

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

**ADAM**  
BULLETIN TRIMESTRIEL  
MARS 1993 - N° 48

## SOMMAIRE :

◆ Cotisations .....	couverture
◆ La législation hollandaise sur l'euthanasie .....	1
1. Rétroactes .....	2
2. Le texte du projet de loi .....	8
3. La réaction de notre Conseil d'Administration .....	11
4. Lettres de la Société néerlandaise pour l'euthanasie volontaire (NVVE).....	12
5. La situation en Belgique .....	13
6. Revue de la presse .....	15
◆ Calendrier des conférences .....	19

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 - 2060 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 1993.

Faute de vous être acquitté de cette formalité, votre carte de membre ne sera pas validée pour 1993 et notre bulletin trimestriel ne vous sera plus adressé.

Pour mémoire : cotisation individuelle : 500 frs  
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 1994, une quittance pour exonération fiscale.**

Merci !

## DOSSIER :

# La législation hollandaise sur l'euthanasie

Le 9 février 1993, la 2ème Chambre des Etats Généraux des Pays-Bas a adopté par 91 voix contre 45 un projet de loi donnant une assise légale à la procédure de déclaration de décès par euthanasie qui était en vigueur dans les faits depuis le 1er novembre 1990. Ce projet de loi qui dépénalise *de facto* l'euthanasie est sans aucun doute une importante victoire des idées que nous défendons et fait des Pays-Bas le seul pays au monde à reconnaître explicitement la légitimité de l'euthanasie. Cependant le projet de loi ne dépénalise pas l'euthanasie *de jure* car il n'abolit pas l'article 293 du Code pénal néerlandais qui punit un acte d'euthanasie pratiqué à la demande d'autrui d'une peine pouvant aller jusqu'à 12 ans de prison. Néanmoins, en légalisant la possibilité de déclaration de décès par euthanasie, le projet de loi reconnaît implicitement que l'euthanasie peut être, dans certains cas, un acte médical légitime. La contradiction apparente avec l'article 293 du Code pénal est résolue en considérant que lorsque l'euthanasie est réalisée dans une situation de détresse, elle entre dans le cadre de l'article 40 du même Code pénal qui prévoit que celui qui effectue un délit auquel il est contraint par force majeure n'est pas punissable. L'ambiguïté qui subsiste est celle de la définition de la situation de détresse : le questionnaire détaillé que le médecin doit compléter lorsqu'il déclare que le décès est survenu par euthanasie permet à l'autorité communale de délivrer le permis d'inhumer sans ouvrir d'enquête judiciaire. L'expérience des deux années pendant lesquelles cette procédure a été appliquée sans base légale mais en accord avec la jurisprudence montre que cette façon de faire assure effectivement une dépénalisation de fait, puisque 1318 cas de décès par euthanasie ont été déclarés, en 1992, sans entraîner de poursuites.

Il faut savoir que le projet de loi adopté le 9 février 1993 est le résultat d'un compromis entre les deux grands partis au pouvoir aux Pays-Bas : le parti socialiste, partisan d'une dépénalisation totale, et le parti chrétien démocrate, très divisé sur le problème. La plupart des 45 votes d'opposition au projet, qui sont le fait des partis D66, V.V.D. et Groene Links, n'expriment pas, d'ailleurs, une opposition de principe à la loi proposée (seuls trois petits partis confessionnels se sont déclarés hostiles à toute forme d'euthanasie) mais au contraire une position plus radicale en faveur d'une dépénalisation totale. C'est d'ailleurs aussi l'opinion de notre association-soeur néerlandaise, l'Association pour l'Euthanasie volontaire (N.V.V.E.). Enfin, il ne faut pas perdre de vue que pour entrer en vigueur le projet de loi doit encore être adopté par la 1ère Chambre et signé par la Reine. On ne prévoit cependant pas d'obstacles dans cette procédure.

Pour permettre à nos lecteurs de disposer d'un dossier complet sur le problème, nous reproduisons ci-après :

- I. les rétroactes, repris du dossier (mis à jour) que nous avons publié dans le bulletin n°44 de mars 1992
- II. le texte du projet de loi et du formulaire à remplir par le médecin lors d'une déclaration de décès par euthanasie
- III. la réaction de notre Conseil d'Administration
- IV. les lettres d'information de l'Association néerlandaise pour l'euthanasie volontaire précisant son point de vue sur le projet de loi
- V. les réactions parues dans la presse faisant notamment part des réactions de certaines organisations médicales, du Vatican, etc.
- VI. la situation actuelle dans notre pays

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 relève de l'article 40 du Code pénal ; celui-ci annule sa culpabilité pour cas de "force majeure" lorsqu'il a 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 dépénalisant 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. R Emmelink. 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.

### 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 R Emmelink ) 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. Remmelink, 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 de 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 avalise 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.

### **Le projet de loi élaboré par le gouvernement**

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 non de dépenaliser *de jure* l'euthanasie par la suppression de l'article 293 ni de dépenaliser l'aide au suicide par la suppression de l'article 294 mais d'instaurer légalement une modification des 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 estime 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.

