictes qui sont nécessaires en cas d'euthanasie, y compris la règle demandant que tous les détails du cas soient mis par écrit.

Pour terminer, la commission note que le rapport réfute l'assertion souvent exprimée qu'aux Pays-Bas les actes mettant fin à la vie sont plus souvent effectués sans demande explicite qu'avec.

L'OMISSION D'UN TRAITEMENT DE SURVIE SANS DEMANDE EXPLICITE

Parfois un médecin ne commencera pas, ou interrompra, un traitement sans la demande explicite du patient. Après tout, un médecin a le droit de ne pas appliquer, ou d'arrêter, un traitement si ce traitement est inutile conformément aux normes médicales objectives. La commission définirait un traitement sans utilité médicale comme étant de l'interférence thérapeutique ne donnant aucun espoir d'effet positif quelconque sur le patient. Personne n'a le droit d'appliquer ce genre de médecine vaine. Décider si un acte particulier est utile ou non appartient incontestablement à l'exercice normal de la médecine.

LE TRAITEMENT DE LA SOUFFRANCE ET DES SYMPTOMES

L'administration de médicaments pour traiter les symptômes et la souffrance fait partie

des devoirs normaux d'un médecin. L'administration de ces remèdes en doses croissantes peut dans certains cas avoir pour effet secondaire la diminution du temps de vie du patient. Cependant, l'allègement de la souffrance du patient reste l'objectif principal. Le résultat désiré d'un tel acte médical n'est pas de précipiter la mort. Grâce à l'usage consciencieux des moyens de traitement de la douleur ou des symptômes, la phase terminale de beaucoup de patients incurables n'est plus nécessairement liée à d'insoutenables souffrances prolongées.

L'enquête montre cependant que la suppression de la douleur seule, ne suffit pas à rendre l'euthanasie superflue. Tout d'abord, la commission fait remarquer que cette recherche met en lumière le fait que la douleur n'est pas le motif le plus courant pour une demande de terminer la vie. La peur de dégénérescence totale et le souhait très naturel de pouvoir mourir en paix sont des raisons tout aussi importantes de mettre fin à sa vie que l'est la douleur.

Les médecins qui ont été interviewés ont dit que toutes les formes de douleurs ne peuvent pas être combattues avec succès. Certaines douleurs ne peuvent être supprimées qu'en maintenant le patient dans un état d'inconscience totale. De nombreux patients confrontés à ce choix demandent qu'on mette fin à leur vie. De cette information, la commission conclut que, d'une façon générale, l'opinion parfois exprimée que des techniques plus efficaces pour le traitement de la souffrance ou des symptômes conduiraient à moins de demandes d'euthanasie, est inexacte. De plus, fait remarquer la commission, le patient peut toujours décider de refuser que des remèdes contre la douleur ou les symptômes soient administrés.

EXIGENCE DE PRECAUTIONS SCRUPULEUSES

Le rapport de l'Université de Rotterdam montre que tous les médecins ne connaissent pas suffisamment le genre de précautions minutieuses qui sont nécessaires quand l'euthanasie est pratiquée. Il y a souvent de grandes différences dans la façon dont les médecins les appliquent.

La commission estime que la mauvaise observance des précautions nécessaires ne correspond pas au processus minutieux qui devrait être suivi lors de la prise de décision

d'accepter la demande du patient de mettre fin à sa vie. Dans le cas d'autres décisions (concernant un acte mettant fin à la vie sans demande du patient mais comme partie des soins au mourant, ou du traitement de la souffrance ou des symptômes pouvant entraîner une diminution du temps de vie comme effet secondaire, ou encore l'omission ou l'arrêt d'un traitement médical ayant le même résultat), les précautions nécessaires sont prises plus ou moins scrupuleusement. La nécessité de consulter un confrère semble notamment être une pratique établie. La commission croit qu'il en résulte une amélioration de la qualité du processus de décision. Aux yeux de la commission, l'exigence que le médecin doit mettre par écrit tous les détails du cas sauvegardera la stricte observance des précautions nécessaires. Un tel rapport écrit détaillé est inextricablement lié à la demande de donner une justification convaincante.

LE CERTIFICAT DE DECES

Si la société a le sentiment général que, dans certaines circonstances clairement définies et en accord avec les précautions nécessaires, un médecin a le droit de mettre fin à la vie d'un patient, il s'en suit qu'il doit exister une possibilité d'examiner l'acte qu'il a posé.

Chaque cas d'euthanasie doit être réexaminé par un médecin différent que celui qui soignait le patient. Pour cela il est nécessaire que les cas d'euthanasie soient déclarés. La procédure existant pour la déclaration des cas d'euthanasie est applicable depuis novembre 1990 et rend donc une telle évaluation possible. Cette réglementation est basée sur le consentement du médecin de déclarer un cas d'euthanasie au médecin légiste qui informe alors le procureur. Ci-dessous, la commission fait une recommandation au sujet de cette procédure.

