

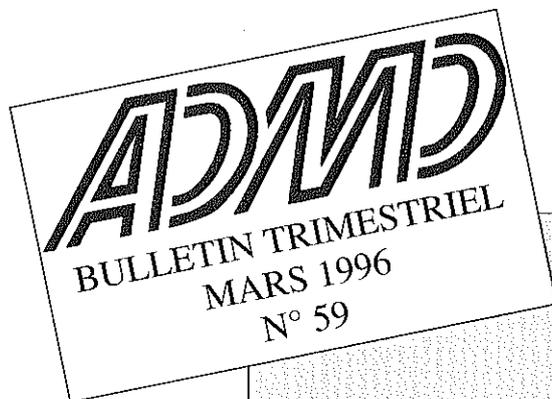
Belgique - België

P.P.

1050 Bruxelles 5

1/7203

Bureau de dépôt - Bruxelles 5



SOMMAIRE :

◆ Le billet du Président	1
◆ Dossier : Légiférer pour permettre l'euthanasie volontaire	
- La nécessité de légiférer	2
- Etat actuel des législations concernant l'euthanasie et l'aide au suicide	7
- Etat actuel des législations conférant une valeur légale au testament de vie	12
- Les propositions de loi déposées au Parlement belge	15
◆ Un témoignage : le docteur hollandais Peter V. Admiraal	19
◆ Dans la presse	20
◆ Courrier	24
◆ Informations diverses	25
◆ Cotisations	28

n° dépôt légal IISN 0770 3627



L'A.D.M.D. Belgique est membre de la World Federation of the Right-to-Die Societies et de sa division européenne.

Secrétariat : rue du Président, 55 - 1050 Bruxelles - Belgique - Tél. 02/502.04.85
Entretiens sur rendez-vous. Compte bancaire : n° 210-0391178-29

Association sœur d'expression néerlandaise : Recht op Waardig Sterven (R.W.S.)
Constitutiestraat, 33 - 2060 Antwerpen - Tél. et fax : 03/272.51.63

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

COMITE D'HONNEUR

Ilya Prigogine, Prix Nobel

Jacques Bredael
Serge Creuz
Pierre de Locht
Roland Gillet
Hervé Hasquin
Robert Henrion
Claude Javeau
Roger Lallemand
Pierre Mertens
François Perin
Georges Primo
François Rigaux
Roger Somville
Lise Thiry
Georges Van Hout
Jean Van Ryn

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Yvon Kenis, Président
Darius Razavi, Vice-Président
Janine Wytzman, Secrétaire générale
Raymonde Burniat
Alain P. Couturier
Michèle del Carril
Marc Englert
Edouard Klein
Ivan Lebrun
Monique Moreau
Madeleine Moulin
Gaby Pulinx
A.M. Staelens
Philippe Toussaint

LE BILLET DU PRÉSIDENT

La quasi totalité des enquêtes d'opinion réalisées depuis plusieurs années, en Europe, aux États-Unis, au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande, montre qu'une large majorité de la population souhaite une législation rendant possible l'euthanasie à la demande du patient. Par ailleurs, on note de façon constante, depuis 1988, qu'environ un médecin sur deux est en faveur de la légalisation. Les médecins néerlandais – les seuls qui depuis plusieurs années connaissent une situation pratiquement équivalente à une légalisation – se prononcent massivement (88 pour cent) dans ce sens.

En Belgique, d'après une enquête réalisée pour *Le Journal du Médecin* en 1994, 18 pour cent des médecins sont d'emblée favorables à une légalisation de l'euthanasie active et 38 pour cent sont prêts à l'admettre conditionnellement. Une enquête du *Généraliste* réalisée en 1996 comportait la question suivante : "Estimez-vous qu'il faille légiférer en matière d'euthanasie ?" La réponse est "oui" pour 49 pour cent, "non" pour 50 pour cent, pour l'ensemble du pays, mais avec des différences marquées entre les régions. En Flandre, deux médecins sur trois sont demandeurs d'une nouvelle législation, alors qu'en Wallonie, deux médecins sur trois ne voient pas la nécessité d'une initiative législative en la matière.

On note une importante augmentation du nombre global de réponses favorables par rapport aux chiffres de 1984 et 1987, respectivement 15,5 et 22 pour cent. Et pourtant, selon le Code pénal, l'euthanasie reste assimilable à un assassinat et le Code de déontologie médicale déclare que "le médecin ne peut pas provoquer délibérément la mort d'un malade (ni) l'aider à se suicider". La question d'un changement de la loi est donc d'actualité et plusieurs propositions de loi (propositions Gillet, Klein, Cuyvers, Standaert, Monfils, S. Moureaux, Bacquelaine, Boutmans) ont d'ailleurs été déposées depuis 1984, mais aucune n'a été discutée, ni au Sénat, ni à la Chambre des représentants, ni même en commission, les gouvernements qui se sont succédé ayant toujours rejeté leur mise à l'ordre du jour. Certains indices (le nombre des propositions récentes, les déclarations du ministre Colla et les réactions qu'elles ont suscitées, la tentative du sénateur Roger Lallemand – immédiatement écartée par un veto du CVP – de créer une commission parlementaire spéciale) montrent cependant que la question mûrit et que sa discussion ne pourra plus être indéfiniment repoussée. Il nous a donc semblé utile de faire le point et d'apporter notre contribution à ce débat.

DOSSIER : Légiférer pour permettre l'euthanasie volontaire

*Une loi n'est pas juste parce qu'elle est loi,
elle doit être loi parce qu'elle est juste*

Montesquieu

LA NECESSITÉ DE LÉGIFÉRER

Dans ce dossier, le terme *euthanasie* sera utilisé avec l'acception suivante : **le fait de provoquer délibérément la mort d'un malade, à sa demande, pour mettre fin à ses souffrances.** Nous n'envisagerons que l'euthanasie active (un acte est posé par le médecin) ; l'omission ou l'interruption d'un traitement dont le seul effet serait de prolonger la vie d'un patient en phase terminale ne seront pas examinées, considérant que l'acceptation de l'euthanasie active entraîne *ipso facto* l'acceptation de l'euthanasie passive. Dans toute la mesure du possible, nous limiterons cet exposé aux arguments pour ou contre la *légalisation*, plutôt qu'aux problèmes éthiques soulevés par le *principe* de l'euthanasie volontaire, tout en reconnaissant la part d'arbitraire et les difficultés qu'implique un tel choix.

L'euthanasie active, dans le sens défini plus haut, n'est, à notre connaissance, légalement admise nulle part. Le parlement du Territoire du Nord, en Australie, a bien voté une loi qui l'autorise dans certaines circonstances (voir plus loin), mais elle n'est pas encore mise en application. La loi de l'État de l'Oregon aux États-Unis, qui permet l'aide médicale au suicide, est actuellement bloquée par une procédure judiciaire. Les Pays-Bas connaissent la politique la plus libérale dans ce domaine : le médecin qui pratique l'euthanasie en respectant des conditions strictes, et qui en fait la déclaration au moment du décès, ne sera pas poursuivi, mais l'euthanasie reste théoriquement punissable selon le code pénal. Les dispositions légales adoptées dans ces trois États sont résumées ci-dessous, mais nous

voudrions examiner auparavant les arguments qui ont été avancés pour ou contre la légalisation.

On oppose parfois les termes "légaliser" et "dépenaliser". Si *légaliser* évoque chez certains l'idée d'une permissivité sans contrôle, on comprend que les partisans d'une législation préfèrent parler de *dépenalisation*, comme on l'a fait à propos de l'avortement. Ce dernier terme a l'avantage d'attirer l'attention sur la nécessité de sortir l'euthanasie du code pénal, mais remarquons, à ce propos, que le code belge ignore l'euthanasie en tant que telle et peut donc l'assimiler à un homicide volontaire avec préméditation, c'est-à-dire à un assassinat. Dans la pratique, les deux mots recouvrent la même chose : la nécessité de légiférer pour changer la loi existante de façon à permettre l'euthanasie humanitaire.

Les arguments des opposants à la légalisation peuvent être regroupés en quatre catégories : la légalisation est inutile, elle est impraticable, elle est dangereuse, et elle risque de transformer radicalement l'image du médecin.

La légalisation de l'euthanasie serait inutile

Les poursuites sont exceptionnelles, et s'il y en a, les tribunaux se montrent cléments. C'est exact, mais le risque de poursuites existe, et les craintes qu'elles inspirent peuvent dissuader des médecins d'agir, même s'ils sont persuadés du bien-fondé des demandes. Faut-il vraiment imposer au médecin qui estime en conscience devoir aider un malade à mourir les affres d'une

inculpation possible pouvant durer plusieurs années,¹ voire d'une condamnation, même minime ou "symbolique" ? De plus, les euthanasies pratiquées aujourd'hui en dépit de la loi répressive, le sont dans la clandestinité, donc sans contrôle, et elles concernent presque exclusivement des malades à la phase ultime, à un moment où il est relativement facile de les camoufler en morts naturelles. Les patients terrorisés par la perspective d'une longue période de souffrances intolérables en sont donc privés.

Les dispositions légales actuelles permettent aux tribunaux d'accorder l'impunité si le médecin arrive à prouver qu'il a été contraint d'agir par un état de nécessité.

La crainte des poursuites évoquée à propos de l'argument précédent, existe ici aussi, peut-être aggravée par le fait que dans le cas d'une défense basée sur l'état de nécessité, c'est à l'inculpé d'en faire la preuve, alors que dans la situation habituelle, c'est à la justice d'établir qu'il y a eu faute, délit ou crime. Les conditions mêmes dans lesquelles se passe une euthanasie clandestine (on écarte les témoins, on renonce à l'avis d'un confrère, on évite la concertation) mettent le médecin dans une situation où il lui est particulièrement difficile de démontrer qu'il n'aurait pas pu agir autrement. On pourrait toujours lui reprocher de ne pas avoir tenté un autre traitement, de ne pas avoir recouru avec assez de persévérance aux soins palliatifs, de ne pas avoir adressé son malade à un autre médecin...

Une solution pourrait être de préciser dans la loi quelles conditions doivent être remplies pour que l'état de nécessité puisse être évoqué par le médecin en cas d'euthanasie et pour que, de ce fait, le parquet renonce aux poursuites.

*"Les questions qui touchent à l'euthanasie (...) relèvent par nature du pouvoir médical."*² Cet argument exprime un paternalisme médical que l'on pourrait croire dépassé (contentons-nous de souligner "par nature" et "pouvoir médical"...). Mais il est repris, de façon plus subtile en recourant à la notion de "transgression". Des médecins et des philosophes (le plus souvent catholiques) admettent que l'euthanasie peut n'être pas moralement condamnable dans certains cas exceptionnels. La conscience du médecin peut alors le contraindre à commettre un acte que ses convictions réprouvent. Admettons qu'il y a

là un progrès par rapport au refus absolu de l'euthanasie en toutes circonstances. Cette position nous paraît cependant bien insuffisante. Elle limite la légitimité de l'euthanasie à des situations extrêmes, à la phase terminale, et, surtout, elle donne au seul médecin le pouvoir de décision. La conscience du médecin n'est pas une propriété univoque, partagée également entre tous. Les médecins sont des hommes, avec leurs contradictions, leurs faiblesses, leurs passions, leur idéologie. L'un acceptera de prendre un risque, l'autre aura peur, le troisième refusera par principe d'enfreindre la loi. Ces différences d'attitudes entraînent une inégalité devant la mort. Les médecins, même ceux qui sont opposés à la légalisation, savent qu'ils pourront trouver parmi leurs relations celui qui les aidera à mourir, "le patient lui, n'est pas sûr du tout, faute de cadre légal, de trouver auprès du médecin l'aide qu'il demande au moment de la mort".³ Un "cadre légal" est donc indispensable. Comme le dit Lacordaire, "entre le faible et le fort, entre le pauvre et le riche, c'est la liberté qui opprime et c'est la loi qui affranchit".

Certains adversaires de la légalisation estiment que *les conflits éventuels devraient être réglés, non par la loi, mais par les règles déontologiques de la profession médicale*. Cette solution nous paraît encore plus dangereuse que la précédente dans la mesure où les ordres des médecins et autres organismes dits représentatifs ont tendance à défendre des positions particulièrement répressives, conservatrices et paternalistes. A propos de l'euthanasie, on a noté un divorce flagrant entre l'opinion des médecins et celle des "dignitaires".