## II. TEXTE DU PROJET DE LOI

### A. Exposé des motifs

L'avis du Conseil d'Etat n'est pas rendu public parce qu'il est admis qu'il ne comporte que des remarques de nature rédactionnelle.

Le 8 novembre 1991, les 2ème et 3ème signataires ont envoyé au Président de la 2ème Chambre des Etats Généraux le point de vue du cabinet en ce qui concerne les décisions médicales au sujet de la vie finissante (Kamerstukken II 1991-1992, 20 383, nr 14.)\*. Le point de vue du cabinet est le suivant (en ce qui importe ici) : pour préciser la signification et la teneur de la procédure en vigueur depuis le 1er novembre 1990 en ce qui concerne la déclaration des cas d'euthanasie ou d'aide au suicide (Kamerstukken II, 1990-1991, 21 800-VI nr 23) et afin de garantir le plus de sécurité possible tant aux autorités concernées qu'aux médecins impliqués en ce qui concerne la procédure à suivre et l'information à établir, il est souhaitable de fournir à cette procédure une base légale.

L'usage actuel de déclaration à l'autorité communale compétente et l'appréciation par l'officier de justice constitue une procédure efficace dans la pratique pour un problème dans lequel toute décision médicale en ce qui concerne la vie finissante est un cas unique. La procédure en question offre une structure de justification qui permet d'apprécier l'acte médical en cas d'euthanasie, d'aide au suicide, et d'intervention médicale active pour mettre fin à la vie sans demande exprimée du patient.

Dans la lettre citée ci-dessus, le cabinet a fait part de ce que les idées tendaient à l'établissement, dans le cadre de l'art. 10 de la loi sur le constat de décès, de règles plus précises concernant le décès dû à la pratique de l'euthanasie, de l'assistance au suicide ou l'intervention médicale active pour mettre fin à la vie sans demande expresse du patient. Cet article parle actuellement d'un règlement ministériel. Le formulaire-type établi sur base de ce règlement, concernant le décès dû à une cause non naturelle, est aboli. Ce formulaire-type sera basé sur une mesure administrative générale et un nouveau formulaire-type sera établi dans le cadre de cette mesure

administrative générale en ce qui concerne le décès dû à la pratique par un médecin de l'euthanasie, de l'assistance au suicide ou de l'intervention médicale active pour mettre fin à la vie sans demande exprimée.

Pour permettre que les Etats Généraux puissent exprimer qu'ils s'impliquent et prennent leurs responsabilités, on suivra pour la mesure administrative générale la procédure dite *voorhangprocedure*.

Le débat sur le point de vue du cabinet a eu lieu à la 2ème Chambre les 1 et 2 avril 1992. Pendant le débat, il est apparu que la majorité de la 2ème Chambre pouvait marquer son accord avec le projet de loi cité dans la lettre susmentionnée.

Le projet de loi en question comprend les modifications citées plus haut de la loi relative au constat de décès qui parlent d'elles mêmes. Le moment de l'entrée en application de cette loi est lié à celui de l'entrée en application de la mesure administrative générale mentionnée dans l'art. 10. L'entrée en application aura donc lieu à un moment à fixer ultérieurement.

Il n'y a pas d'aspects de dérégulation liés à ce projet de loi.

Le Ministre de l'Intérieur	C. I. Dales
Le Ministre de la Justice	E.M.H.Hirsh Ballin
Le Secrétaire d'Etat au Bien-Etre, à la Santé Publique et à la Culture	H.J. Simons

### B. Projet de loi

2ème Chambre des Etats Généraux - Session 1991-1992.  
22572. Modification de la loi sur le constat de décès.

#### N°1 Message royal

A la 2ème Chambre des Etats Généraux

Nous vous présentons ci-joint pour examen un projet de loi modifiant la loi relative au constat de décès.

Le mémoire explicatif qui accompagne le projet de loi comporte les motifs de base.

Nous vous recommandons en outre à la sainte protection de Dieu.

La Haye, le 10 avril 1992

Beatrix

\* voir page 7.

## N°2 Projet de loi

Nous Beatrix, par la grâce de Dieu, Reine des Pays-Bas, Princesse d'Orange-Nassau, etc...

A tous, qui prennent connaissance de ceci, salut !, nous faisons savoir :

Etant donné que nous avons pris en considération qu'il est souhaitable de modifier la Loi relative aux constats de décès (ar. 1991, 133) de telle façon que le formulaire dont il est question dans l'art. 10 soit dorénavant établi par une mesure administrative générale.

C'est ainsi que, ayant entendu le Conseil d'Etat, et en communauté d'accord avec les Etats Généraux, nous avons approuvé et compris, comme nous approuvons et comprenons ici :

### Article 1

L'art. 10 de la Loi sur le constat de décès est modifié comme suit :

1. Devant le texte, on place 1 et on remplace les mots "par Notre Ministre de la Justice" par :

par mesure administrative générale. On ajoute la phrase suivante : La proposition de mesure administrative générale dont il est question dans la phrase précédente est faite par notre ministre de la Justice et notre ministre du Bien Etre, de la Santé Publique et de la Culture.