LES LIMITES DU DEVOIR MEDICAL

Les médecins considèrent que leur première responsabilité est de garder leurs patients en vie. C'est le premier but de leur devoir médical. S'il ne reste pas de possibilité de guérison, ils estiment de leur devoir de soulager la souffrance et de donner les soins adéquats. Il peut arriver un moment où, la mort étant devenue inévitable, le médecin, en vue d'une fin de vie digne pour son patient, doit

arrêter certains actes médicaux - ou ne pas les commencer - ou, ceci faisant partie du traitement de la souffrance et des symptômes, il peut devoir prescrire des remèdes dont l'effet secondaire pourrait hâter la fin du patient. Dans des cas extrêmes, il n'y aura pas d'autre choix qu'une intervention active. La commission reconnaît ici que le rapport de l'Université de Rotterdam ne contient pas, suite au choix des chercheurs de ne toucher que des médecins, d'informations au sujet des situations dans lesquelles des patients qui demandent qu'il soit mis fin à leur vie ne peuvent pas compter sur une aide véritable de leur médecin. La commission croit qu'un médecin qui estime en conscience qu'il ne sera pas capable d'acquiescer à un tel souhait doit adresser son patient à un confrère.

RECOMMANDATIONS

La tâche assignée à la commission n'était pas de soumettre des propositions visant à légiférer. Sa tâche était d'améliorer, d'approfondir et de spécifier la compréhension des actes médicaux qui concernent la fin de la vie. La commission estime qu'avec ce rapport elle a précisé la situation en ce qui concerne les actes médicaux mettant fin à la vie d'un patient, que celui-ci l'ait demandé ou non.

La commission a décidé de faire quelques recommandations techniques à la fin de son rapport. C'est aux membres du gouvernement concernés à décider de l'importance qu'ils désirent attacher à ces considérations.

A. Il est souhaitable que la procédure qui existe depuis novembre 1990, visant à déclarer les cas d'euthanasie, soit aussi appliquée en cas d'intervention active d'un médecin visant à abrégé une fin de vie sans demande spécifique du patient, sauf dans les cas où, les fonctions vitales ont déjà commencé à se détériorer irréversiblement, parce que dans ces cas-là une mort naturelle aurait suivi de toute façon. L'opinion de la commission est qu'il n'y a pas de réelle justification à la situation actuelle dans laquelle les cas d'euthanasie ou d'assistance au suicide sont couverts par la procédure de déclaration, alors que les cas d'intervention active du médecin pour diminuer le temps de vie d'un patient dont les fonctions vitales sont encore intactes, et qu'il n'y a pas de demande spécifique de ce patient, ne le sont pas.

Médicalement parlant, il n'y a pas de différence entre ces actes. Pour garantir un processus décisionnel prudent, une attention scrupuleuse doit être observée. La procédure actuelle, qui consiste à faire une déclaration au médecin légiste et à faire examiner le cas par le procureur, offre aux yeux de la commission une procédure applicable à chaque décision médicale concernant l'acte de mettre fin à la vie.

B. Au sujet de la nécessité de consulter un confrère, la commission note que, afin d'obtenir un jugement indépendant, qui est principalement de nature médicale, il est recommandé que le généraliste qui envisage d'appliquer l'euthanasie consulte un spécialiste, de préférence celui qui soigne le patient, et vice versa. Tout ceci pour la qualité du processus décisionnel.

C. La commission croit que chaque médecin doit observer strictement les règles de prudence minutieuse dans les cas d'euthanasie. Particulièrement la nécessité d'un rapport écrit est indispensable. La procédure nécessaire aura un effet positif sur le processus décisionnel et permet au médecin de prouver son consentement à justifier son acte. Ce genre de justification publique convient à un Etat constitutionnel démocratique.

D. La commission avallise la prévision faite dans le rapport de la recherche disant qu'à l'avenir les médecins seront de plus en plus souvent amenés à prendre des décisions médicales importantes au sujet de la fin de la vie. Aux Pays-Bas, les actes médicaux et le processus décisionnel concernant la fin de la vie sont de grande qualité. Une formation plus poussée de l'opinion publique par le secteur professionnel des soins de santé contribuerait à une augmentation de cette qualité. Des collègues pourront échanger leur expérience et leur savoir-faire au cours de consultations. La commission recommande pour cela une enquête sur les possibilités d'améliorer les connaissances concernant les décisions médicales au sujet de la fin de la vie.

E. Le rapport de la recherche montre que le processus de la décision médicale concernant la fin de la vie requiert de plus en plus de savoir-faire dans différents secteurs. Tout d'abord, une connaissance médicale et technique, particulièrement dans le traitement

de la douleur, dans les prévisions et les options possibles pour le traitement de symptômes qui causent une souffrance insupportable. De plus, le médecin doit avoir le tact nécessaire dans ses contacts avec le patient qui est en phase terminale et avec sa famille proche. En d'autres mots, cela se résume en une recommandation que la formation des médecins devrait consacrer suffisamment de temps (plus que maintenant) au sujet des décisions médicales concernant la fin de la vie, tant au cours des étapes avancées des études de médecine que par des séances d'éducation permanente.