Si la conscience du médecin doit pouvoir s'exprimer pleinement à propos de sa propre décision d'accepter ou de refuser d'agir, elle ne peut en aucun cas se substituer à la décision du malade. Ce n'est pas au médecin de décider qui a droit à une mort douce accordée par pitié, et qui doit subir les rigueurs de la loi, appliquée selon la lettre du code pénal. En cas de refus, le médecin doit avertir le malade et prendre des dispositions pour permettre à celui-ci de s'adresser à un autre médecin.

Depuis une dizaine d'années (davantage en Angleterre), les soins palliatifs tentent d'apporter aux malades atteints d'une affection incurable une fin de vie relativement sereine et dépourvue de symptômes trop pénibles. Les médecins ont réappris à traiter la douleur ; on s'attache à porter

¹ Un médecin belge est inculpé d'assassinat, dans une affaire d'euthanasie, depuis 1991. A ce jour (mars 1996), il ignore encore s'il passera ou non en Cour d'assises.

² F.-R. Cerruti, *L'euthanasie. Approche médicale et juridique*, Toulouse, 1987.

³ Prof. Amy (VUB), à propos des déclarations du ministre Colla.

remède à tous les symptômes de la phase terminale ; on a compris l'importance des rapports affectifs entre les soignants, les malades et leurs proches ; on s'efforce de maintenir le malade à domicile, et si ce n'est pas possible, de rendre l'environnement hospitalier plus humain. Certains, souvent pour des raisons idéologiques, présentent les soins palliatifs comme la voie médiane, la seule admissible, entre l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie. On affirme que *les soins palliatifs rendent inutile la revendication du droit à l'euthanasie, celle-ci perdant sa raison d'être parce que la demande disparaît*. Une telle affirmation est inexacte : des praticiens des soins palliatifs, et même un éthicien connu pour son opposition de principe à l'euthanasie, reconnaissent que des malades continuent à demander qu'on mette fin à leur vie, malgré un accompagnement optimal.¹ Ceci ne doit pas nous étonner : les soins palliatifs ne sont pas une panacée.² Ils sont très efficaces contre la douleur (dans presque tous les cas), mais la douleur n'est pas un motif fréquent de demande d'euthanasie. La raison de loin la plus fréquente est un état de souffrance globale due à une faiblesse extrême, à un délabrement physique et psychique privant le malade de toute autonomie. Les autres raisons – souvent combinées – pour lesquelles on demande la mort sont des symptômes contre lesquels les soins palliatifs ont peu ou pas d'efficacité : les paralysies, la perspective de la démence, les escarres nauséabondes, les plaies qui défigurent, les vomissements qui empêchent toute alimentation, l'incontinence urinaire et fécale, la suffocation. Le développement des soins palliatifs – certes indispensable, puisque seule une petite minorité des mourants en bénéficient aujourd'hui – ne peut donc pas être utilisé comme

¹ A une réunion organisée à Maastricht sous les auspices de l'Union européenne (juin 1994), le professeur Zittoun, chef de l'unité de soins palliatifs de l'Hôtel-Dieu à Paris, a déclaré que les demandes d'euthanasie avaient **augmenté** au cours des dernières années. Voir aussi : P. Verspiere, Face à celui qui meurt, Paris 1984 ; M. Périer, La dignité de la personne en fin de vie, Jalmalv, 1992, 31 : 48-49 ; J.M. Gomas, Soigner à domicile les malades en fin de vie, Paris, 1993 ; L.-V. Thomas, Grandeur et misères des unités de soins palliatifs, in C. Montandon-Binet et A. Montandon, Savoir mourir, Paris, 1993 ; M. Abiven, Une éthique pour la mort, Paris, 1995. A côté de ces témoignages, nous disposons d'une enquête réalisée en Australie chez des infirmières en soins palliatifs : 81 pour cent déclarent avoir été confrontées au moins une fois à une demande d'euthanasie (S. Aranda and M. O'Connor, Australian Nursing Journal, 1995, 3(2) : 18-21).

² R. Hunt, The interface of palliative care and euthanasia, Communication au Fifth International Congress on Ethics and Medicine, Londres, septembre 1993.

un argument contre la légalisation de l'euthanasie volontaire.

La légalisation serait impraticable

Les démarches prévues dans certaines propositions de loi visant à dépénaliser l'euthanasie sont inapplicables dans les circonstances où l'euthanasie pourrait être considérée comme licite. Elles sont trop tatillonnes, trop lentes, déshonorantes pour le mourant et pour le médecin, destructrices de la qualité de la relation médecin-malade à un moment où celle-ci est particulièrement indispensable.

Ces considérations doivent sans aucun doute être présentes à l'esprit du législateur. Les règles et conditions d'application de l'euthanasie doivent être suffisamment précises pour mettre le malade à l'abri d'un pouvoir excessif du médecin et pour protéger ce dernier de l'arbitraire et lui assurer l'impunité s'il les a respectées. Elles ne doivent pas aller au-delà, et ne peuvent pas devenir une forme larvée de dissuasion. Le souci prédominant doit rester l'autonomie du malade et son confort. Dans les situations exceptionnelles – et douloureuses – où l'euthanasie peut être considérée comme "la moins mauvaise solution", le souci de protéger les valeurs morales de la société doit passer au second plan. La situation qui existe aux Pays-Bas depuis plus de dix ans montre qu'une telle exigence n'est pas utopique. Le nombre des poursuites y est très faible : moins d'un pour cent des euthanasies déclarées sont l'objet d'une investigation judiciaire. Le contrôle rétrospectif n'altère en rien la qualité des rapports humains entre le médecin et son patient.

L'analyse des propositions de loi déposées, qui sera présentée plus loin, essaiera de tenir compte de cette double exigence de rigueur et de souplesse. De toute façon, il nous paraît préférable – pour le malade, pour le médecin et pour la société – d'accepter certaines contraintes et de prendre certains risques, dans le cadre d'une loi, plutôt que de bannir complètement la pratique de l'euthanasie ou la faire dépendre de la seule conscience du médecin.

Aux arguments pragmatiques qui viennent d'être exposés, s'ajoute une réflexion qui ressortit plutôt de la philosophie du droit. Xavier Dijon a défendu la thèse qu'il était contradictoire de parler d'un "droit à la mort" puisque l'existence même du droit est conditionnée par la relation, et que celle-ci est supprimée par la mort.³ Je ne me sens

³ X. Dijon, Le sujet de droit en son corps. Une mise à l'épreuve du droit subjectif. Bruxelles, Larcier, 1982.

certainement pas compétent pour critiquer les arguments de X. Dijon sur le plan juridique, mais je ne peux pas m'empêcher de penser que sa conclusion ressemble à un sophisme. Il me semble clair que l'on peut faire la différence entre le droit à la mort et le droit de mourir. Ce que réclament les partisans du droit de mourir dans la dignité, ce n'est pas un droit au sens juridique du terme – ni un "droit à la mort" pour le malade, ni un "droit de tuer" pour le médecin –, c'est la possibilité pour le malade incurable de recevoir une aide à mourir si la vie lui est, littéralement, insupportable. Ils veulent que la loi cesse de considérer comme un criminel le médecin qui, par humanité, estime remplir son devoir en apportant cette aide ultime à son patient. Quoiqu'il en soit, l'argumentation de Dijon n'a pas empêché les législateurs de plusieurs pays, d'édicter des lois sur la fin de la vie : sur le testament de vie (aux États-Unis, au Danemark, p. ex.) ; sur l'euthanasie, depuis longtemps pour en faire un délit sanctionné par des peines moindres que l'homicide ordinaire (en Allemagne, en Norvège, en Suisse, aux Pays-Bas, etc.), plus récemment pour la dépénaliser dans certaines circonstances (aux Pays-Bas, dans le Territoire du Nord d'Australie). Les conceptions juridiques évoluent ; je suis persuadé que l'interdiction de l'euthanasie paraîtra un jour aussi anachronique que les châtiments appliqués jadis au cadavre du suicidé.

La législation serait dangereuse

C'est l'argument le plus souvent utilisé et celui qu'il faut examiner avec le plus de soin. On évoque les risques d'abus, de dérapage : "de l'homicide par pitié on pourrait passer rapidement, suivant les fluctuations économiques et les conceptions sociales et éthiques, à la suppression euthanasique de personnes considérées comme inutiles, infirmes ou malformées". Certains groupes, comme les vieillards, seraient particulièrement vulnérables. Même si on ne va pas jusqu'à une dérive de l'euthanasie volontaire vers la mort imposée, on pourrait "subtilement manipuler" les personnes âgées qui se sentiraient culpabilisées et en arriveraient à demander la mort parce qu'elles ne pourraient pas résister à une pression sociale. On a aussi recours à la notion de banalisation : ce qui est légal est normal ; on ne fera plus la différence entre le moral et le juridique.

La crise économique doit nous rendre vigilants. Les dépenses en soins de santé augmentent plus vite que les ressources. Le vieillissement de la population va également accroître le déséquilibre budgétaire dans le domaine des pensions de retraite. Le Congrès

américain, par exemple, a préconisé récemment une réduction drastique des dépenses, portant principalement sur les programmes sociaux (*Medicare*, aide aux personnes âgées et aux handicapées, *Medicaid*, aide aux plus démunis). Chez nous, le docteur de Toeuf, président du syndicat médical ABSyM, a déclaré qu'il serait "logique de réaliser des économies en priorité" dans le secteur des MRS, c'est-à-dire les maisons de repos et de soins, où sont hébergées les personnes âgées dont l'état ne permet pas le maintien à domicile ! Le danger de pression sociale sur les plus démunis est donc réel. Tout le monde reconnaît que se posera bientôt – que se pose déjà – le problème de l'allocation des ressources. Il sera nécessaire d'établir des priorités en fonction d'un calcul coûts/bénéfices, mais notre société devrait affirmer que la première priorité est la protection des plus démunis, des plus défavorisés. Est-ce un argument contre la légalisation de l'euthanasie volontaire ? Est-ce une raison pour imposer aux grands malades des traitements coûteux et inutiles pour prolonger un calvaire dont ils n'aspirent qu'à sortir ? C'est à la fois un gaspillage scandaleux et, beaucoup plus grave, un comportement inhumain. Les tenants des soins palliatifs allèguent que ceux-ci coûtent moins cher que l'acharnement thérapeutique. On ne les accuse pas pour autant de vouloir faire des économies aux dépens des plus faibles. Il est indispensable, en démocratie, que les choix se fassent dans la plus grande clarté et ce n'est certes pas le maintien de l'euthanasie dans la clandestinité qui garantira le respect de cette exigence.

L'argument de la pente glissante, si souvent utilisé, consiste à dire : si on autorise A, qui peut paraître moralement acceptable, on sera fatalement amené à autoriser, voire à imposer B, moralement inacceptable ; il faut donc interdire A. Pour étayer une telle argumentation, il faudrait d'abord démontrer que la conséquence redoutée B surviendra nécessairement, qu'elle est réellement causée par l'acceptation de A, qu'elle ne pourra pas être empêchée. Dans le cas de la légalisation de l'euthanasie volontaire, aucune de ces hypothèses n'est démontrée. On pourrait tout aussi bien dire que l'interdiction de l'euthanasie entraînera fatalement l'interdiction d'autres libertés fondamentales. Si, au nom de l'intérêt de la société, on refuse à l'individu le droit de disposer de sa vie, on risque d'en arriver à une société où la communauté prime l'individu et qui pourra éliminer les "anormaux", les "asociaux", les "déviants", ceux qui sont une charge inutile. L'argument de la pente glissante peut donc être utilisé d'une façon exactement opposée à celle

utilisée par les adversaires de la légalisation. En réalité, dans l'un et l'autre cas, il ne s'agit pas d'argumentation, mais de pétition de principe.

On a voulu voir dans l'histoire du nazisme une preuve de la justesse de l'argument de la pente glissante, précisément à propos de la légalisation de l'euthanasie. Nous avons montré que c'était inexact : il n'y eut jamais en Allemagne de loi autorisant l'euthanasie.¹ L'extermination des enfants malformés et des malades mentaux résulta d'un ordre *secret* d'Hitler. L'origine des crimes nazis n'est pas une loi démocratiquement votée autorisant l'euthanasie volontaire, mais bien une idéologie raciste imposée par la dictature. Par contre, on peut trouver dans l'histoire récente, plusieurs exemples de législations où on aurait pu craindre un glissement, mais où il ne s'est pas produit. La loi sur l'interruption volontaire de grossesse n'a pas débouché sur l'avortement obligatoire ou sur l'infanticide. Aux États-Unis, les législations sur la stérilisation de certains malades ou délinquants n'ont pas été étendues à des catégories de plus en plus larges : elles ont été abolies ou ne sont plus appliquées. Les lois autorisant l'expérimentation humaine n'ont pas abouti à l'expérimentation forcée ; c'est exactement le contraire qui s'est produit : les crimes commis dans les camps nazis ont amené les nations démocratiques à établir le Code de Nuremberg pour la protection des sujets se soumettant à une expérimentation.