2. Une deuxième partie y est jointe, rédigée comme suit :

2. la proposition de mesure administrative générale dont il est question dans le premier article n'entre en vigueur que 3 mois après la date de parution au Moniteur où elle est insérée. L'insertion est communiquée sans retard aux deux chambres des Etats Généraux.

### Article 2

Cette loi n'entre en vigueur qu'à un moment fixé par arrêté royal.

Ordonnons et enjoignons que celle-ci soit insérée dans le Moniteur et que tous les ministères, autorités, collègues et fonctionnaires concernés veillent à une exécution minutieuse.

## C. Questionnaire à remplir par le médecin

### 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) Etait-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 abrégé 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'euthanaticum administré ?
4. Y avait-il des personnes présentes lors de l'administration et où sont-elles joignables ?

### III. Réaction du Conseil d'Administration de l'ADMD

Pour nous, qui militons pour le respect de la volonté des mourants, le vote du parlement hollandais est une victoire de la liberté humaine ; car s'il y a un droit fondamental qui est bafoué dans nos pays, c'est bien celui de pouvoir disposer de sa propre vie lorsqu'on se trouve, face à la mort, dans une situation de souffrance insupportable.

Le refus, dans de telles conditions, de répondre à une demande répétée et insistante, est inhumain bien qu'il s'abrite derrière des principes "moraux" ; et il l'est d'autant plus qu'actuellement la médecine dispose effectivement de la possibilité d'assurer une mort douce, qu'au dedans de soi chacun d'ailleurs souhaite pour lui-même.

Car c'est bien cela qu'assure la législation hollandaise ; elle consacre d'ailleurs une expérience de près de dix ans puisque la Cour suprême des Pays-bas, en accord avec l'ensemble des Procureurs généraux et la majorité du Corps médical, avait cessé toute poursuite contre les médecins qui pratiquaient l'euthanasie dans une situation de détresse bien définie : maladie incurable, souffrances intolérables et incontrôlables, demande insistante et réitérée.

L'étude remarquable, publiée dans le "Lancet" (vol. 338, sept 14, 1991) par l'équipe de l'Université de Rotterdam sur l'attitude du médecin face à la mort après ces 10 ans d'expérience, fait justice des calomnies qui tentent de la discréditer : sur près de 120 000 décès annuels, dans 2000 cas environ, la situation ne peut être contrôlée même par les traitements palliatifs et les médecins sont amenés à répondre à une demande d'euthanasie

expresse et réitérée de la part du patient. Dans près de 1000 cas, la mort a été volontairement hâtée chez des patients moribonds inconscients.

La population et l'état sanitaire de notre pays étant comparables à ceux des Pays-Bas, on peut estimer que la différence essentielle entre les mourants des deux pays est que, chez nous, 2000 d'entre eux vivent chez nous en martyrs, contre leur volonté, la dernière période de leur vie, à moins qu'ils puissent compter sur un médecin qui pour répondre à leur demande prendrait le risque énorme de ce que notre législation et le Code de déontologie médicale s'obstinent à considérer comme un acte criminel

Quant aux allégations selon lesquelles la législation hollandaise ouvrirait la voie à l'euthanasie "économique" ou "eugénique" de type nazi, l'expérience a bien montré que les états criminels n'ont aucun scrupule à transgresser n'importe quelle loi. De telles allégations nous paraissent totalement gratuites. Quant à nous, malgré certaines réserves (nous aurions souhaité par exemple une reconnaissance officielle du "testament de vie" pour les patients inconscients), nous estimons que la magistrature, le corps médical et les députés hollandais ont traité ce douloureux problème avec un souci d'humanité, de mesure et de rigueur qui leur fait honneur.

#### IV. Lettres d'information de l'Association néerlandaise pour l'Euthanasie Volontaire (NVVE)

A) Le 28 janvier 1993, la NVVE a publié la lettre d'information suivante :

La population néerlandaise est en grande majorité favorable à l'euthanasie.

A l'initiative de l'Association néerlandaise pour l'Euthanasie Volontaire (NVVE), le NIPO a effectué une enquête au début de janvier 1993 : le sondage qui couvrait un éventail représentatif de 1145 personnes âgées de 18 ans et plus a été réalisé à propos des différents aspects du problème de l'euthanasie. Les résultats sont très importants dans l'optique du débat à la 2ème Chambre concernant la modification de la loi sur le constat de décès par laquelle le gouvernement veut légiférer à propos de l'euthanasie.

##### Législation

78 % des ± 1000 personnes interrogées estiment qu'un malade qui se trouve dans un état désespéré insupportable a toujours le droit de demander l'euthanasie. 10% seulement estiment qu'il n'a pas ce droit (les autres n'ont pas d'opinion).

Un nombre presque aussi important - 71 % - estime qu'un médecin qui pratique correctement l'euthanasie, ne doit pas se justifier devant la justice pénale, sauf en cas de soupçons fondés de comportement criminel. 17 % estiment qu'un médecin doit se justifier dans tous les cas.