Les médecins particulièrement, mais aussi le personnel soignant, devront être formés en soins aux mourants, la commission entendant par là l'aide complète et tous les soins aux mourants et à leur proche famille. Optimiser les soins à un mourant signifie que le médecin connaît les traitements adéquats contre la douleur, connaît des alternatives pour traiter les souffrances insoutenables, et qu'il décèle le moment où il doit permettre au processus de la mort d'évoluer naturellement. Les médecins manquent encore de connaissances suffisantes de ces soins, qui comprennent aussi des aspects éthiques et légaux. Dans un pays qui est rangé parmi les meilleurs du monde quand il s'agit des soins à la naissance, la connaissance des soins aux mourants ne devrait pas faire défaut.

III. Situation actuelle

LE PROJET DE LOI GOUVERNEMENTAL

Le 10 septembre 1991, le ministre de la Justice et le secrétaire d'état au Bien-Etre, à la Santé publique et à la Culture font parvenir aux deux Chambres des Etats Généraux des Pays-Bas le texte intégral du rapport de la Commission d'Investigation de la pratique médicale concernant l'euthanasie (Commission R Emmelink).

Le 8 novembre 1991, les mêmes ministres adressent au Président de la 2e Chambre des Etats Généraux une note concernant le point de vue du gouvernement à propos de ce rapport. Dans cette note, le gouvernement s'engage à suivre les recommandations de la Commission et à améliorer la formation professionnelle des

médecins et des auxiliaires médicaux concernant l'accompagnement des mourants et les soins palliatifs ; il encouragera également le développement de ces soins à domicile.

En ce qui concerne l'euthanasie, le gouvernement propose une modification de la législation sur les déclarations de décès qui rendrait officiel ce que la jurisprudence avait consacré : dorénavant les déclarations de décès comporteront la possibilité de déclarer qu'un décès est dû à une interruption de vie par euthanasie (c'est-à-dire sur demande exprimée par le patient), par aide au suicide, ou par une action médicale effectuée chez des patients incapables d'exprimer leur volonté.

Le gouvernement considère que cette adaptation de la loi donne à la fois au médecin la possibilité légale de mettre fin à la vie dans des situations extrêmes et à la justice la possibilité d'évaluer si l'acte était justifié et a été effectué conformément aux normes de la jurisprudence. La proposition gouvernementale ne prévoit pas de préciser légalement ces normes, mais la déclaration de décès par euthanasie sera accompagnée d'un questionnaire établi en concertation avec la Société royale de médecine et avec l'accord des Procureurs généraux ; il permettra de vérifier si les règles de la jurisprudence ont été respectées, et, dans ce cas, il est admis que le parquet n'ouvrira pas d'information lorsqu'il s'agit d'euthanasie (donc d'interruption de la vie à la demande libre, entière et pressante du patient). Par contre dans le cas d'un malade incapable d'exprimer sa volonté, comme la jurisprudence n'est pas bien établie dans ce domaine, les cas seraient envisagés individuellement et l'instruction ne serait éventuellement abandonnée qu'après examen par la justice.

Ce questionnaire est reproduit ci-après :

A. Histoire de la maladie.

1. Quelle était la nature de la maladie, sinon le diagnostic principal ?

2. Depuis quand le patient était-il atteint ?

3. Quelles interventions médicales (médicaments, thérapie, opération, etc.) ont-elles été entreprises ?

4. Qui étaient les médecins traitants. Où sont-ils joignables et quels étaient leurs diagnostics ?

5. La souffrance physique et/ou psychique était-elle si forte qu'elle pouvait être et était insupportable pour le patient ?

6. Le patient se trouvait-il dans une situation sans espoir aucun et son décès était-il inéluctable ?

a) La situation ultime du patient était-elle telle que l'on pouvait s'attendre, d'un point de vue médical, à un dépérissement continu du patient et/ou à l'aggravation continue d'une douleur déjà ressentie comme insupportable ?

b) Était-il prévisible que le patient ne serait plus en état de mourir dignement ?

c) Dans quel délai serait, selon vous, survenu le décès naturel du patient ?

7. Quelles possibilités avez-vous mises en oeuvre, afin d'éviter que la souffrance puisse être ressentie comme insupportable par le patient (pouvait-on rendre la souffrance du patient plus supportable) et en avez-vous discuté avec le patient ?

B. La demande volontaire d'interruption de vie.

1. La demande du patient a-t-elle été exprimée en toute liberté, formulée explicitement et en toute connaissance de cause :

a. sur la base de l'information adéquate fournie par vous quant au développement de la maladie et quant à la manière dont la vie serait interrompue et

b. après la discussion des possibilités mentionnées au point A 7.

2. Le cas échéant, quand et auprès de qui le patient a-t-il fait sa demande ? D'autres personnes étaient-elles présentes ?

3. Le patient a-t-il aussi fait connaître sa volonté par écrit ? Si oui, joindre cette déclaration au rapport.

4. Lorsqu'il a formulé sa demande, le patient était-il pleinement conscient de la portée de celle-ci ainsi que de sa situation physique ou psychique ? De quels éléments peut-on le déduire ?