Il ne sera bien sûr jamais possible d'éviter tous les abus, mais le respect des règles démocratiques doit permettre l'élaboration d'une loi qui comprend des garanties suffisantes, dont l'application peut être contrôlée, amendable, et qui peut éventuellement être abrogée si la majorité le décide. Les abus seront sans doute moins graves que ceux causés par l'euthanasie clandestine pratiquée aujourd'hui malgré la loi répressive : absence de contrôle, absence de concertation (donc possibilité d'"euthanasies" non demandées), utilisation de moyens inadéquats pour provoquer une mort douce et rapide, inégalité devant la mort. Remarquons aussi que la possibilité pour les médecins de "laisser mourir", sans contrôle comme c'est le cas actuellement, peut être la source d'abus plus difficilement détectables (la mort survient "naturellement") que dans l'euthanasie active. Il est donc prévisible qu'une législation sur

¹ Y. Kenis, Le nazisme et l'euthanasie, La Revue Générale, 1996, I : 47-56.

l'euthanasie, bien loin d'augmenter, *diminuera* le nombre d'abus. ²

La légalisation transformerait l'image du médecin

Donner au médecin l'autorisation légale de tuer irait à l'encontre de son rôle traditionnel. Cela en transformerait radicalement l'image et porterait une atteinte irrémédiable à la confiance du malade. Cet argument est parfois poussé jusqu'à la caricature : "Chaque fois qu'un malade verra venir le médecin, il se demandera si c'est pour l'achever ou non." Présenté de la sorte, il n'a strictement aucune valeur à propos de la dépénalisation de l'euthanasie *volontaire*. Comme nous avons essayé de le montrer plus haut, c'est plutôt dans la situation actuelle que le malade pourrait craindre qu'on le laisse mourir, voire qu'on mette fin à ses jours, contre son gré. Mais laissons ce genre de raisonnement manichéen. Dire que le rôle du médecin est d'essayer de guérir, de toujours soulager, mais de ne jamais tuer son malade, est une formule qui n'est juste que si tuer veut dire mettre à mort contre la volonté du patient. De plus en plus de médecins estiment que leur rôle est de soulager le mourant jusqu'au bout, et qu'un accompagnement humain et compatissant peut aller jusqu'à hâter la mort si c'est la seule solution acceptable pour le patient. L'évolution des mentalités entraîne dès à présent une crise dans la relation médecins-malades. Une perte de confiance s'installe et ne peut que se renforcer par la peur de l'acharnement thérapeutique, le paternalisme, le mensonge ou le refus de fournir des informations véridiques, compréhensibles pour les patients et leurs proches. Une discussion franche et sans tabou, par exemple au moment de la rédaction d'un testament de vie,³ pourrait être l'occasion d'un dialogue d'une valeur inestimable entre le patient et son médecin, et une excellente façon de restaurer la confiance, la compréhension réciproque et le respect mutuel. Le médecin pourrait ainsi devenir le porte-parole le plus qualifié du malade en fin de vie.

Y. Kenis

² H. Kuhse, The case for active voluntary euthanasia, Law, Medicine and Health Care, 1986, 14 (3-4) : 145-148.

³ L'ADMD propose à ses membres un modèle de testament de testament de vie et leur recommande de désigner plusieurs "garants", témoins moraux de leurs volontés, qui pourraient intervenir au moment où ils seraient devenus incapables de s'exprimer. Plusieurs centaines de membres de l'ADMD ont obtenu de leur médecin de remplir ce rôle de garant.

ÉTAT ACTUEL DES LÉGISLATIONS CONCERNANT L'EUTHANASIE ET L'AIDE AU SUICIDE

Etats-Unis d'Amérique

La loi sur la mort dans la dignité ("The Death with Dignity Act") en Oregon

En novembre 1994, une législation autorisant les médecins à prescrire des substances létales assurant une fin de vie humaine et digne a été adoptée par référendum dans l'état d'Oregon. Elle n'est toujours pas entrée en vigueur, un juge fédéral l'ayant déclarée inconstitutionnelle sous le prétexte qu'elle introduisait une inégalité dans la "protection contre le suicide" entre les citoyens atteints d'une affection terminale et les autres ! Cette décision fait actuellement l'objet d'un appel.

La loi fixe les conditions suivantes pour qu'un patient puisse obtenir une prescription lui permettant de mettre fin à ses jours d'une façon humaine et digne :

1. Le patient doit être âgé de 18 ans au moins, résider en Oregon, être apte à exprimer ses volontés et être atteint d'une affection terminale.
2. Une affection terminale est définie comme une affection incurable et irréversible conduisant à la mort dans un délai médicalement prévisible, inférieur à six mois.
3. Le médecin prescripteur doit avoir l'autorisation d'exercer la médecine dans l'état d'Oregon.
4. Le patient doit avoir été informé du diagnostic, du pronostic, des risques possibles en relation avec la prise des substances létales prescrites, des possibilités des traitements palliatifs.
5. Un second médecin doit confirmer par écrit le diagnostic de maladie terminale et vérifier que le patient est apte à exprimer ses volontés et qu'il a pris sa décision en connaissance de cause.
6. Dans le cas où soit le médecin traitant soit le médecin consultant estime que le patient souffre d'une affection d'ordre psychologique, un avis psychiatrique doit être demandé pour s'assurer que le patient ne présente pas une telle affection, ni une dépression susceptible d'altérer son jugement.
7. Le médecin doit inviter le patient à informer sa famille de sa décision mais le patient est libre de ne pas y donner suite.

8. Quinze jours au moins après avoir fait sa demande, le patient doit être invité à la réitérer et le médecin doit à ce moment lui faire savoir clairement qu'il peut l'annuler. Si le patient confirme sa demande, il la rédigera dans des termes précisés par la loi. Deux témoins attesteront que le patient est apte à exprimer sa volonté et que celle-ci s'est exprimée librement. L'un des témoins ne peut pas faire partie de la famille du patient, ni pouvoir bénéficier légalement de ses biens, ni être lié à l'institution où le patient est soigné. Le médecin traitant ne peut pas être l'un des témoins.

9. La prescription des substances létales ne peut être faite que 48 heures au moins après la demande écrite.

10. Le dossier médical du patient devra inclure toutes les demandes orales et écrites du patient, le diagnostic et le pronostic de l'affection, l'affirmation que le patient est apte à exprimer sa volonté, qu'il a été informé et qu'il a agi librement. Il comportera l'avis du médecin consultant, la confirmation que le patient a bien été informé de la possibilité d'annuler sa demande et le type de médication prescrite.

La loi prévoit des procédures d'évaluation annuelle. Elle interdit toute clause de contrats d'assurances ou de testaments qui aurait pour effet d'interférer avec la libre décision du patient. En particulier, elle précise que les actes commis en accord avec cette loi ne constituent au point de vue légal ni un suicide, ni une assistance au suicide, ni un homicide.

Elle protège la liberté du personnel médical et paramédical de refuser de participer à l'exécution de cette loi. D'autre part, elle interdit toute brimade envers ceux qui l'appliqueraient.

Un exemple de formulation de demande écrite de médication destinée à terminer la vie d'une manière humaine et digne est repris dans la loi.

Commentaires

Cette loi est très restrictive. Elle a la particularité de n'autoriser la prescription de substances létales qu'à des patients dont la survie

est extrêmement limitée (moins de six mois). Elle exclut l'euthanasie et le patient doit donc absorber lui-même les substances létales. rien n'étant prévu dans le cas où il en serait physiquement incapable. Excluant l'euthanasie, elle pourrait placer le médecin dans une situation inextricable si le produit prescrit induit un coma sans provoquer la mort. Le médecin n'aurait alors que deux attitudes possibles : abandonner son patient, ou entreprendre des mesures de réanimation qui seraient en contradiction totale avec ce que lui avait demandé le malade et qu'il avait accepté de faire en toute légalité. Par ailleurs, elle multiplie les précautions pour que les conditions d'application

soient particulièrement précises. Par contre, elle ne prévoit pas de notification à la justice mais uniquement une procédure médicale (notes dans le dossier du patient).

De toute évidence, tout a été mis en oeuvre pour éviter de donner prise à une opposition qu'on savait violente. La loi se prétend même non une aide au suicide mais une aide à une fin de vie humaine pour des patients dont la mort est une échéance extrêmement proche.

Dans le contexte actuellement très conservateur des États-Unis, elle représenterait cependant un progrès important si elle entrait finalement en vigueur.

Australie

La loi du Territoire du Nord sur les droits du patient atteint d'affection terminale ("The Rights of the Terminally Ill Act")

Le Territoire du Nord est un petit État australien de 1,35 million de kilomètres carrés qui compte 170 000 habitants. Comme dans le reste de l'Australie, les habitants bénéficient du système fédéral d'assurance maladie : l'hospitalisation est gratuite, les consultations, actes techniques et les soins palliatifs sont pris en charge totalement ou en grande partie. La médecine générale y est très développée : la plupart des habitants ont un médecin de famille auquel ils sont fidèles et le recours au spécialiste ne se fait que par son intermédiaire.

Le 25 mai 1995, le parlement de ce territoire votait une loi définissant les droits du patient atteint d'affection terminale et autorisant les médecins à prescrire et aussi à administrer des substances entraînant la mort à des patients atteints d'affection terminale qui en font la demande formelle. On prévoit l'entrée en vigueur de cette loi au cours de cette année (une date précise n'a pas été fixée), lorsque des programmes d'éducation du public auront été mis en place et que les services de soins palliatifs auront été développés.

La loi fixe les conditions suivantes à la pratique de l'euthanasie et de l'aide médicale au suicide :

1. Le patient doit être âgé de 18 ans au moins, sain d'esprit, atteint d'une affection terminale et souffrir physiquement ou moralement d'une façon intense et jugée inacceptable par le patient.
2. Une affection terminale est définie comme une affection qui, sans utilisation de techniques extraordinaires ou de traitements inacceptables pour le patient, conduit à la mort. Aucun traitement curatif ne doit plus être possible et les seules mesures possibles sont celles qui ne visent qu'à assurer une fin de vie acceptable.
3. Le médecin prescripteur doit avoir au moins cinq années de pratique. Il doit s'assurer que le patient a pris sa décision volontairement et a pris en considération les implications possibles pour sa famille, mais celle-ci n'a pas à intervenir dans la décision.
4. Le patient doit être bien informé sur son état, le pronostic de l'affection, les possibilités de traitement (en particulier un spécialiste en soins palliatifs doit l'avoir informé sur les possibilités de ce type de soins), et l'euthanasie ne peut être pratiquée que si ces soins ne paraissent pas pouvoir soulager les souffrances dans une mesure acceptable par le patient.
5. Un second médecin, compétent en psychiatrie, doit confirmer l'avis du médecin traitant et s'assurer que le patient ne présente pas une dépression cliniquement traitable.
6. Le patient doit répéter sa demande par écrit sept jours après l'avoir formulée oralement et ce n'est que 48 heures après cette demande écrite que la prescription d'une substance létale peut être faite.

7. Cette substance peut être soit absorbée par le patient lui-même (suicide médicalement assisté) soit injectée par le médecin (euthanasie). Dans les deux cas le médecin doit rester présent auprès du patient jusqu'au moment du décès.

8. Après le décès, un rapport médical détaillé doit être rédigé. Il doit inclure la demande du patient, une déclaration concernant l'état d'esprit du patient au moment de cette demande, l'avis du second médecin consulté, la substance létale utilisée. Ce rapport est adressé au procureur.

Le médecin a, bien entendu, le droit de refuser l'aide demandée.

Commentaires

Cette législation crée une situation pratiquement superposable à celle existant aux Pays-Bas (voir ci-dessous). Comme aux Pays-Bas, elle ne considère que le cas de patients conscients et capables d'exprimer leurs volontés. Les mêmes précautions ont été prises pour éviter tout "dérapage".

Bien que la notion de "maladie terminale", reprise ici ne figure pas dans les conditions exigées aux Pays-Bas, le fait qu'une durée prévisible de survie ne soit pas précisée permet une interprétation assez large qui estompe la distinction avec l'exigence néerlandaise de "souffrance extrême irréversible".