Ces résultats prouvent que le projet de loi du gouvernement ne respecte pas l'opinion de la majorité de la population néerlandaise qui est favorable au retrait de l'euthanasie du droit pénal.

Une analyse plus poussée des résultats indique que les milieux du CDA (parti chrétien démocrate) comptent de nombreux partisans de l'euthanasie. 65 % des votants en faveur de ce parti estiment qu'un malade en détresse a le droit de demander l'euthanasie ; 60 % d'entre eux estiment que le médecin n'a pas à se

justifier devant la justice pénale sauf en cas de soupçons fondés de comportement criminel. Les opposants à l'euthanasie se trouvent principalement dans les petits partis chrétiens.

##### La déclaration d'euthanasie (par testament).

Une grande importance est attribuée à cette déclaration. Ceci ressort des réponses à la question de savoir si un médecin peut euthanasier un malade qui se trouve dans un coma prolongé (plusieurs mois) : 42 % des personnes interrogées estiment que dans ce cas, l'euthanasie ne devrait être autorisée que si le malade a lui-même rédigé un testament de vie précédemment ou s'il s'est clairement exprimé dans ce sens ; pour 25 % des personnes interrogées, l'euthanasie ne devrait être permise que si la famille le souhaite ; 10 % estiment qu'elle devrait toujours être permise et 8 % qu'elle ne devrait jamais être autorisée. 13 % n'ont pas d'opinion.

##### Nouveaux thèmes

Des questions ont aussi été posées à propos de thèmes qui ont récemment été discutés. Il apparaît que beaucoup de gens acceptent que l'on mette fin à la vie en cas de coma. 78 % estiment que c'est légitime sous certaines conditions. La NVVE estime qu'une seule condition est impérative : le malade doit avoir exprimé lui-même qu'il ne désire pas continuer à vivre dans état de coma prolongé. 57 % se sont exprimés en faveur de la possibilité pour les personnes âgées de décider elles-mêmes de mettre fin à leurs jours. 11 % seulement y sont opposés. La discussion à ce sujet fut initiée en 1991 à l'occasion d'un article de M. H. Drion. L'idée selon laquelle ces personnes doivent pouvoir se procurer sans l'intervention d'un médecin les moyens de mettre fin à leurs jours a rencontré beaucoup moins d'adhésion. 14 % seulement sont de cet avis, 57 % par contre y sont opposés. Enfin, 33 % estiment que beaucoup de souffrances seraient épargnées à ces personnes et à d'autres impliquées dans ces situations, si l'assistance au suicide - e.a. l'accès aux médicaments - n'était plus pénalisé ; ceux qui veulent mettre fin à leurs jours ne peuvent en effet le faire seuls que par des moyens très

pénibles - par ex. se jeter par la fenêtre ou sous un train. 28 % sont d'un avis opposé ; un groupe important (29 %) est partiellement d'accord et partiellement opposé. La NVVE estime donc qu'un tiers de la population néerlandaise est favorable à la levée de la pénalisation de l'aide au suicide.

#### B) Lettre du 29 janvier 1993

La semaine prochaine, la modification de la loi sur le constat de décès est à l'ordre du jour de la séance de la 2e Chambre des Etats généraux. Il est probable qu'elle sera adoptée malgré toutes les oppositions politiques véhémentes passées et présentes. Le gouvernement désire ainsi mettre en place une législation valable pour le problème de l'euthanasie.

#### L'euthanasie doit être retirée du droit pénal

La NVVE n'est pas du tout satisfaite par la réglementation proposée. Tant que l'euthanasie continue à relever du code pénal, un médecin n'a pas la certitude absolue de ne pas être poursuivi. C'est pourquoi l'Association estime que l'euthanasie doit être retirée du droit pénal.

#### Exigences de vigilance

Pour veiller à ce que l'application de l'euthanasie soit sûre et contrôlable, une longue liste de recommandations de vigilance pour la pratique de l'euthanasie a été formulée et testée.

De cette manière, le médecin comme le patient se savent protégés, puisque ces exigences sont reprises dans un texte légal où sont stipulées les normes auxquelles le médecin doit se conformer.

#### Procédure de déclaration

Dans cette procédure, il conviendrait de faire une nette différence entre la déclaration d'euthanasie et celle ayant trait à une autre forme de décès. C'est pourquoi la NVVE estime qu'un médecin devrait justifier devant la justice une intervention mettant fin à la vie si elle est pratiquée sans demande explicite du patient.

#### En conclusion, voici les exigences que la NVVE pose pour une législation valable :

- les exigences de vigilance doivent être reprises dans la loi sur la pratique médicale ou dans la législation réglementant le traitement médical ;
- le contrôle doit être exercé par une commission professionnelle, par ex. sur base du code de déontologie médicale ;
- l'euthanasie doit pouvoir se pratiquer pour toutes les espèces de souffrances insupportables, tant physiques que psychiques, terminales et chroniques ;
- le patient doit avoir épuisé toutes les possibilités de traitement ou avoir refusé clairement toute alternative proposée ;
- lorsque le médecin a des problèmes de conscience d'ordre personnel, il a le devoir de transférer le patient à un confrère.