5. Le patient a-t-il envisagé d'autres alternatives que l'euthanasie ? Si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi pas ?

6. Des tiers ont-ils exercé une quelconque influence sur la décision du patient et sur vous ? De quoi cela ressort-il ?

C. Intervention médicale active pour abrégier la vie en l'absence de demande expresse.

1. Quelle est la raison de l'inexistence d'une demande expresse du patient ?

2. A-t-on parlé, à un stade antérieur, avec le patient de l'interruption de la vie, et si oui, quelle était son opinion ?

3. S'est-on entretenu avec les proches de l'interruption de la vie : avec qui et quelle était leur opinion ? Dans le cas contraire, pourquoi pas ?

D. Consultation d'un confrère.

1. Quel confrère (généraliste, spécialiste) a été consulté ? De qui s'agit-il ? Où est-il joignable ? (au cas où plusieurs médecins ont été consultés, indiquer leur nom et leurs coordonnées).

2. Quelles étaient les conclusions du ou des médecins consultés, en tout état de cause, à l'égard des points A6 et A7 ?

3. Ce ou ces médecins ont-ils examiné le patient ? Si oui, quand et où ? Sur la base de quels éléments a-t-il - ou ont-ils tiré sa - ou leurs - conclusion(s) ?

E. La mise en pratique de l'interruption de la vie.

1. Qui a procédé à l'interruption de la vie, et de quelle manière ?

2. Avait-on au préalable recueilli des informations sur la méthode à suivre, et, si oui, où et auprès de qui ?

3. La mort était-elle la suite logique à attendre de l'euthanasie administré ?

4. Y avait-il des personnes présentes lors de l'administration et où sont-elles joignables ?

LE POINT DE VUE DE LA NVVE (Association néerlandaise pour l'euthanasie volontaire)

Le 12 février 1992, le Comité directeur de l'Association néerlandaise pour l'euthanasie volontaire a fait connaître son point de vue sur les options proposées par le gouvernement dans une lettre adressée aux Commissions de la Justice et de la Santé de la Chambre ainsi qu'aux ministres de la Justice et de la Santé.

Tout en se réjouissant de la volonté du gouvernement de reconnaître de fait le droit à l'euthanasie, l'Association regrette que le gouvernement ait choisi de régler la question par un règlement administratif de "déclaration d'interruption de vie" sans donner de base légale aux règles de la jurisprudence et sans dépénaliser clairement l'euthanasie lorsque la procédure prévue a été correctement suivie. Elle fait remarquer que seule l'expression claire et sans équivoque de cette dépénalisation donnerait aux médecins les garanties d'impunité indispensables pour qu'ils puissent sans réticence remplir les déclarations prévues.

Elle réaffirme sa conviction que tout souhait d'euthanasie exprimé clairement, durablement et sérieusement par un patient doit pouvoir être satisfait et demande que des investigations soient poursuivies pour clarifier les raisons pour lesquelles 4000 demandes d'euthanasie sont, d'après le rapport de la Commission RémmeLink, refusées chaque année.

L'Association exprime enfin son désaccord sur le fait que le projet gouvernemental de "déclaration d'interruption de vie" s'applique également aux patients inconscients. Elle estime que l'obligation de déclarer ces cas, alors que la jurisprudence dans ce domaine est mal établie et que le médecin n'a donc pas de garantie d'impunité, ne sera pas suivie d'effet ; elle demande qu'avant d'instaurer l'obligation de déclarer ces cas, le problème des patients inconscients fasse l'objet d'une étude particulière en vue d'élaborer les critères sur lesquels le médecin pourrait se baser.

LE POINT DE VUE DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE NÉERLANDAISE

Il est intéressant de noter que le Dr van Berkenstijn, secrétaire général de la Société royale de médecine néerlandaise qui regroupe 80 % des praticiens des Pays-Bas, a sur le projet gouvernemental une opinion assez similaire à celle de l'Association Néerlandaise pour l'Euthanasie Volontaire. Dans une interview au journal "Le Monde" du 2 avril, il se déclare, lui aussi, favorable à ce que le projet de loi reprenne explicitement les normes de la jurisprudence actuelle sur l'euthanasie de façon à donner aux médecins des critères objectifs sur lesquels ils puissent se baser. D'autre part il demande que de telles normes soient établies pour les patients incapables d'exprimer leur volonté avant d'instaurer pour ce type de patients la même obligation d'une "déclaration d'interruption de vie".

et cette fois légalement admise de la jurisprudence finira par imposer tôt ou tard le retrait ou la modification du code pénal, de façon à consacrer définitivement la dépénalisation d'un acte d'humanité qui continue partout à être hypocritement considéré comme un acte criminel. En tout état de cause, les Pays-Bas donnent au monde entier un exemple d'attitude à la fois humaine, rationnelle et exempte de préjugés vis-à-vis de ce douloureux problème.