Réf. Euthanasia in Australia - The Northern Territory Rights of the Terminally Act. N. Engl. J. Med. 1996 ; 334:326-328.

Pays-Bas

La législation sur l'euthanasie

Introduction

Il convient d'abord de préciser qu'aux Pays-Bas l'accord s'est fait entre tous les parlementaires, juristes, médecins – tant adversaires que partisans de la dépénalisation – pour définir l'euthanasie comme le fait de provoquer délibérément la mort de quelqu'un à sa demande. Cette définition restrictive rend caduques les distinctions entre euthanasie volontaire et non volontaire, active et passive, directe et indirecte. Elle exclut les situations concernant les nouveau-nés et les patients qui ont perdu la capacité d'exprimer leurs volontés. Il s'agit d'un acte et non d'une omission, tel le fait de ne pas entreprendre ou d'interrompre un traitement. L'administration de médicaments pour calmer les douleurs à des doses dont on sait qu'elles peuvent avoir comme effet secondaire de hâter la mort n'entre pas non plus dans le cadre de cette définition.

L'euthanasie, prise dans cette acception, tombe sous le coup de l'article 293 du Code pénal (introduit en 1891, et toujours en vigueur aujourd'hui) qui prévoit, pour l'auteur d'un tel acte, une peine d'emprisonnement de douze ans maximum ou une amende de 5e catégorie (100 000 florins). L'article 294 réduit ces peines à trois ans de prison ou une amende de 4e catégorie pour l'aide au suicide.

La jurisprudence

En dépit de ces articles, une jurisprudence s'était établie, à partir de 1973, selon laquelle un médecin qui pratique l'euthanasie à la demande d'un patient atteint d'une affection incurable et présentant des souffrances intolérables se trouve dans une situation de force majeure.

Un arrêt de la cour de Rotterdam en 1981 ajoute l'obligation pour le médecin de consulter un autre professionnel de la santé, la notion de durée de la souffrance et du désir de mourir, et l'absence d'une solution de remplacement acceptable par le malade. La requête du patient doit être le résultat d'une décision autonome, sans pression extérieure.

En 1984, une affaire d'euthanasie passe pour la première fois en cassation, devant la Cour Suprême des Pays-Bas. L'arrêt de la cour d'appel d'Amsterdam, qui avait reconnu le médecin coupable, sans lui infliger de peine, est cassé pour le motif que la cour n'avait pas pris en considération le cas de force majeure (conflit d'obligations ou état de nécessité). L'affaire renvoyée devant la cour d'appel de La Haye aboutit à un acquittement, confirmant ainsi le jugement de première instance. Plusieurs autres affaires seront ensuite jugées devant différentes cours, aboutissant presque toujours à un acquittement si les conditions mentionnées ci-dessus avaient été respectées.

L'élaboration de la législation

Une Commission d'État sur l'euthanasie, installée en 1982, publie son rapport en 1985. La Commission propose de considérer comme non punissable celui qui a mis intentionnellement fin à la vie d'une autre personne, à la requête explicite de celle-ci, si l'acte est pratiqué par un médecin, dans le cadre d'une action médicale scrupuleuse ("*zorgvuldig medisch handelen*"), à l'égard d'un patient qui se trouve dans une situation désespérée. Les garanties qui devraient absolument être respectées sont très proches des critères établis par la jurisprudence. La Commission a aussi examiné la question d'une déclaration écrite préalable du patient. Elle estime que celle-ci ne s'impose que si le malade n'est plus en état d'exprimer oralement sa volonté. Aussi longtemps qu'il en est capable, sa seule déclaration orale suffit et il peut à tout moment révoquer ou modifier une déclaration écrite antérieure. La Commission considère que le médecin qui a pratiqué l'euthanasie doit indiquer sur le certificat de décès qu'il ne s'agit pas d'une mort naturelle ; il devra rédiger un rapport mentionnant de quelle façon les critères introduits dans le Code pénal ont été respectés et adresser ce document à l'officier de l'état civil. Le rapport de la Commission s'intéresse aussi au problème du personnel soignant éventuellement impliqué par la pratique de l'euthanasie, ainsi qu'à la préparation et la délivrance des médicaments ou produits utilisés.

L'association médicale néerlandaise (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, KNMG) expose son point de vue dans un rapport détaillé de 1984, complété en 1986. La KNMG estime que le critère de phase terminale ne doit pas être retenu ; ce qui compte, c'est la durée du désir de mourir, le caractère inacceptable des souffrances et l'absence de tout espoir raisonnable d'amélioration. La distinction entre souffrances physiques et mentales est écartée, mais les plaintes dues exclusivement à des facteurs sociaux (sur lesquels la médecine n'a pas de prise) ou psychiatriques (qui suppriment le caractère libre et informé de la décision du patient) n'entrent pas dans le cadre de l'euthanasie.

Des négociations entre les partis de la majorité aboutissent finalement en 1989 à un accord selon lequel une commission nationale d'enquête devait d'abord être mise sur pied pour étudier la manière dont la jurisprudence était appliquée dans la réalité. Il était stipulé que pendant la période de travail de cette commission les règles de la jurisprudence appliquées en matière d'euthanasie resteraient en vigueur. (En 1990, une conférence des Procureurs généraux et un accord conclu entre

l'Association des médecins et le ministre de la justice avaient abouti à préciser la procédure de déclaration de décès en cas d'euthanasie ; aucune poursuite ne serait engagée s'il apparaissait que les critères de "conduite médicale scrupuleuse" avaient été respectés.) La Commission nationale d'enquête fut placée sous la présidence du Procureur général de la Cour Suprême des Pays-Bas, le professeur Rummelink. 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.¹

Le rapport de cette commission fut publié en 1992. Il met en évidence qu'un tiers des décès surviennent de façon inattendue et que dans un autre tiers, bien que le décès fût prévisible, il n'a pas non plus été nécessaire au médecin d'intervenir dans le processus terminal. Par contre dans près d'un tiers des décès, le médecin est amené à prendre une décision qui peut influencer le moment du décès : soit l'arrêt du traitement (17,5 % des décès), soit le recours à des soins palliatifs – essentiellement des analgésiques dont les doses, parfois élevées, peuvent abrégier la vie (17,5 % des décès) –, soit enfin (1,8 % des décès, soit ± 2300 cas par an) une euthanasie à la demande du patient, ou, dans 0,3 % des décès (± 400 cas par an), une aide médicale au suicide. La commission émet, entre autre, une série de recommandations concernant notamment la formation des médecins et des paramédicaux.

Dans une note du 8 novembre 1991, adressée aux Présidents des deux Chambres, le gouvernement estime "qu'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 donner à cette procédure une base légale". Dans ce but, le gouvernement propose des amendements à la loi sur les déclarations de décès, inscrivant dans celle-ci la procédure de déclaration des cas d'euthanasie adoptée depuis 1990. La déclaration sera faite en premier lieu au médecin légiste municipal, qui informera à son tour le Procureur de la Reine. Celui-ci décidera pour chaque cas si des poursuites judiciaires doivent avoir lieu ; il en sera ainsi, par exemple, s'il n'y a eu ni cas de force majeure ni état de nécessité, ou en l'absence de demande expresse de l'intéressé. Les articles 293 et 294 du Code pénal restent inchangés. Un règlement de l'Administration, adopté en avril 1994, définit le questionnaire que le médecin devra remplir et joindre à la déclaration de décès. Le projet de loi

¹ Le résumé du rapport a été publié dans le numéro de mars 1993 du Bulletin de l'ADMD (p. 2 à 7).

fut adopté en février 1993 par la Deuxième Chambre des Etats-Généraux, et en novembre de la même année, par la Première Chambre.

Commentaires

La législation hollandaise est donc le résultat d'un compromis. Elle répond à la fois à la volonté de l'immense majorité de la population et du corps médical néerlandais qui désirent voir consolidés les droits acquis en près d'un quart de siècle (l'euthanasie et l'aide médicale au suicide sont possibles sans poursuites judiciaires, sous certaines conditions), tout en respectant les valeurs d'une minorité attachée à des principes moraux plus traditionalistes et plus restrictifs (l'euthanasie et l'aide au suicide demeurent punissables). Le fait que les conditions de force majeure aient été clairement définies permet au médecin d'agir librement selon sa conscience lorsqu'un patient le sollicite et s'il suit les règles d'une "conduite médicale scrupuleuse", il a l'assurance de ne pas être poursuivi malgré les articles du code pénal qui condamnent l'euthanasie et l'aide au suicide.

Il faut admirer le sérieux des législateurs, qui se sont entourés de toutes les précautions

possibles : avis d'experts et d'autorités morales par le biais de commissions existantes ou créées pour la circonstance, examen attentif de la jurisprudence, avis des associations médicales, enquêtes scientifiques rétrospectives et prospectives.

L'Association néerlandaise pour l'euthanasie volontaire (NVVE) critique néanmoins le fait que l'euthanasie reste punissable selon le Code pénal. Elle n'accepte pas que les notions "euthanasie" et "criminalité" restent associées et réclame un changement de la loi. De nombreux médecins se sentent mal à l'aide devant une procédure qui les contraint à déclarer qu'ils ont commis un acte réprimé par la loi. Ils se plaignent aussi du long intervalle qui s'écoule souvent entre le moment où l'euthanasie est pratiquée (et déclarée) et le moment où ils peuvent être assurés qu'il n'y aura pas de poursuite. Ces deux faits entraînent incertitude et inquiétude, ce qui conduit certains médecins à ne pas faire de déclaration d'euthanasie. La KNMG, dans une mise au point d'août 1995, demande qu'il soit mis fin à cette situation par une législation adéquate.

Réf. Y. Kenis, Journal des Tribunaux, mars 1995, n° 5750, pp. 176-177.

ETAT ACTUEL DES LÉGISLATIONS CONFÉRANT UNE VALEUR LÉGALE AU TESTAMENT DE VIE

Le "testament de vie" ou "testament biologique" est un document par lequel une personne exprime sa volonté concernant son traitement médical dans l'hypothèse d'une incapacité future.

Ce document ne peut évidemment avoir de valeur légale que s'il ne contient pas de clause en opposition avec la législation existante. En pratique, dans tous les pays où l'euthanasie et l'aide médicale au suicide sont interdites, seules les clauses qui prémunissent le signataire contre tout acharnement thérapeutique peuvent être légalement reconnues. En fait, seuls les États-Unis (au niveau fédéral et aussi dans la majorité des États), l'État d'Australie du Sud et le Danemark disposent d'une législation reconnaissant une portée juridique au testament de vie. En Grande-Bretagne, cette portée est reconnue par la jurisprudence. Enfin aux Pays-Bas, en Allemagne, en Autriche et en Suisse, malgré l'absence de législation et de jurisprudence se prononçant spécifiquement sur le problème, beaucoup de juristes admettent la force obligatoire du testament de vie : il n'y a rien d'étonnant à cela puisqu'il est de plus en plus admis qu'aucun traitement ne peut être administré contre la volonté du patient. Les difficultés, en ce qui concerne le testament de vie, sont liées à la définition du type de traitement qui est refusé et au fait que la volonté du patient est exprimée antérieurement à la situation à laquelle elle s'applique. Enfin, le problème de la valeur de la désignation par le patient d'un mandataire en matière de santé ou "agent médical" sensé le représenter constitue un aspect particulier qui est quelquefois traité différemment : c'est ainsi par exemple qu'aux États-Unis alors que la plupart des États américains reconnaissent la valeur du testament de vie, le Michigan, le Massachusetts et l'État de New York ne reconnaissent que le droit de désigner un mandataire.

La législation danoise sur le testament de vie est particulièrement précise. Elle a pour objet de reconnaître explicitement la validité des testaments de fin de vie, dont elle fixe de manière détaillée les conditions formelles et matérielles.

Toute personne âgée de 18 ans révolus et légalement capable peut rédiger un testament de fin de vie, par lequel elle exprime ses vœux concernant le traitement qu'elle désire recevoir si

elle se trouve dans une situation où elle n'est plus capable d'exercer son droit d'autodétermination. Pour être valable, le testament de fin de vie doit être rédigé sur la base d'un formulaire édicté par la Direction de la santé publique et il doit être signé et daté par le testateur. Le souhait du testateur de ne pas être soumis à un traitement visant à prolonger ses fonctions vitales s'il se trouve dans une situation où sa mort est inéluctable a valeur contraignante pour le médecin traitant.