## V. SITUATION EN BELGIQUE

### EUTHANASIE ACTIVE

1) **Législation.** Assimilée à un homicide volontaire avec préméditation, l'euthanasie 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.

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

#### Art. 95

Le médecin ne peut pas provoquer délibérément la mort d'un malade ni l'aider à se suicider.

#### Art. 96

Lorsqu'un malade se trouve dans la phase terminale de sa vie tout en ayant gardé un certain état de conscience, le médecin lui doit toute assistance morale et médicale pour soulager ses souffrances morales et physiques et préserver sa dignité.

Lorsque le malade est définitivement inconscient, le médecin se limite à ne prodiguer que des soins de confort.

*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 :

#### Art. 97

L'attitude à adopter dans les situations visées à l'article 96, notamment la mise en route d'un traitement ou son arrêt, est décidée par le médecin ayant la charge du patient, après avoir demandé conseil à un confrère au moins, et en avoir informé et recueilli l'opinion du patient ou, à défaut, de ses proches ou de ses représentants légaux.

*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.

### PROJETS DE LOI

Les différentes propositions de loi dépenalisant l'euthanasie élaborées par les députés E. D'Hose, E. Klein et plus récemment pour le sénateur S. Moureaux sont restées sans suite.

### **Euthanasie : Rome réagit, La Haye s'irrite** (La Libre Belgique, 23 février 1993)

La loi sur l'euthanasie, votée le 9 février dernier par le Parlement néerlandais, et autorisant "de facto" cette pratique sous plusieurs conditions strictes, avait soulevé plusieurs réactions indignées à l'étranger. Celles, au Vatican, de Mgr Elio Sgreccia, secrétaire du Conseil apostolique de la famille, ne furent pas les moins remarquées. A tel point que le gouvernement de La Haye s'irrita de certains propos et convoqua, lundi après-midi le nonce apostolique aux Pays-Bas, Mgr Lemaître, chez le ministre néerlandais des affaires étrangères, M. Kooijmans.

Ce dernier lui a exprimé l'indignation du gouvernement néerlandais devant la comparaison faite par Rome entre la nouvelle loi sur l'euthanasie et les pratiques de l'Allemagne nazie pendant la Deuxième Guerre mondiale. Dans une interview accordée à la radio du Vatican la semaine dernière, Mgr Sgreccia avait déclaré que cette comparaison était légitime, puisque la nouvelle loi "*permettrait de mettre fin à la vie de personnes qui n'étaient plus d'utilité économique pour le pays*".

Le climat entre La Haye et le Vatican ne s'est guère amélioré pendant le dernier week-end avec la publication dans "L'Osservatore Romano" d'un article rapportant qu'un nouveau projet de loi serait en préparation aux Pays-Bas qui rendrait possible de pratiquer l'euthanasie sur les handicapés mentaux et les enfants malformés. L'organe du Vatican ajoutait qu'il s'agissait de la part des autorités néerlandaises, "*d'une stratégie (...) visant à limiter la croissance démographique et permettant d'opérer une sélection raciale*".

Ces propos ont été accueillis avec consternation aux Pays-Bas, le Premier ministre, M. Ruud Lubbers lui-même catholique, les qualifiant "*d'inadmissibles*", tandis que l'archevêque d'Utrecht, le cardinal Simonis, fort embarrassé, estimait que Mgr Sgreccia s'était laissé influencer par des informations erronées parues dans la presse italienne. Le primat a en outre reproché aux chrétiens-démocrates, parti majoritaire au pouvoir aux Pays-Bas, de ne pas

avoir tenu leur promesse d'informer les autres partis chrétiens-démocrates en Europe, ainsi que le Vatican, du véritable sens de la loi.

Lundi, le nonce apostolique a précisé au ministre néerlandais que les propos de Mgr Sgreccia et de "L'Osservatore Romano" ne constituent pas la position officielle du Vatican. Néanmoins, certains observateurs politiques aux Pays-Bas y voient une campagne du Vatican visant à décourager d'autres pays à suivre l'exemple néerlandais en la matière.

...

Robert Schuil

### **Euthanasie : Regain de tension entre Rome et les Pays-Bas**

(Le Jour/Le Courrier, Le Rappel, l'Avenir du Luxembourg, 23 février 1993)

Le vieux dossier de l'euthanasie a provoqué un regain de tension entre le Vatican et les Pays-Bas, pays qui a souvent eu des rapports difficiles avec le Saint-Siège.

Tout en s'attendant à une condamnation par Rome des nouvelles dispositions légales concernant la "mort douce", les autorités néerlandaises n'escomptaient cependant pas une réaction aussi violente que celle du responsable de la famille au Conseil Pontifical, Mgr Sgreccia.