Il n'est pas inutile pour nous de souligner le rôle important qu'a joué notre organisation-soeur aux Pays-Bas, la NVVE, dans tout ce processus. La NVVE a démontré l'efficacité de la pression qu'une organisation forte de 50.000 membres peut exercer sur le monde politique et sur l'évolution des mentalités. Ceci doit nous encourager à renforcer notre action.

(Dossier préparé par J. Bekaert, M. Englert, Y. Kenis et G. Pullinx).

IV. Conclusions

Le processus légal engagé le 1er avril a abouti au dépôt auprès de la Chambre des députés du projet gouvernemental tel qu'il est résumé plus haut. C'est la première fois qu'un projet de réglementation de l'euthanasie est ainsi soumis à l'examen du pouvoir législatif, et son adoption pratiquement assurée fera des Pays-Bas le premier pays à se doter d'une législation acceptant de fait la possibilité de mettre fin à la vie dans des conditions définies. Mais il faut remarquer que le fait de contraindre les médecins à déclarer également les cas d'interruption de la vie de patients inconscients alors qu'il n'existe pas de jurisprudence claire dans ce domaine est irréaliste car le médecin hésitera à s'exposer au risque de poursuites.

D'autre part, la loi qui punit l'euthanasie et l'aide au suicide n'étant pas abrogée, le risque persiste que dans l'avenir la justice puisse faire marche arrière. On peut cependant penser que l'application répétée

NOUVELLES DE L'A.D.M.D.

11

Notre association organise une

CONFERENCE

le 16 mai 1992 à 15 heures

à la Fondation Universitaire (Salle A)
rue d'Egmont, 11 à 1050 Bruxelles

M. Serge MOUREAUX, Président de l'Assemblée de la Commission communautaire française traitera de **"LA DEPENALISATION DE L'EUTHANASIE"**

le Dr Pierre DRIELSMA, médecin généraliste, parlera de **"LES DEMANDES D'EUTHANASIE RECUES PAR UN GENERALISTE"**

Vous y êtes conviés, ainsi que vos amis et connaissances.

ASSOCIATIONS- SOEURS

La décision de ne plus distribuer la brochure "Autodélivrance" (voir le Bulletin n° 43, de décembre 1991) n'a pas suscité trop de réactions négatives. Nous avons bien sûr reçu un certain nombre de demandes que nous n'avons pas pu satisfaire, et des membres s'en sont plaints, mais en général ils ont fait preuve de compréhension. Nous leur avons chaque fois donné les informations nécessaires pour qu'ils puissent éventuellement se procurer le livre de Derek Humphry "Exit final", qui a été récemment traduit en français (voir le Bulletin n° 43, page 19).

Le président a donné des conférences aux Amitiés françaises à La Louvière, à la Maison de la Culture à Dinant, à l'association La Paroisse Libre à Bruxelles, à des médecins généralistes à Bruxelles et à Wavre. Il a donné deux séminaires à des infirmières, dans le cadre d'un stage de formation en nursing oncologique, organisé par l'Ecole d'infirmières de l'U.L.B. et la Société belge des infirmières en oncologie.

Le professeur M. Englert a participé avec le professeur L. Schwartzberg à une conférence organisée par le Centre des Grandes Conférences de Bruxelles, qui s'est tenue à l'U.L.B. le 17 février dernier.

Les candidatures pour le conseil d'administration doivent être introduites pour le 5 mai 1992 au plus tard et adressées au président de l'ADMD..

A.D.M.D. FRANCE

Monsieur Henri Caillavet a été désigné par le Président de la République pour participer aux travaux du Comité Consultatif National d'Ethique. Cette haute distinction - qui fait honneur à notre association-soeur - l'a amené à démissionner de sa fonction de président de l'A.D.M.D., estimant que cette nomination entraîne, comme il l'écrit dans sa lettre de démission, "une certaine obligation de réserve que je ne saurais transgresser".

Le conseil d'administration a élu Madame Anne-Marie Dourlen-Rollier présidente de l'association et Monsieur Caillavet président d'honneur.

Le secrétaire général de l'A.D.M.D., Monsieur Jacques Pohier, nous apprend que la traduction française du livre de Derek Humphry, *Exit final*, est interdit en France et que le distributeur doit retirer tous les exemplaires livrés aux libraires.

DEREK HUMPHRY QUITTE LA DIRECTION D'HEMLOCK.

L'association Hemlock a annoncé que son directeur exécutif, Derek Humphry, prendra sa retraite au 1er août 1992. Il occupait cette position depuis 1980 et il avait fortement contribué à augmenter l'influence de cette association qui compte aujourd'hui plus de 50.000 membres et 86 sections. Il est l'auteur de plusieurs livres, dont le dernier, *Final Exit* (traduit récemment en français, voir notre numéro de décembre 1991), a connu un succès considérable : plus de 500.000 exemplaires vendus aux Etats-Unis.

Derek Humphry désire consacrer désormais toute son énergie à défendre par le texte et la parole, une réforme de la loi qui donnerait réellement à chaque individu "le droit de mourir dans la dignité".