Un des éléments originaux de la loi danoise est qu'elle prévoit un système officiel d'enregistrement systématique des testaments et impose à chaque médecin traitant de vérifier si son patient qui se trouve dans une situation de mort inéluctable n'a pas formulé un tel testament. Un testament de fin de vie n'est d'ailleurs valable que s'il est inscrit au registre officiel.

La loi admet deux modes de révocation : l'un par écrit, directement auprès du registre des testaments de fin de vie, l'autre même verbalement mais sans ambiguïté auprès du médecin traitant.

La législation fédérale américaine. En date du 1er décembre 1991, est entré en vigueur aux États-Unis le "Patient Self-Determination Act" (PSDA) renforçant le droit de tout patient adulte de contrôler les décisions concernant son traitement médical. Le PSDA impose à l'ensemble des organisations qui fournissent des soins (hôpitaux, dispensaires, homes médicalisés, etc.) dans le cadre de Medicare, de Medicaid et d'autres programmes de santé apparentés (système fédéral de sécurité sociale), l'obligation de disposer de politiques et de procédures écrites en vue d'informer chaque patient adulte de ses droits conformément à la législation et à la jurisprudence de l'État où il se trouve. Le PSDA impose à ces mêmes organisations l'obligation d'inscrire dans le dossier médical de chaque patient s'il a ou non rédigé des instructions en cas d'incapacité ["instructions anticipées" (advance directives)], par exemple testament biologique ou désignation d'un "agent" médical. Le PSDA interdit aussi toute forme de discrimination à l'encontre de personnes ayant rédigé de telles instructions.

Le "Patient Self-Determination Act" exige que chaque organisation mette formellement sur pied

une formation particulière de son personnel et de la collectivité en ce qui concerne les "instructions anticipées". Il requiert aussi de la part de chaque État qu'il décrive quelles sont les règles (légales ou jurisprudentielles) applicables aux "instructions anticipées" sur son territoire. De ce point de vue, le PSDA doit se comprendre comme une loi d'encouragement visant à améliorer le processus de prise de décision médicale.

Pratiquement, cette loi confère à chaque personne hospitalisée ou vivant dans un cadre médicalisé la possibilité d'être informée par écrit de son droit de décider du traitement, notamment du droit d'accepter ou de refuser une thérapie et du droit de formuler des "instructions anticipées". De plus, le PSDA garantit l'inscription systématique de l'existence d' "instructions anticipées" dans le dossier médical, en exige le respect et protège les personnes ayant rédigé un tel document contre toute discrimination.

Mais si le "Patient Self-Determination Act" contribue au renforcement des droits des patients, le contenu de ces droits demeure de la compétence des États. Selon les indications fournies par la société "Choice in Dying Inc.", l'ensemble des États américains disposent d'une législation autorisant le testament biologique, à l'exception du Massachusetts, du Michigan et de l'État de New York qui ne reconnaissent que le droit de désigner un "agent" médical. Les Américains semblent ainsi bénéficier d'une réglementation progressiste en la matière, mais comme le constate l' "American Bar Association", des ambiguïtés et des incertitudes persistent.¹ De nouveaux changements sont dès lors prévisibles dans ce domaine.

La législation de l'État d'Australie du Sud.
L'État d'Australie du Sud dispose depuis 1983 d'une législation reconnaissant la validité du testament biologique, il s'agit du "Natural Death Act". Selon cette loi, une personne âgée de 18 ans révolus peut, en présence de deux témoins,

exprimer son désir de ne pas être soumise à des mesures extraordinaires dans l'hypothèse où elle se trouverait à un stade terminal de la maladie. Par "stade terminal", la loi entend les cas de mort imminente et ceux où l'on ne peut raisonnablement attendre une amélioration permanente ou temporaire de l'état de santé du patient, même en poursuivant des mesures extraordinaires.

Le médecin est tenu de respecter les directives du patient. La loi admet toutefois deux exceptions : lorsque le patient a révoqué ou prévu de révoquer ses directives ; et lorsque le patient n'était pas, à l'époque où il a formulé ses directives, capable d'en comprendre la nature et les conséquences. Ces deux exceptions relativisent la portée des directives du patient.

Le "Natural Death Act" vise en fait essentiellement à prévenir l'acharnement thérapeutique et à autoriser les soins palliatifs. Il prévoit notamment que le fait de ne pas mettre en œuvre des mesures extraordinaires ou de cesser de telles mesures chez un patient souffrant d'une maladie au stade terminal ne constitue pas une cause de la mort au sens de la loi de l'État d'Australie du Sud.

Commentaires

Malgré le progrès que peut constituer une législation conférant une valeur légale au testament de vie, il est important d'être conscient du fait qu'en l'absence de possibilité d'euthanasie le refus de certaines thérapeutiques peut, dans certains cas, ne pas suffire à procurer une mort digne et douce. Un testament de vie ne peut garantir une telle mort que s'il peut en toute légalité inclure une demande d'euthanasie.

Réf. Rapport sur les législations conférant une force obligatoire au testament biologique (Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel) déc. 1993 et mars 1994.

¹ The American Barr Association, Patient Self-Determination Act. Law Guide, New York, 1991, p. 2.

LES PROPOSITIONS DE LOI DÉPOSÉES AU PARLEMENT BELGE

En Belgique

La proposition de loi Serge Moureaux ¹

Cette proposition de loi déposée à la session ordinaire 1995-1996 de la Chambre des Représentants constitue la version amendée des propositions déposées en 1988 par le député E. Klein (et en 1984 par E. D'Hose). S'inspirant notamment de l'exemple des Pays-Bas, cette proposition relative au droit à la dignité thérapeutique du malade incurable, vise à insérer dans notre code pénal les articles 417 bis et 422 quater qui dépenalisent les crimes de meurtre, empoisonnement, assassinat... ainsi que le délit d'abstention de porter secours "*lorsque les faits ayant entraîné la mort ont été commis dans le respect de la loi*" sur l'euthanasie.

La proposition, axée sur le respect de la volonté du malade et son droit à la dignité, c'est-à-dire "*tout individu né et atteint d'une maladie incurable*" d'exiger des médecins une information complète sur son état. Ce droit lui permet ainsi d'attirer devant le Tribunal (du lieu de son hospitalisation ou du lieu d'établissement de l'un de ses médecins traitants) le médecin qui refuse de fournir pareille information et d'obtenir à charge de ce dernier le cas échéant des dommages-intérêts (articles 3 et 4).

Le patient, s'il est capable d'exprimer valablement sa volonté (soit le majeur ou le mineur émancipé), peut non seulement s'opposer à tout traitement prolongeant artificiellement sa vie s'il est atteint d'une maladie incurable de nature à entraîner inéluctablement son décès mais encore réclamer de son médecin traitant un traitement "*abrégeant ses souffrances et précipitant un décès inéluctable*" (article 5).

L'expression de cette volonté est susceptible, comme en manière de testament, d'être rédigée et d'être révoquée à tout moment. Elle doit obligatoirement être datée, signée, constatée par écrit en présence de deux témoins majeurs et être renouvelée. Sa force obligatoire n'a en effet qu'une durée de cinq ans mais elle continuera à sortir ses effets si le patient est inconscient ou n'est plus capable de manifester sa volonté

(article 6). Elle doit toutefois être accompagnée de la constatation écrite du médecin traitant et d'un second médecin de l'état incurable du patient et de celle de son décès inéluctable (article 7).

Semblable déclaration de volonté ne peut forcer le médecin à pratiquer l'euthanasie (quitte à ce dernier à désigner un autre médecin qui n'y est pas opposé (article 5) et ne peut être invoquée en matière juridique, notamment en matière d'assurance-vie ou assurance-décès (article 10).

En l'absence de déclaration de volonté du patient, ses proches, c'est-à-dire "*ses parents jusqu'au premier degré et le conjoint cohabitant*" son représentant légal ou le médecin traitant ont la faculté de s'opposer à un traitement médical prolongeant artificiellement la vie si l'affection est incurable et entraîne une souffrance physique certaine (article 11). Il est même permis au médecin traitant, à la requête des proches ou du représentant légal du patient d'abréger les souffrances de ce dernier (article 12).

En cas de contestation quant à l'application de la loi, les parties intéressées saisissent le Tribunal de Première Instance compétent qui statue comme en matière de référé, c'est-à-dire d'urgence, et en présence du Ministère Public ; les parties sont en outre tenues de comparaître en personne mais peuvent se faire assister d'un avocat (article 14).

Commentaires

Cette proposition a incontestablement le mérite de consacrer sans équivoque le droit du patient à être informé de son état et de lui reconnaître la faculté d'exprimer sa volonté face à un traitement qui prolonge sa vie dans des conditions qu'il juge contraires à sa dignité. Elle lève l'interdit pénal qui frappe les médecins ou toute personne désirant aider le patient à choisir les conditions dans lesquelles il désire cesser de vivre lorsque tant les souffrances endurées que le décès inéluctable lui apparaissent des conditions invivables. Elle réalise ainsi les vœux de l'ADMD dont l'objet social tend à restituer au malade le droit de mourir dans sa dignité de personne humaine.

¹ Parti socialiste

Comme telle, la proposition nous amène toutefois à certaines critiques que nous nous permettons de formuler sous les angles suivants :

1. Le droit à l'information

La proposition exige du patient qu'il adresse au médecin une demande écrite aux fins de recevoir une information sur son état. Or, les rapports entre le médecin et le malade s'analysent comme un contrat mettant à charge du médecin l'obligation de donner un diagnostic, d'informer le malade de la teneur de ce diagnostic et du traitement médical envisagé et, sauf exceptions (accident, intervention médicale urgente, etc.), de recueillir le consentement éclairé du malade quant à ce traitement : ce dernier peut en effet refuser un acharnement thérapeutique ou au contraire choisir un traitement hasardeux, réclamer des soins palliatifs ou l'euthanasie ou encore se faire assister d'un autre médecin consultant ... Dans ces conditions, il conviendrait que tout malade consultant pour la première fois un médecin ou entrant dans un établissement hospitalier reçoive, d'une part, un document l'avertissant de ses droits et, d'autre part, un questionnaire lui permettant d'exprimer sa volonté, soit qu'il ait déjà rédigé un testament de vie, soit qu'il le révoque ou désire en établir un ou le modifier, soit encore qu'il désire ne pas être informé quant à son état, ce qui est aussi son droit. Cette obligation dans le chef des personnes exerçant l'art de guérir devrait non seulement relever de leurs obligations déontologiques mais encore, en cas de violation, entraîner, dans le chef de celles qui ne la respecteraient pas, des poursuites pénales.

2. La demande d'euthanasie

La proposition subordonne la demande d'euthanasie à un décès inéluctable et à l'impossibilité de calmer la souffrance. Or, il existe des situations où des patients peuvent survivre longtemps alors que les conditions dans lesquelles ils survivent leur apparaissent intolérables et ce, même si des drogues peuvent atténuer, voire faire disparaître la souffrance. Il convient de reconnaître au patient incurable le droit de refuser de survivre lorsque des drogues altèrent son état de conscience ou lorsqu'un traitement (respirateur artificiel, soins vitaux requis en cas de quadriplégie par exemple ...) provoque chez lui un tel état de dépendance à l'égard d'autrui ou un tel état de déchéance qu'il souhaite mourir. Enfin, l'on n'aperçoit pas la nécessité de faire renouveler tous les cinq ans une attestation de volonté dès lors qu'à tout moment, cette dernière peut être modifiée ou révoquée. Un

testament ne devient pas caduc par le seul écoulement du temps...

L'article 8 de la proposition suspend les effets de la loi lorsque la patiente est en état de grossesse et que son maintien en vie est susceptible de permettre la naissance d'un enfant viable. Cet article oppose l'intérêt d'un enfant susceptible de naître viable (à partir de combien de semaines peut-on reconnaître un droit à un embryon ou à un fœtus ?) à celui d'une patiente. Il apparaît, nous semble-t-il, inopportun de trancher ici pareil cas d'espèce par une disposition légale. Soit l'enfant à naître possède un père qui peut saisir le Tribunal compétent en cas de conflit, soit cet enfant n'en possède pas et seule la mère peut décider de cet intérêt à naître ou non. Au surplus, cet article s'oppose à la liberté de toute personne humaine, saine d'esprit et capable, de refuser un traitement médical. Ce droit est reconnu en Belgique, notamment dans le respect des convictions religieuses de chacun, ce qui permet notamment aux témoins de Jehovah de refuser une transfusion sanguine.