Ce dernier, interrogé sur Radio Vatican, a affirmé que l'euthanasie pour les malades mentaux et les nouveaux nés handicapés s'apparentait à l'hitlérisme. "*La conclusion est la même, a-t-il dit : on élimine des vies humaines que l'on estime non fonctionnelles pour un certain type de société. Pour Hitler c'étaient des Juifs, ou les malades mentaux, les porteurs de tare. Pour ce type de société plus hédoniste qui est la nôtre, c'est le même raisonnement*"

...

Sur le plan politique, le chef du gouvernement a rappelé que les Pays-Bas et le Vatican avaient des relations diplomatiques et que "diplomatiquement on ne pouvait pas se permettre ce genre de déclarations". "*En tant que catholique, je ne suis pas en colère. Je suis*

*bouleversé et je trouve cela très triste*", a ajouté M. Lubbers.

De son côté, "L'Osservatore Romano" a accusé samedi les Pays-Bas, "*autrefois creuset de missionnaires et d'humanisme total*", de s'être engagés sur les "*chemins de la culture de la mort*" avec leur loi autorisant l'euthanasie "volontaire" et le projet de loi sur l'euthanasie "involontaire".

Le journal qualifiait ce projet de "réalité tragique" et en tirait une conclusion "horrible" : "*Les principes juridiques et éthiques universels sont bouleversés par des applications aberrantes*".

"L'Osservatore Romano" concluait : "*une fois qu'on s'égare loin de Dieu, on perd le sens de l'homme, de sa dignité, de ses droits : on le relativise et on le subordonne aux intérêts hédonistes et utilitaristes. On préfère la culture de la mort à la culture de la vie. L'euthanasie, tout comme l'avortement, est un effet barbare, mais horriblement logique de cet égarement*".

#### **Nouvelle loi nuancée et de compromis Euthanasie plus largement tolérée aux Pays Bas.**

(Le Soir, 10 février 1993)

Après vingt années de débats laborieux, le Parlement néerlandais a finalement adopté un projet de loi autorisant les médecins à pratiquer l'euthanasie sans risque de poursuites judiciaires.

La mort assistée à la demande du patient demeure théoriquement un acte criminel, mais en pratique les magistrats toléreront l'euthanasie dès lors que les médecins appliqueront strictement un code qui la permet dans certains cas, nonobstant la réaffirmation de sa condamnation de principe.

...  
Le compromis a été approuvé par 91 députés contre 45, chaque formation politique interprétant la loi à sa guise. Ainsi, le parti démocrate-chrétien du Premier ministre Ruud Lubbers est toujours contre la législation sur l'euthanasie pour des raisons religieuses, mais les députés ont pu soutenir le projet de loi parce qu'il préserve le caractère officiellement illégal de l'euthanasie, avec une peine de douze ans de prison à la clé. Et les socialistes estiment que la loi équivaut à une garantie de non-poursuite, en accord avec leurs principes. Dans tous les cas, la décision reste entre les mains des magistrats, alors que les libéraux souhaitent simplement

légaler l'euthanasie avec un amendement au Code pénal.

Barbara Smit

#### **L'euthanasie : le choix hollandais sera-t-il suivi chez nous ?**

(La Meuse, La Lanterne, Nouvelle Gazette, la Province, 11 février 1993)

...  
En Belgique, plusieurs propositions de loi dépénalisant l'euthanasie ont été déposées : en 1984 par le député Edgar D'Hose, en 1988 par le député Edouard Klein et en mai dernier par le sénateur Serge Moureaux, sans succès. La dernière prévoit la possibilité pour tout citoyen d'exprimer son refus de tout acharnement thérapeutique et son souhait de mourir dans la dignité.

...  
Serge Moureaux espère que l'exemple hollandais fera école chez nous et permettra de réexaminer sa proposition de loi.

E. Mathieu

#### **La Belgique va-t-elle suivre ?**

(Le Soir, 10 février 1993)

...  
L'Association pour le droit de mourir dans la dignité a eu beau militer depuis 1981, elle n'a pas encore été entendue : en Belgique, la législation continue de considérer l'euthanasie comme un homicide.

Jo M.

#### **Euthanasie passive ou active. Un sujet tabou en Europe**

(Nord Eclair/Journal de Mons/Echo du Centre 11 février 1993)

L'euthanasie, passive ou active, sujet tabou ou entouré d'un flou juridique partout en Europe, est depuis longtemps courante aux Pays-Bas. On lui attribue plus de 2 % des décès annuels, 2700 cas en moyenne selon un rapport officiel.

Mais le Vatican a vivement condamné le pas franchi par les Pays-Bas, qui l'ont légalisée sous certaines conditions, estimant que ce pays empruntait "*une voie très dangereuse*" en adoptant une loi sur l'euthanasie qui "*viole ou même détruit un principe fondamental*". Dans

les autres pays européens que les Pays-Bas, la "mort médicale" reste un sujet de polémique.

En Suède, en Belgique ou en Pologne, si le code pénal est muet sur ce chapitre, la pratique n'en demeure pas moins répréhensible et le juge puise dans l'arsenal juridique pour assimiler l'euthanasie à l'homicide.

Au Portugal, l'euthanasie est interdite tandis qu'en Grèce, il n'est même pas question d'un débat, du fait notamment de l'opposition du puissant clergé orthodoxe.