REVUE DE LA PRESSE

KNACK

L'hebdomadaire KNACK (numéro du 5 au 11 février 1992) consacre sept pages fort bien documentées au problème de l'euthanasie. Notre association-soeur *Recht op Waardig Sterven* est abondamment citée. Ceci montre que nos idées progressent dans le nord du pays, sans doute en grande partie grâce aux efforts de notre ami Léon Favys. Nous apprenons par ailleurs que RWS aura bientôt mille membres (s'il n'a déjà atteint ce nombre au moment où nous paraissions).

DETROIT. SUICIDE MEDICALEMENT ASSISTE.

Le Dr Jack Kevorkian, qui s'est rendu célèbre aux Etats-Unis en aidant trois patientes à se suicider, propose la création d'un système de suicide, légalement assisté, pour les malades en phase terminale. Le médecin précise son projet dans un article intitulé: *Un modèle sûr pour le suicide justifiable assisté médicalement*, publié dans l'édition de février de l'*American Journal of Forensic Psychiatry*. Il recommande de mettre en place des groupes de spécialistes chargés de contrôler les demandes des candidats au suicide. Ces derniers devraient être recommandés par un médecin. Selon le Dr Kevorkian, son système aboutirait à réduire le nombre des suicides en permettant aux malades de réfléchir à leur décision et de ne pas agir dans un moment de panique. Le médecin a été suspendu par les autorités médicales, décision dont il a fait appel, et risque l'inculpation pour les deux derniers suicides qui ont eu lieu en octobre. Dans son article, il propose également de pénaliser l'aide au suicide quand elle est apportée par des non-spécialistes.

La Dernière Heure, 24 janvier 1992

PONTIAC, INCULPE DE DEUX MEURTRES.

L'inventeur de la machine à se suicider, le Dr Jack Kevorkian, a été arrêté mercredi et inculpé pour meurtre, après le décès, l'an dernier, de deux femmes gravement malades qui avaient utilisé la machine imaginée par le médecin. Un tribunal du Michigan a retenu, à l'encontre du Dr Kevorkian, deux chefs d'inculpation pour meurtre et un autre pour délivrance de substances soumises à contrôle, a déclaré le procureur du comté d'Oakland Richard Thompson. Ce dernier a précisé que Jack Kevorkian, partisan déclaré du suicide assisté par un médecin pour les personnes souffrant de très graves maladies, a été arrêté près de chez lui. Il est inculpé pour la mort, le 23 octobre, de Sherry Miller (43 ans) et de Marjorie Wantz (58). Mlles Miller et Wantz avaient été retrouvées mortes, dans une cabane, au nord de Detroit, de même que des systèmes inventés par le Dr Kevorkian. Toutes deux souffraient de maladies chroniques au stade terminal. Selon le médecin légiste, les deux morts sont des homicides et non des suicides. Si J. Kevorkian (63 ans) est condamné pour meurtre, il risque une peine d'emprisonnement à vie sans possibilité de libération conditionnelle. L'inculpation pour diffusion de drogues est passible de deux ans de prison. En 1990, le Dr Kevorkian avait aidé une femme de Portland, souffrant de la maladie d'Alzheimer, à s'injecter une dose mortelle de drogue. Il avait alors été poursuivi pour meurtre, avant d'être relâché.

La Dernière Heure, 7 février 1992

NANCY B. A OBTENU LA MORT SOUHAITEE.

Au pays - le Canada - où l'euthanasie est un homicide puni de 25 années de prison, une jeune femme de 25 ans vient de mourir, aidée en cela par les médecins de l'Hôpital-Dieu à Québec. Ils ont débranché le respirateur qui la maintenait en vie, ce qu'avait finalement autorisé le juge le 6 janvier dernier. L'affaire était sans précédent au Canada où le cas de Nancy B. avait relancé avec force le débat.

LE DEBAT. La jeune Québécoise était atteinte du syndrome de Guillain-Barré, une maladie rare qui affecte le système nerveux périphérique et provoque la paralysie des muscles y compris respiratoires. La maladie

était irréversible et les traitements vains. L'hôpital, craignant les poursuites judiciaires, refusa d'abord de débrancher l'appareil comme le lui demandait Nancy B., parfaitement lucide. Elle s'adressa alors à la Cour supérieure du Québec. Le débat qui s'instaura dans l'opinion opposa les juristes pour qui il s'agissait d'acharnement thérapeutique - et qui rappelait que la loi autorisait la cessation du traitement sur demande du patient - et ceux pour qui débrancher l'appareil équivalait à aider la malade à se suicider.

Cette différence entre le fait de donner la mort (administrer une piqûre fatale) et ne plus s'acharner à maintenir en vie (débrancher la machine) est importante. L'Eglise elle-même distingue nettement les choses, condamnant sans équivoque la première forme et autorisant la seconde.