L'article 12 prévoit que, dans le cas d'un patient incapable de s'exprimer et n'ayant pas fait de déclaration préalable, le médecin traitant peut, à la demande des proches du patient ou de son représentant légal, utiliser tout moyen précipitant un décès inéluctable. Ceci nous paraît inacceptable. La demande d'euthanasie ne peut venir que du malade lui-même, ou, s'il n'est plus capable de s'exprimer, d'une personne spécialement mandatée dans ce but.

3. Définition de la famille

Dans la proposition, seuls les parents au premier degré, le conjoint cohabitant et le représentant légal du patient peuvent intervenir en faveur ou contre la poursuite d'un traitement médical ou de la mise en œuvre de l'euthanasie dans les cas où le malade n'est pas en état d'exprimer sa volonté.

Cette définition des "proches" n'est non seulement plus conforme à la notion de famille dans nos mœurs mais encore ne tient aucun compte de la réalité des liens affectifs unissant le malade aux personnes avec lesquelles il vit ou qu'il a choisies pour exprimer sa volonté. La loi et la jurisprudence reconnaissent aux concubins ou aux personnes vivant en ménage avec le défunt un intérêt légitime lorsque celui-ci décède, à réclamer réparation de la mort si celle-ci survient à la suite d'une faute, et à choisir sa sépulture. Il apparaît en outre que, lorsque les personnes sont âgées ou sans famille proche, elles établissent des liens affectifs profonds avec ceux qui les entourent de leurs soins. Enfin, il peut exister des

oppositions d'intérêt pécuniaire ou psychologiques entre le malade et ses héritiers en manière telle qu'il est préférable de consacrer le droit du patient à choisir lui-même les personnes qu'il estime les plus aptes et les plus fiables à défendre ses intérêts.

Le testament de vie ou expression de la volonté de mourir dans la dignité permet au patient de désigner lui-même ses mandataires : laissons-lui cette faculté comme l'on reconnaît au testateur le soin de désigner, pour des motifs qui lui sont propres, son exécuteur testamentaire.

Les propositions de loi Philippe Monfils et Daniel Bacquelaine ¹

Ces propositions de loi reprennent celle déposée en janvier 1995 par le sénateur Monfils et visent à dépénaliser légalement l'euthanasie volontaire en créant un article 417 bis du Code pénal, article qui définit les conditions dans lesquelles un homicide par euthanasie ne peut être considéré comme un crime.

Ces conditions sont les suivantes : l'euthanasie doit être pratiquée par un médecin sur une personne majeure, à sa demande ; l'affection dont est atteint le patient doit être incurable, entraîner inéluctablement son décès dans un délai rapproché et causer des souffrances insupportables. De plus, le patient doit avoir été informé du caractère incurable de la maladie, du caractère inéluctable du décès et du moment de sa survenance probable, des moyens possibles de soulager les souffrances, de la manière dont la vie serait interrompue. Un collège de trois médecins émettant leur avis à l'unanimité doit avoir constaté le caractère incurable de la maladie et le caractère inéluctable du décès. Le patient peut à tout moment révoquer sa demande qui doit avoir été formulée par écrit ou devant deux témoins majeurs, à deux reprises séparées par un délai de trois jours au moins, pendant lequel la consultation par le patient d'une personne de son choix est requise.

L'acte de décès doit préciser que le décès est intervenu par application d'un acte posé à la demande du patient, conformément à la loi, doit indiquer les dates de formulation des deux demandes, le nom et prénom de la personne consultée par le demandeur et les noms et prénoms des trois médecins qui ont vérifié le respect des dispositions légales. Ce dossier est communiqué au procureur du Roi qui seul peut donner l'autorisation d'inhumer.

Enfin, comme dans les autres propositions de loi, le médecin a le droit de refuser d'exécuter l'acte d'euthanasie, et pour toutes questions légales, notamment en matière d'assurance, l'euthanasie ainsi pratiquée est assimilée à une mort naturelle. Les trois médecins, les deux témoins éventuels et la personne tiers consultée par le patient après sa première demande ne peuvent bénéficier de legs, donation ou assurance-vie souscrite à leur profit.

Commentaires

Ces propositions de loi donnent clairement à l'euthanasie une base légale mais dans des limites précises et étroites : la demande doit émaner de patients incurables et en fin de vie. En ce sens, elles sont assez restrictives, puisqu'elles ne permettent pas de répondre à la demande d'un patient dont l'affection ne serait pas en phase terminale mais qui ne tolérerait plus ses conditions de survie sans espoir d'amélioration, comme dans certaines paralysies par exemple. De plus, elles excluent du champ d'application de la loi la valeur juridique d'un testament de vie d'un patient inconscient, rédigé antérieurement. La procédure de déclaration de décès paraît lourde : il serait préférable que l'acte de décès destiné au médecin de l'état civil mentionne uniquement que le décès a eu lieu par euthanasie, en application de la loi ; les autres précisions devraient faire l'objet d'un rapport détaillé destiné au Parquet et permettre le contrôle rétrospectif.

Néanmoins, elles ont le grand mérite de la simplicité et de la clarté et de répondre parfaitement aux cas de patients conscients, incurables, en fin de vie et en situation de souffrance.

¹ Cette proposition de loi a également été signée par les députés Ph. Seghin, R. Hotemans, D. D'hondt, E. Bertrand et O. Maingain (P.R.L.)

La proposition de loi Eddy Boutmans ¹

Cette proposition reprend pour l'essentiel celle déposée en 1994 par le sénateur Cuyvers. Elle vise à dépenaliser et à légaliser le droit du patient à l'information et le testament de vie (dénommé "déclaration de volonté relative au traitement"). Dans ce but, elle introduit dans le code pénal trois articles. Le premier précise par dérogation aux articles 392 et suivants, les conditions dans lesquelles il n'y a pas d'infraction lorsque les actes qui ont entraîné la mort ont été commis par un médecin à la demande d'un patient dont l'état est désespéré, après consultation d'un second médecin et constitution d'un dossier contenant les éléments de diagnostic et de pronostic et l'affection, l'avis du second médecin, la copie de la déclaration de volonté relative au traitement, la nature des traitements appliqués. Le second article complète l'article 422 bis du code pénal en précisant que l'abstention thérapeutique n'est pas punissable lorsque l'état d'un patient est désespéré. Le troisième article (422 quater)

précise que des actes médicaux ayant entraîné la mort ne sont pas punissables s'ils sont la conséquence d'une abstention thérapeutique justifiée.

Commentaires

Cette proposition, outre la dépenalisation et l'euthanasie et de l'aide au suicide, a la particularité de donner une base légale au testament de vie, intitulé "déclaration de volonté relative au traitement" qui est contraignante si le patient est inconscient. Elle précise de façon détaillée la procédure à suivre pour la rédaction de cette déclaration sur laquelle s'articule l'ensemble de la proposition de loi.

Il faut relever une certaine ambiguïté dans la définition de l'état dans lequel doit se trouver le patient pour pouvoir bénéficier d'une aide médicale pour hâter la mort : phase terminale, état désespéré et phase ultime sont utilisés sans être suffisamment précisés.

Ce dossier a été réalisé par Michèle del Carril, Marc Englert et Yvon Kenis

¹ Agalev

UN TÉMOIGNAGE

J'ai commencé mes études médicales il y a plus de quarante ans et je ne me rappelle pas qu'un quelconque droit à l'autodétermination du patient ait jamais été évoqué. Non parce que le malade se voyait dénier un tel droit, mais parce que le malade avait délégué complètement ses droits entre les mains du médecin traitant, faisant une confiance aveugle à son habileté et à son jugement, sans être informé ni du diagnostic ni du pronostic de sa maladie.

Le malade a-t-il le droit à l'autodétermination ?

Il est même fréquemment arrivé qu'au stade avancé de la maladie, la science médicale ne voyait aucun intérêt ni aucune nécessité d'intervention et que le médecin disait : « je ne peux vraiment plus rien pour vous ». Personne alors ne blâmait ce médecin de laisser son patient seul face à son destin. Le malade s'éteignait chez lui, laissé aux soins de sa famille, du représentant de sa religion et de son médecin traitant.

À la lecture des avis mortuaires évoquant le poids des souffrances supportées avec courage par le malade, il apparaissait clairement combien la tâche du médecin de famille chargé d'alléger de telles souffrances était difficile.

Combien différente est, de nos jours, la situation aux Pays-Bas. Dès le début, le malade est complètement informé du diagnostic et du pronostic de sa maladie, des possibilités thérapeutiques avec leurs conséquences ainsi que de ses chances de guérison. Il en résulte que le malade et son médecin discutent souvent ensemble des décisions à prendre.

En plus de la question de la vie ou de la mort, la question principale est de savoir si la vie, compte tenu des circonstances, est acceptable pour le malade. Le développement social aux Pays-Bas a conduit à un accroissement du partage des responsabilités dans la vie sociale ainsi qu'au fait que les malades, de nos jours, ont le droit juridique de connaître leur dossier médical.

Ainsi, le droit de décision partagé a abouti au droit d'autodétermination. En d'autres termes, dans notre pays, chaque malade a droit au traitement le plus sophistiqué aussi bien qu'au refus de tout traitement, sans avoir pour autant à quitter immédiatement l'hôpital. Chaque malade a donc un droit indiscutable d'apprécier si ses souffrances sont supportables ou non et, par conséquent, le droit de réclamer l'euthanasie.

Une remarque en passant : vous devez être conscients qu'en de nombreux autres pays européens les patients n'ont ni le droit de décider de leur traitement, ni le droit à l'autodétermination. La profession médicale y est encore totalement hiérarchisée et



Dès le début, le malade est complètement informé du diagnostic et du pronostic de sa maladie, des possibilités thérapeutiques avec leurs conséquences ainsi que de ses chances de guérison. Photo Flémal.

paternaliste. On peut en dire tout autant de l'Amérique latine, du Moyen-Orient ou de l'Extrême-Orient.

Quelle est la définition de l'euthanasie ?

Aux Pays-Bas, la définition officielle de l'euthanasie figure dans le rapport publié en 1985 par la Commission gouvernementale néerlandaise sur l'euthanasie, soit « une intervention d'une autre personne pour interrompre la vie d'un individu à sa demande ». Cela signifie, en pratique médicale, l'interruption de la vie d'un malade, à sa demande et de façon délibérée, par un médecin.

Les interventions suivantes, en phase terminale de la vie d'un malade, ne sont pas considérées comme une euthanasie, mais comme un acte médical évident : cesser toute forme de traitement dénué de sens; cesser ou ne pas entreprendre de traitement selon le vœu explicite du malade; utiliser des médicaments, à des doses suffisamment élevées pour soulager la souffrance, même s'ils risquent de raccourcir la vie du malade.

Nous n'utilisons pas le terme "d'euthanasie passive". Selon l'article 293 de notre Code pénal, l'euthanasie est non seulement illégale, mais criminelle. Toutefois, le risque d'être poursuivi sera très faible pour le médecin dans la mesure où il aura respecté certaines conditions prévues en 1984 par l'Association royale néerlandaise de médecine et, en 1985, par la Commission gouvernementale néerlandaise, à savoir que le

malade doit être informé du diagnostic et du pronostic de sa maladie ainsi que de son état actuel et des possibilités d'amélioration éventuelle; le médecin doit être convaincu que la décision du malade de mettre fin à sa vie résulte de considérations bien pesées et qu'il en a fait la demande en toute liberté.

Il faut également que, suite à ces constatations, le médecin estime que mettre un terme à la vie du malade est justifié; en effet, c'est ensemble avec le patient qu'ils ont atteint la conviction qu'il n'existe aucune autre issue à cette situation insupportable.

Il est indispensable que le médecin ait consulté un confrère indépendant, que le médecin ait établi un dossier médical qu'il gardera pendant cinq ans.

Si le malade est âgé de moins de seize ans, son tuteur légal sera consulté, sauf si le patient, en accord avec son médecin et un autre membre de l'équipe soignante, peut faire valoir des arguments de s'y opposer.

De bons soins palliatifs terminaux éliminent-ils la demande d'euthanasie ?

On peut souvent lire qu'avec de bons soins de fin de vie, particulièrement dans ce qu'on appelle les hospices, les malades ne réclament jamais l'euthanasie. Dans la littérature anglo-saxonne anti-euthanasique, il est même suggéré qu'une demande d'euthanasie prouve que les soins terminaux ont été inadéquats. Voyons les faits.

Pendant plus de dix-huit ans dans notre hôpital, médecins, soignants et ecclésiastiques ont tenté de soulager la souffrance et la fin de nos malades au moyen des meilleurs soins palliatifs possibles. Tous ces soins sont basés sur l'idée que se fait le malade lui-même de la mort.