Même rejet en Italie. "C'est un mot à bannir du vocabulaire" estime le ministre des Affaires sociales Adriano Bompiani. Le code déontologique médical est clair : "Tout acte visant à provoquer délibérément la mort est contraire à l'éthique médicale".

Dans la très catholique Espagne, l'euthanasie active est interdite, mais une certaine forme passive semble tolérée. On constate un certain flou juridique. Le code pénal en discussion au Parlement ne contient ainsi aucun article consacré à l'euthanasie.

#### "Testament médical"

Le cas allemand est alourdi par le poids du passé nazi : au nom de la "pureté de la race" le régime hitlérien avait exterminé 80 000 handicapés mentaux. Au mot d'euthanasie, on préfère donc le concept d'aide à la mort. L'administration d'un médicament mortel est assimilée à l'homicide et passible de 6 mois à 5 ans de prison.

En Grande-Bretagne, le cas d'un jeune homme en coma depuis trois ans et demi n'a pas assoupli le sentiment anti-euthanasie officiel : selon l'avocat commis d'office "débrancher" Tony Bland comme le demandaient ses parents équivalait à un meurtre.

En France, le monde médical a adopté une attitude subtile qui laisse une certaine latitude : un médecin ne peut "délibérément provoquer la mort" mais il doit tout faire pour éviter l'acharnement thérapeutique. On n'est donc pas loin de la mort douce "accompagnée" par le médecin. Le Conseil de l'Ordre ne veut en tout cas pas d'une loi sur l'euthanasie, estimant que "chaque cas est un cas d'espèce".

En Suède, la situation est à peu près similaire : dans des cas extrêmes, le médecin peut décider

de débrancher les appareils respiratoires.

Reste l'exemple original du Danemark. L'euthanasie y est officiellement interdite mais depuis le 1er octobre dernier, les danois peuvent faire un "testament médical" que les médecins doivent respecter : en cas de maladies incurables ou d'accident grave, les patients ont le droit de ne pas être maintenus artificiellement en vie.

Cette assurance contre un possible acharnement thérapeutique a fait des adeptes en Belgique au sein d'une association qui milite à Bruxelles pour le droit à une mort digne.

#### La réaction des chambres syndicales des médecins au vote néerlandais.

"Gare à l'euthanasie économique !"  
(Le Soir, février 1993)

La légalisation ouvre la porte aux abus, commente la Fédération syndicale. Dans son collimateur : les pressions budgétaires.

C'est par 91 voix contre 45 que le Parlement néerlandais a approuvé un projet de loi autorisant, sous certaines conditions, les médecins à pratiquer l'euthanasie.

Renversement de score auprès des associations médicales : la légalisation de l'euthanasie y fait l'unanimité contre elle.

Après le vote historique concluant vingt ans de débats chez nos voisins, l'Association médicale mondiale rappelle sa déclaration adoptée à l'unanimité à Madrid en 1987 : *L'euthanasie, c'est-à-dire mettre fin à la vie d'un patient par un acte délibéré, est contraire à l'éthique. Cela n'empêche pas le médecin de respecter la volonté du patient de laisser le processus naturel de la mort suivre son cours dans la phase terminale.*

Même écho auprès de la Fédération belge des chambres syndicales de médecins : *A une époque où les soins aux malades en phase terminale coûtent cher et où les pressions de la société pour maîtriser les dépenses en soins de santé deviennent de plus en plus insistantes, le vote néerlandais est une porte ouverte à une euthanasie économique, estime-t-elle.*

C'est moins le contenu que le principe même du texte que fustige la Fédération des médecins belges. Pour elle, l'interdiction de l'euthanasie est un rempart indispensable contre les abus.

Malgré les garde-fous prévus par le texte néerlandais (l'accord du patient est requis et la mort assistée demeure théoriquement un acte criminel), les médecins pourraient être tentés de céder aux tentations financières. *Plusieurs pays ont déjà décidé de supprimer le remboursement de certains soins aux patients âgés*, explique le Dr Lemye, vice-président de la Fédération des chambres syndicales belges et coreprésentant de la Belgique auprès de l'Association médicale mondiale. *La Belgique n'a-t-elle pas envisagé elle aussi de supprimer le remboursement d'un médicament contre le cholestérol ?*

Et de rappeler que 20 % du budget des soins de santé est consacré aux malades en phase terminale.

Quant à la surpopulation des hôpitaux, le danger guetterait aussi à nos portes. *Pour l'instant, il n'y a pas péril en la demeure*, poursuit le Dr Lemye. *Mais la progression du sida, par exemple, pourrait mener à la catastrophe. New-York a déjà dû rouvrir un établissement qui devait fermer. Et le traitement d'un patient sidéen coûte un million de FB par an !*

Sans compter la peur d'une dérive eugénique : *L'Allemagne nazie n'est pas la seule à s'être engagée sur cette voie : d'autres régimes ont aussi voté des lois de stérilisation.*

L'association médicale mondiale et les chambres syndicales belges ne peuvent évidemment rien contre la décision de nos voisins. Le sens de leur message est surtout de mettre en garde d'autres pays contre la "tentation législative".