CONSENSUS. Le 6 janvier, le juge québécois autorisait le médecin traitant de Nancy à débrancher le respirateur. Il lui fallait observer un délai d'appel de trente jours et obtenir à nouveau le consentement de la malade. Le ministère de la Justice n'avait pas fait appel à ce jugement. Le décès de Nancy B. devrait faire date dans une société où le médecin traitant qui demandait "un appui social et légal" à son geste rappelait "l'absence de consensus sur l'euthanasie".

J.F.Dt.

La Libre Belgique, 15 février 1992

Ce jugement a été bien accueilli par tout le monde au Canada : les médecins, les théologiens, les groupes Pro-Vita, les éthiciens, les autorités religieuses. L'abbé Henri Beaumont, théologien au Grand Séminaire, porte-parole des autorités diocésaines du Québec, a conclu en affirmant que le geste réclamé par Nancy B. n'avait rien à voir avec l'euthanasie....

SCHWARTZENBERG : LA MORT DOUCE

Le 17 février, à l'auditoire Janson, le professeur Schwartzberg a parlé de la mort, de la manière d'accompagner ceux qui souffrent intolérablement et, lorsque tout espoir est perdu, du dernier acte d'humanité qu'un médecin puisse administrer en réponse aux supplications d'un malade : la mort douce.

Le Cercle du Libre Examen avait invité le professeur Schwartzberg à parler de ce sujet délicat entre tous. Léon Schwartzberg, praticien à l'hôpital Paul Brousse, professeur de cancérologie à l'Institut de cancérologie et d'immunogénétique de Villejuif, est aussi parlementaire européen sur la liste socialiste (Majorité de progrès pour l'Europe). Homme de terrain, le professeur Schwarzenberg est inévitablement un homme public. Ses déclarations dans les médias, dont certaines en faveur de l'euthanasie, l'élaboration d'une proposition de résolution au Parlement européen, à laquelle il participe, le propulsent au centre du débat sur les grandes questions médicales et éthiques qui se posent à notre époque.

Il a évoqué des réalités dérangeantes et posé des questions complexes. Faut-il dire la vérité au malade ? Au début de sa carrière, Léon Schwartzberg craignait de traumatiser un malade gravement atteint en lui disant la vérité. L'expérience lui a appris qu'il vaut généralement mieux dire la vérité. En effet, quand on ment au malade, un malaise qui l'oppose à son entourage naît souvent. Résultat : le patient trompé s'enferme dans sa solitude et ne fait plus confiance aux médecins. Par contre, lui avouer la vérité sur son état, c'est lui permettre de prendre les dispositions pour que la vie puisse continuer comme il le souhaite s'il doit disparaître. Lorsque le malade "sait", chaque jour a son poids de vie, il accepte ou il refuse en toute liberté les thérapies et leurs contraintes, il combat les yeux ouverts. Le conférencier a évoqué les trois niveaux de maladies : le cas du malade guérissable, auquel il faut administrer toutes les thérapies nécessaires, le cas du malade auquel des soins appropriés peuvent apporter des rémissions et un prolongement de vie appréciable, et la situation du malade incurable arrivé au terme du parcours de la maladie, en butte à d'interminables souffrances, appelant de façon répétée, permanente, à le laisser s'"endormir".

LA LUTTE POUR LE MALADE. Quand la lutte contre la maladie est perdue, commence la lutte pour le malade.

Et quand les soins palliatifs ne suffisent plus, le malade appelle à mettre fin à ses souffrances, à ses infirmités, supplie d'arrêter son martyre. Le médecin ne peut y répondre immédiatement. Il faut que la demande soit répétée, profonde, permanente. Le médecin doit s'assurer que son patient ne soit pas en proie à une dépression passagère et se poser la question : qu'est-ce qui fera le moins mal : refuser d'intervenir ou accéder à la demande de son malade ?

S'adressant aux contempteurs de la "mort douce" et "volontaire" : (Comment répondraient-ils à certaines situations ?) le professeur Schwartzberg a décrit des réalités insoutenables : une jeune fille défigurée par un cancer au visage dont la mère avait enlevé tous les miroirs de l'habitation ; une mère de famille atteinte d'un cancer à l'estomac, réduite à ne plus pouvoir absorber que quelques gorgées d'eau ; un malade atteint de la maladie de Charcot, dont la paralysie atteignait peu à peu tous les membres. Auraient-ils le courage de dire "non" à l'endormissement ? Je doute qu'ils soient en accord avec leur conscience s'ils disent "non", a conclu le conférencier. Toutefois, ces appels-là sont exceptionnels et ils sont toujours formulés comme s'ils répondaient à un immense besoin de sommeil, ce sommeil que Shakespeare identifiait à la mort : La vie est une île entourée de sommeil (La Tempête).

Le Professeur Schwartzberg est favorable à ce qu'il appelle le "testament d'amour", sorte de mandat donné par un patient à un proche, qui autorise celui-ci à demander d'arrêter la vie lorsque la maladie atteindrait un palier extrême. En revanche, le conférencier doute de la nécessité de légiférer. Il s'en explique : dans un Etat de droit, tout ce qui est déclaré légal est normal. Or, la demande d'euthanasie est un acte exceptionnel. Doit-on normaliser un acte exceptionnel ...