Dans nos soins palliatifs et notre application de l'euthanasie, nous nous en tenons principalement aux règles suivantes : le respect pour une vie et une mort humaines, le respect de l'autodétermination et de l'auto-responsabilité du malade face à sa vie et à sa mort, le respect de la conscience professionnelle de chaque soignant, le respect de la loi, y compris la jurisprudence.

Il nous paraît surtout primordial qu'une bonne information soit fournie par les médecins et les infirmières, et que celle-ci soit bien comprise par le malade; que le meilleur traitement de la douleur et de l'angoisse soit appliqué au moyen de médicaments altérant le moins possible l'état de conscience du patient; qu'on s'abstienne de tout acharnement thérapeutique, de tout traitement expérimental et qu'on respecte la décision prise avec le malade de ne pas le réanimer; qu'on appelle des intervenants spécialisés, tels que prêtres ou pasteurs, travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres, diététiciens, physiothérapeutes et

médecins de famille; qu'on aide la famille en lui offrant l'intimité nécessaire; qu'on facilite la possibilité de mourir chez soi; qu'il y ait une bonne coopération et des consultations régulières entre les différents membres de l'équipe soignante et qu'on respecte une éventuelle préférence du malade pour l'un ou l'autre des membres de l'équipe; et finalement, ce qui est essentiel, que des soins palliatifs soient prodigués.

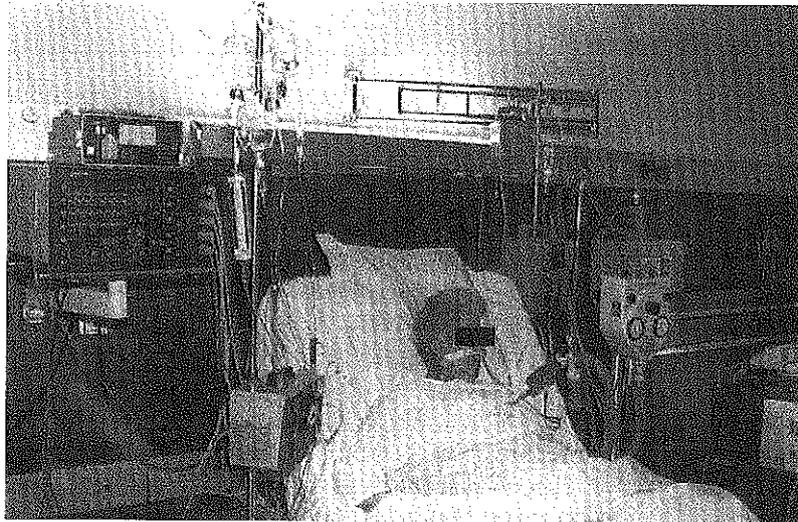
Pour Marion Boschmann, une infirmière hollandaise qui décrit la tâche du soignant face à un malade cancéreux en phase terminale, il faut avant tout prendre le temps de s'asseoir calmement près du malade; créer une ambiance qui permet au malade d'exprimer ses sentiments; tâcher de se substituer au «chez-soi» du malade autant que faire se peut, étant donné que l'hôpital n'est pas le meilleur endroit pour mourir; protéger le malade contre des interventions médicales inutiles; maintenir le plus longtemps possible l'intérêt du malade pour une vie normale; être un élément calmant pour le malade et sa famille; enfin et surtout prodiguer les meilleurs soins palliatifs le plus longtemps possible. Une autre infirmière, Florence Nightingale, l'exprimait à sa façon: «soigner le malade et pas la maladie».

Accepter la demande d'euthanasie

Après toutes ces années, nous sommes parvenus à une certitude: nous ne pouvons pas soulager toutes les souffrances. Nous ne pouvons pas protéger nos malades contre toutes les dégradations physiques et psychologiques. Nous ne pouvons pas non plus protéger certains d'entre eux contre la perte complète de leur dignité humaine.

Nous avons appris à ne pas refuser, mais à accepter, que certains de nos malades, en dépit de la meilleure assistance médicale, demandent l'euthanasie. Beaucoup de malades, à ce stade de leur maladie, se sont complètement détachés de leur famille et de notre monde et n'espèrent plus qu'une mort douce et rapide. Ils considèrent toute hésitation de notre part à répondre à leur désir comme injustifiée, voire comme un refus de reconnaître leur souffrance. Et nous hésitons encore! Après tout, une demande d'euthanasie n'en légalise pas l'application. Dans tous les cas, nous essayons d'améliorer nos soins pour éviter la demande d'euthanasie.

La décision d'y procéder est le résultat d'une consultation pluridisciplinaire: médecins, infirmières, prêtres ou pasteurs sont tous égaux dans cette prise de décision. Sur la base de faits objectifs d'une part et, d'autre part, de leur capacité de se mettre à la place du patient, indépendamment de leurs propres émotions, ils doivent s'efforcer d'arriver à un jugement le plus honnête possible. Ils devront essayer de se rendre compte eux-mêmes pourquoi le malade, compte tenu des circonstances, choisit la mort plutôt que la vie. Le médecin de l'équipe doit rester conscient que c'est lui



Nous avons appris à ne pas refuser, mais à accepter, que certains de nos malades, en dépit de la meilleure assistance médicale, demandent l'euthanasie. Photo Flémal.

qui endosse finalement la responsabilité légale de sa décision.

Dans notre hôpital, la décision de procéder à l'euthanasie découle de notre idée de base suivante: elle ne peut intervenir qu'en tant que dernier acte digne faisant partie des soins terminaux. Nous nous rendons tous bien compte que ces soins palliatifs terminaux sont essentiels: sans eux, pas d'euthanasie! Mais nous sommes tous conscients que les meilleurs soins palliatifs doivent offrir en dernière issue la possibilité d'une euthanasie. Actuellement, dans la plupart des hospices, l'euthanasie est considérée comme absolument contradictoire avec les soins palliatifs terminaux.

En toute honnêteté, je pense que chaque médecin a le droit et le devoir, après une délibération sérieuse et prolongée, de pratiquer l'euthanasie à la demande et dans l'intérêt du malade tout en sachant qu'il en porte la responsabilité vis-à-vis de lui-même, du patient et de la loi. De même, tout médecin a le droit intangible, quelles que soient les circonstances, de refuser de pratiquer une euthanasie, sachant qu'il est responsable autant vis-à-vis de lui-même que des autres.

Quel rôle joue la famille du malade? Durant les derniers mois, semaines et jours, nous associons étroitement la famille au soutien du malade: son poids moral est unique et irremplaçable. La famille souffre aussi et il est évident qu'en phase terminale elle se demande combien de temps cela va encore durer. Une éventuelle demande d'euthanasie de sa part est par conséquent compréhensible. Toutefois, sa demande ne sera jamais prise en considération, car seul le malade peut la formuler. La famille ne joue aucun rôle dans l'ultime décision prise par l'équipe soignante, parce que c'est le médecin qui assume complètement la responsabilité de cet acte. Même si elle le voulait, la famille n'a aucune possibilité d'obliger le médecin à procéder à l'eutha-

nasie. Tout aussi important est le fait, dans notre pays, que la famille ne peut en aucune façon empêcher ou arrêter l'euthanasie contre l'avis du malade si celui-ci insiste. Il n'y a aucune obligation d'informer la famille de l'euthanasie si le malade en a exprimé l'interdiction formellement et par écrit.

Jamais, d'ailleurs, nous n'avons rencontré une telle situation. Dans notre hôpital, environ dix pour cent de nos malades cancéreux en phase terminale demandent l'euthanasie. L'euthanasie est toujours active; elle consiste à administrer au malade un ou deux médicaments provoquant une mort rapide, soit immédiatement, soit après une certaine période de coma. Pour les médecins et pharmaciens, il existe des règles édictées en 1986 par l'Association royale pour l'avancement de la pharmacie et recommandées par l'Association royale néerlandaise de médecine. Après l'euthanasie, le juge est informé qu'il y a un cas de mort non naturelle. Il fait un constat en collaboration avec la police et tous deux établissent un rapport destiné au procureur qui reçoit également un questionnaire signé par deux médecins, ainsi qu'une déclaration signée antérieurement par le patient.

À la question: «existe-t-il un besoin d'euthanasie?», ma réponse est «oui».

Peter V. Admiraal

Peter V. Admiraal est médecin. Il a reçu en 1992 l'Humanist Award pour son action en faveur de l'accompagnement des mourants.

Bibliographie

Admiraal (P.V.), *L'euthanasie justifiable*, in *Law & Medicine*, 4, 361-370, 1988.
Admiraal (P.V.) *Le droit à l'autodétermination*, Actes de la huitième conférence mondiale des Associations pour le Droit de Mourir dans la Dignité, Presse universitaire d'Amsterdam.

DANS LA PRESSE

Enquêtes chez les médecins généralistes

En France

La Gazette médicale
n° 35, supplément, 5 décembre 1995

Ethique et fin de vie, ou le médecin et la mort

Problèmes de l'acharnement thérapeutique, de l'euthanasie, remise en question – justifiée ou non – du "pouvoir médical" devenu régisseur d'une mort dénoncée comme déshumanisée, trop souvent solitaire. Qu'en pensent les médecins, ceux-là même qui ont pour devoir de s'efforcer d'apaiser les souffrances du malade mais non le droit d'en provoquer la mort ?

Dans une société qui ne sait plus que faire de ses mourants et de ses défunts mais qui commence, depuis une vingtaine d'années, à réaliser qu'il y a là un problème, le médecin de terrain a incontestablement son mot à dire dans ce débat majeur de notre époque. Tel est le sens de notre enquête dont le thème a mobilisé un nombre étonnamment élevé de confrères et dont voici les résultats.

Le médecin et les soins palliatifs

Dans leur très grande majorité, les médecins généralistes sont un jour ou l'autre confrontés à un malade en fin de vie ; 93 % d'entre eux ont l'occasion de pratiquer des soins palliatifs. Autre constat : moins le milieu est urbanisé, plus les soins palliatifs sont pris en charge par le généraliste. Ils sont inhérents à l'exercice en milieu rural ou semi-rural puisque quasiment tous ceux dont c'est le lieu d'exercice les assument, alors que dans les petites ou grandes villes, tel n'est pas le cas, bien que la grande majorité des médecins aient aussi l'occasion d'y exercer des soins palliatifs.

Le médecin et l'euthanasie

Pour 65 % des médecins généralistes, l'euthanasie se pratique *parfois* en France, 32 % pensent qu'elle est *exceptionnelle*. Près de la moitié d'entre eux déclarent envisageable de pratiquer une euthanasie active pour soulager les douleurs d'un patient en phase terminale. 4 % des médecins ne se prononcent pas. Dans ce contexte, il est arrivé à 66 % d'entre eux de prendre "un risque thérapeutique fatal" (telle est l'expression utilisée dans notre questionnaire, euphémisme que l'on n'a pas manqué de nous signaler). On l'envisage d'autant plus que le médecin est d'âge moyen, mais plus de deux tiers des médecins entre 33 et 66 ans ont déjà eu à prendre cette décision. C'est en milieu rural et semi-rural que le problème se pose le plus fréquemment, tandis que l'euthanasie active est d'autant moins envisageable qu'on exerce dans une agglomération plus importante. Mais pour 47 % des médecins, il est envisageable de recourir à l'euthanasie active dans un tel cas de figure. 45 % des médecins sont favorables à une "législation" de l'euthanasie dans certaines circonstances.

On ne peut manquer de mettre en parallèle les réponses des médecins en ce qui concerne :

- leur propre mort (88 % souhaiteraient pour eux-mêmes une euthanasie, passive pour 57 %, active pour 31 %) ;
- la légalisation de l'euthanasie (45 % sont pour, 52 % contre) ;
- la possibilité pour eux en tant que médecins de soulager les douleurs d'un patient en phase terminale en pratiquant une euthanasie active (47 % y sont prêts).

Hélène Allouch

En Belgique

Le Généraliste n° 313, 21 février 1996

Enquête exclusive : Face à l'euthanasie

Le problème de l'euthanasie intervient-il dans la pratique d'un médecin de famille ? La demande existe en tout cas et les généralistes sont nombreux à y avoir été confrontés, surtout s'il s'agit d'euthanasie passive. Mais la montée des débats sur l'euthanasie ne semble pas en accroître la demande. Notre enquête auprès de quatre cents généralistes montre que, loi ou pas, ils n'ignorent pas les problèmes posés par la vie finissante.