C'est que le débat couve chez nous depuis le dépôt, voilà dix ans, de la première proposition de loi par le socialiste Edgar D'Hose. Les chambres syndicales vont-elles tout faire pour

empêcher ce débat que l'Association pour le droit de mourir dans la dignité réclame chez nous depuis sa création en 1981 ? *Nous ne refusons pas le débat*, conclut le Dr Lemye. *Mais ce qui est clair, c'est que l'euthanasie est un domaine qui ne doit pas concerner le législateur.*

Joëlle Meskens

**Un témoignage ...**

**Un médecin hollandais témoigne**

(Réforme, France, mars 1993)

...  
Le docteur Schoonheïm est chargé d'un cours à l'université d'Amsterdam sur l'accompagnement des mourants, pour des médecins généralistes. Il est aussi secrétaire du conseil presbytéral d'une paroisse de la Gereformeerde Kerk (calvinistes stricts).

...  
La demande d'euthanasie est-elle difficile à accepter pour un médecin ?

Le docteur Schoonheïm a répondu "oui" sans hésiter. *"Mais ensuite, quand on réfléchit ensemble avec le malade aux sept conditions, ça prend des semaines et, finalement, on prend la bonne décision. Celle que veut vraiment le malade. Et quand on passe à l'acte, on pense que c'était ce qu'il fallait faire. En fait je considère l'euthanasie comme une "levenshulp", une aide à la vie. En tant que médecin, j'ai le devoir d'aider un malade à "vivre" sa demande de mort. Le médecin a certainement le devoir de sauver la vie, mais il a aussi sûrement celui d'accompagner la mort. C'est un conflit, toujours, mais il ne peut s'y soustraire".*

...

Claudine Castelnau

# CONFERENCES ET SEMINAIRES

**Séminaires : Les soins palliatifs : la pratique et les enjeux**  
(suite des séminaires des 28 janvier, 25 février et 18 mars)

de 20 h 30 à 22 h

Judi 29 avril - *Réflexion sociologique sur le développement des soins palliatifs en Belgique*,  
Docteur Madeleine MOULIN, co-directeur du Centre de Sociologie de la Santé, Institut de  
Sociologie, Université de Bruxelles

Mercredi 19 mai - *Quelles priorités pour la recherche en soins palliatifs ?*  
Professeur Robert ZITTOUN,  
Hôtel-Dieu de Paris, Service d'Hématologie

Judi 24 juin - *Ethique et médecine en fin de vie*  
Professeur Yvon KENIS  
Cancérologue, Université libre de Bruxelles, Président de l'ADMD

Lieu : Au Vieux Saint Martin, Grand Sablon, 38 1000 Bruxelles  
Renseignements : CAM, tél. 02/538 03 27



Conférence suivie de débat , organisée par le Cercle laïc enghinois

Mercredi 12 mai à 20 h

*Euthanasie et accompagnement des mourants*  
Professeur Yvon KENIS  
Président de l'ADMD

Lieu : Maison Jonathas  
rue Montgomery, 7850 Enghien  
PAF : 80 frs (seniors et juniors : 40 frs)

Dans le cadre du 150ème anniversaire de l'Institut de Pharmacie de l'ULB et de l'UAE,  
conférence animée par E. Caekelberghs (RTBF)

Mardi 28 septembre à 20 h

**L'euthanasie**

Orateurs :

Professeur A. Schwartzberg, député européen, : "*Requiem pour la vie*"

Professeur R. Kahn  
Chef de Service des Soins intensifs à l'hôpital Erasme (ULB)  
"*Limite des Soins intensifs*"

Docteur Y. Kenis  
Président de l'ADMD  
"*le Droit de mourir dans la dignité*"

Lieu : Auditoire Dupréel - Institut de Sociologie  
avenue Jeanne, 44 - 1050 Bruxelles



## 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>Association contre le Cander</u> , 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	
<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), 1020 Bruxelles 99, av. Houba de Strooper	02/478.28.47
<u>Télé-Accueil</u> "Jour et nuit un ami vous écoute" 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-Esperoir</u> , 6031 Monceau-sur-Sambre, 108, route de Mons.	071/32.63.75
<u>Télélaïque - Action et solidarité</u> (de 10 à 20 h)	078/11.23.17
<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, 106, Boulevard de Waterloo	02/538.03.27
<u>Infor-Homes</u> , 1000 Bruxelles, 40, rue du Boulet (de 9 à 16 h.)	02/511.91.55
<u>Soins Palliatifs et adresses :</u> pour tous renseignements : Fédération belge de Soins palliatifs 1210 Bruxelles, rue Royale, 217	02/225.82.20
<u>C.E.F.E.M.</u> (Centre de formation à l'écoute du malade) 1190 Bruxelles, 52, avenue Pénélope.	02/345.69.02

Publié avec l'aide de



COMMUNAUTÉ FRANÇAISE  
**WALLONIE BRUXELLES**

---