Monique Eeman
TELEX (ULB-UAE) avril 1992 - n° 76

INFORMATIONS DIVERSES

DU NEUF EN CALIFORNIE

Une idée originale nous vient du comté d'Orange en Californie : les patients gravement malades qui ne désirent pas être réanimés portent à la cheville une bande de plastique verte portant les mots "*Do not resuscitate*". Grâce à celle-ci, les ambulanciers pressés qui arrivent auprès d'un malade comateux pour le conduire à l'hôpital savent qu'ils ne doivent ni le mettre sous respirateur, ni pratiquer de défibrillation cardiaque. Cette mesure, mise au point par un spécialiste des soins d'urgence, a été approuvée par l'Association médicale du comté, par l'association des infirmières à domicile et par le barreau de la région.

COMMUNIQUE DU CENTRE D'ACTION LAÏQUE

PARLEMENT EUROPEEN : Soins palliatifs et euthanasie.

Le Centre d'Action Laïque (CAL) vient de prendre connaissance de l'avis rendu le 18 décembre 1991 par la Commission juridique et des droits des citoyens du Parlement Européen concernant la proposition de résolution sur l'assistance aux mourants (B3-0006/89 déposée par M. VAN HEMELDONCK).

Cet avis fait suite au rapport du 30 avril 1991 de la Commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs qui recommande, dans une vision d'ensemble, la création d'unités de soins palliatifs et la possibilité, en cas d'échec de ces derniers, pour un collège de médecins, de "*mettre un terme à une existence qui a perdu toute dignité*" (euthanasie active), "*chaque fois qu'un malade pleinement conscient en fait la demande, de manière pressante et continue*".

Le CAL ne peut admettre l'argumentation de la Commission juridique qui conteste bel et bien que l'euthanasie "*n'est pas d'ordre sanitaire*", mais appartient, selon elle, au juriste sous prétexte que c'est au juriste "*de les incorporer dans les cadres juridiques*". Suivre cette argumentation revient à donner au juriste le

pouvoir exorbitant de la réflexion et de tout choix sur les problèmes éthiques qui se posent de plus en plus nombreux, à notre société.

Le CAL considère, au contraire, qu'il appartient à la société tout entière, dans ses diverses composantes, de définir de tels choix en s'entourant d'avis compétents.

Le CAL rejette avec vigueur la conclusion de la Commission juridique qui propose que la partie traitant de l'euthanasie soit supprimée et lui soit renvoyée "*pour examen au fond*".

Le CAL insiste pour que le Parlement Européen examine ensemble les questions de soins palliatifs et d'euthanasie.

17 février 1992

QUELOUES ADRESSES UTILES

- S.O.S. Solitude, 1000 Bruxelles, 24, rue du Boulet 02/513.45.44
1332 Genval, 277, avenue Albert Ier 02/653.86.75
- Association contre le Cancer, 1000 Bruxelles, pl. du Samedi, 13
permanence téléphonique : lundi de 9 à 19 h.
vendredi de 9 à 13 h. ligne verte 078.11.78.11
- Ecoute-Cancer Service d'accueil téléphonique, lundi de 10 à 15 h. 02/231.02.02
1040 Bruxelles, 21, rue des Deux Eglises. jeudi de 12 à 18 h.
- Cancer et Psychologie 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
- Télé-Secours (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
- Télé-Accueil "Jour et nuit un ami vous écoute"
Bruxelles) 02/538.28.00
Namur - Brabant Wallon) 010/22.88.77
Liège) 1991 ou 041/42.77.70
Charleroi) 071/31.43.14
Hainaut) 065/35.20.20
Luxembourg) 063/22.06.27
- Centre de prévention du suicide, 1050 Bruxelles, 46, Pl. du Châtelain 02/640.65.65
Rendez-vous 02/640.51.56
- Télé-Espoir, 6031 Monceau-sur-Sambre, 108, route de Mons. 071/32.63.75
- Bien Vivre-Bien Mourir, Service d'aide aux grands malades
4310 Saint-Nicolas, 58, rue Likenne. 041/52.62.46
- Centrale de services à domicile
1060 Bruxelles, 43, rue Saint-Bernard 02/537.98.66
4020 Liège, 19, avenue de Jupille 041/62.46.46
041/31.41.47
- Centre d'Aide aux mourants (C.A.M.) Aide psychologique aux proches et familles
de mourants - 1000 Bruxelles, 104, Boulevard de Waterloo 02/538.03.27
- Infor-Homes, 1000 Bruxelles, 40, rue du Boulet (de 9 à 16 h.) 02/511.91.55
- Soins Palliatifs
pour tous renseignements : Fédération belge de Soins palliatifs
1040 Bruxelles, rue des Deux Eglises, 21 02/230.86.39
- C.E.F.E.M. (Centre de formation à l'écoute du malade)
1190 Bruxelles, 52, avenue Pénélope. 02/345.69.02