Euthanasie : Une réalité

... Nous avons défini l'*euthanasie active* comme le fait de "poser un acte (administrer des drogues ou arrêter un traitement) qui entraîne le décès". L'*euthanasie passive* a été définie comme le fait d'"administrer des drogues pour soulager les souffrances du patient, quitte à accélérer son décès".

... La demande d'euthanasie n'est certainement pas un événement courant. Mais elle n'est pas exceptionnelle. Près d'un médecin généraliste sur deux a déjà dû répondre à une demande d'euthanasie active, et pour certains c'est arrivé plusieurs fois. La demande d'euthanasie passive, elle, est beaucoup plus fréquente et une très grande majorité des médecins interrogés (plus de quatre sur cinq) ont été appelés à affronter ce problème.

... Ce sont les généralistes qui ont un nombre de patients important qui ont le plus souvent eu affaire à une demande d'euthanasie active (51 % de ceux qui ont plus de 100 contacts par semaine).

Soulager le patient

Que l'euthanasie active suscite de grosses réticences et en tout cas beaucoup d'interrogations parmi les médecins n'a rien d'étonnant. On pouvait s'attendre à ce que beaucoup d'entre eux refusent purement et simplement de répondre favorablement à la demande d'une euthanasie active.

En fait, si les médecins sont effectivement très partagés à ce propos, une majorité est toutefois prête à faire autre chose que rejeter la demande.

Plus de quatre médecins généralistes sur dix déclarent être prêts à prendre la demande en compte, ce qui ne préjuge évidemment pas des actes qui seront finalement posés par le médecin. Leur réponse témoigne surtout d'un souci d'écoute et de compassion. Trois médecins sur dix songent aussi à solliciter l'assistance d'un autre intervenant, le plus souvent un autre médecin, mais parfois aussi un non-médecin.

On trouve une plus forte proportion de refus parmi les médecins de Flandre (45 %), chez les hommes (46 % contre 30 % chez les femmes) et parmi les plus de 50 ans (62 %). Parmi les médecins qui sont prêts à prendre en compte la demande d'euthanasie, on compte 55 % des Bruxellois, mais seulement 34 % des Flamands.

Légiférer : oui ou non ?

Dans le contexte actuel, il était assez normal que nous demandions aux médecins généralistes s'ils pensaient qu'il était nécessaire de légiférer en matière d'euthanasie.

La question est loin de faire l'unanimité. Les avis sont même extrêmement partagés : les généralistes interrogés se divisent en deux camps d'importance égale. On discerne cependant de fortes différences régionales.

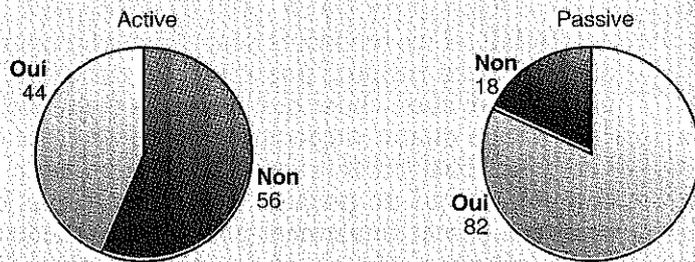
Les deux tiers des généralistes de Flandre sont favorables à une démarche législative dans ce domaine. La proportion est exactement l'inverse en Wallonie et, dans une moindre mesure, à Bruxelles.

La question de la loi n'est pas perçue de la même manière par les femmes et les hommes. Ces derniers sont majoritairement (52 %) opposés à l'intervention du législateur dans cette question, alors que 57 % des femmes y sont favorables.

Les avis varient aussi en fonction de l'âge : les moins de 35 ans sont 54 % à être favorables à une législation, alors que les plus de 50 ans sont contre à 60 %.

Jean-Paul Van Keerberghen

Graphique 1:
Avez-vous déjà été confronté à une demande d'euthanasie active ou passive ?



Graphique 2:
Combien de fois avez-vous déjà été confronté à une demande d'euthanasie active (parmi les médecins ayant été confrontés au moins une fois à cette demande) ?

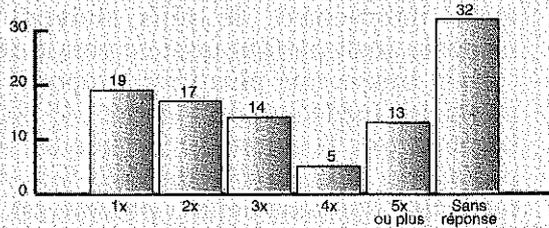
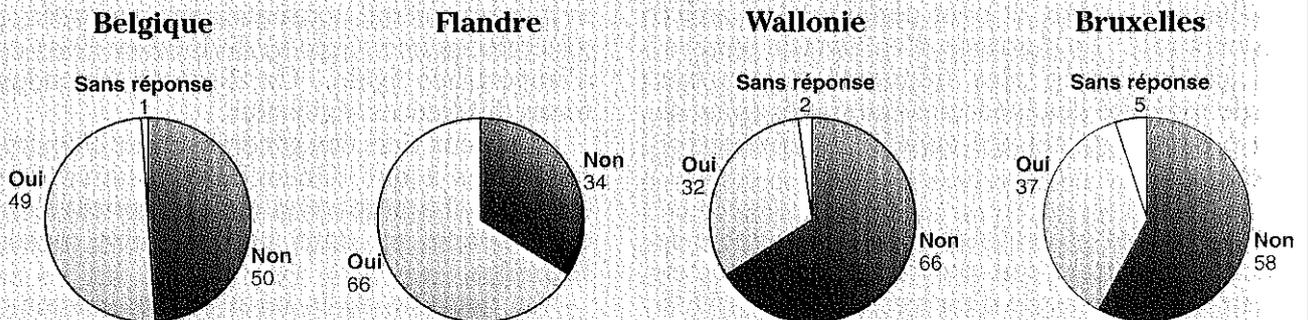


Tableau 1:
Qui a pris l'initiative de la demande d'euthanasie ?

	Euthanasie active	Euthanasie passive
Le patient	47	19
La famille	26	25
Vous-même	1	10
Le patient et la famille	19	14
Le patient et vous-même	2	5
Le patient, vous-même et la famille	4	15
La famille et vous-même	1	10
Sans réponse	1	1

Graphique 4:
Estimez-vous qu'il faille légiférer en matière d'euthanasie ?



Commentaires

Ces deux enquêtes montrent que l'euthanasie n'est plus un sujet tabou chez les médecins. Près d'un généraliste sur deux, tant en France qu'en Belgique, déclare "envisageable de pratiquer une euthanasie "active" ou est prêt à "prendre la demande en compte", alors que, chez nous comme en France, le Code pénal l'assimile à un assassinat. Il est donc compréhensible que près de la moitié des médecins (45 pour cent en France, 49 pour cent en Belgique) estiment qu'il

faut légiférer en cette matière. Ces résultats sont quasi identiques à ceux d'enquêtes similaires réalisées dans d'autres pays au cours des dernières années. Par ailleurs, on assiste à un rapprochement des positions des médecins et du public, alors qu'un fossé semble se creuser entre les praticiens et les "autorités" médicales (Ordres et syndicats médicaux), comme le montrent les déclarations de l'Association belge des syndicats médicaux. (voir page 23).

L'ABSyM et l'euthanasie

Le Généraliste, 17 janvier 1996

Le débat sur l'euthanasie ayant été une fois de plus relancé, l'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM) formule à ce propos son point de vue.

Si la vie humaine représente la plus haute valeur pour la profession médicale, comme d'ailleurs pour notre société, cette valeur peut cependant se trouver en conflit avec d'autres, notamment la dignité de l'homme mise en péril par la souffrance ou la déchéance de son corps, remarque le syndicat médical. Il ajoute que ce conflit fait l'objet d'un choix qui appartient à la conscience individuelle, mais pas à la société.

En même temps, l'ABSyM rappelle que le rôle du médecin a toujours été de préserver la vie et que les malades qui font appel à lui sont convaincus, sans quoi la relation de confiance ne serait plus possible.

"Le désir de mort n'est pas naturel chez l'homme", note l'ABSyM. "Un bien-portant peut imaginer une situation lointaine où la mort lui semblera préférable à la vie. Les réactions du malade, quand cette situation se présente, sont tout à fait différentes et bouleversées. L'accompagnement du mourant n'a rien à voir avec une froide injection mortelle."

"Le malade en phase terminale peut éprouver le sentiment d'être à charge de ses proches et de la société et d'exprimer un désir de mort. Le malade souffrant peut croire que la mort est devenue la seule solution à sa souffrance. Le médecin sait pourtant que le malade demande avant tout à être réconforté et soulagé, même si longtemps encore, il arrivera que ce réconfort et ce soulagement ne seront pas toujours possibles."

L'ABSyM estime cependant que toute tentative de légiférer

en la matière ne peut faire abstraction d'un contexte économique. *"La banalisation de la chose dans l'opinion publique mène à tous les abus. A l'heure où les gouvernements sont préoccupés de la maîtrise des dépenses en soins de santé et où certains d'entre eux ont déjà entrepris un rationnement des soins, à l'heure où des voix se font entendre qui prétendent que 80 % des dépenses de soins de santé se font au cours des six derniers mois de la vie, l'euthanasie pour raison économique est un risque d'autant plus réel qu'il a déjà commencé à se matérialiser."*

Pour l'ABSyM, une législation permissive en matière d'euthanasie est une mauvaise réponse à un vrai problème.

Celui-ci fait partie des préoccupations médicales, mais ne peut trouver de solutions que dans la recherche de soins palliatifs susceptibles d'apaiser les souffrances et de rendre leur dignité aux mourants.

C.d.P.

L'article introductif de notre Dossier (p. 2-6) répond à toutes les objections de l'ABSyM. Cette déclaration confirme notre crainte de voir s'élargir le fossé entre les syndicats de médecins, les praticiens et le public. Ceci devrait inciter chaque patient à s'informer des opinions de son médecin à propos du droit de mourir dans la dignité.

COURRIER

Cher Président,

Voici quelques réflexions inspirées par la lecture du Bulletin n°58, décembre 1995, de l'ADMD.

1) Je m'insurge contre l'escamotage, ou la minimisation, fréquent(e), de l'importance des souffrances morales et psychologiques. Ce n'est pas au(x) médecin(s) ni à qui que ce soit de décider si la qualité de ma vie est suffisante, alors que je ne suis plus qu'un déchet et en souffre. Quel pouvoir donné à des gens qui ne peuvent pas ressentir, voir les choses comme moi !

2) Les dérapages

a) Je regrette qu'on parle si peu de la situation du Danemark où le Parlement a voté une loi sur le respect du testament de vie. Ce serait, me semble-t-il, la solution la plus simple, la plus économique, la plus sage – et la plus humaine. Pourquoi pas en Belgique ?

b) L'existence d'un testament de vie, antérieur aux souffrances et aux dégradations, constituerait, me semble-t-il, la meilleure garantie contre les "dérapages" : seul le malade déciderait de ce qu'il veut, et cela à un moment où il aurait pris la décision en toute lucidité et en bonne santé (mentale, entre autres). Plus d'interventions de tiers – famille, amis, médecins, etc. Seule la volonté de la personne compterait.

c) Ce serait aussi, prosaïquement, un excellent argument ... publicitaire pour l'ADMD ! Pourquoi ne pas se battre sur ce terrain-là, susciter la réflexion de Monsieur ou Madame Tout-le-monde, via le Bulletin, ou des déclarations aux médias, p. ex ?

3) Soins palliatifs

a) A plusieurs reprises (p. 3, p. 13, etc.) une immense appréhension s'est levée en moi, à savoir qu'une loi sur l'euthanasie n'inclue l'obligation de passer par les soins palliatifs. A mes yeux, c'est un moyen subtil de faire souffrir encore plus longtemps (y compris sur le plan psychologique ...). D'autre part, c'est une atteinte intolérable à la liberté de décision de chacun ; ce peut être aussi une atteinte à la liberté de choix philosophique : la plupart des institutions de soins palliatifs – et leurs défenseurs – sont d'obédience catholique. Encore une tentative camouflée de récupération !!!

b) Aspect pratique et personnel : cette appréhension, presque une hantise, me pousse impérieusement à demander l'introduction d'une clause de refus des soins palliatifs. Mon testament de vie est déjà en votre possession, de longue date. Comment faire dans la pratique : refaire un testament de vie ? Ajouter un genre de "codicille" et comment (la carte est fort petite ...) ?

4) Une autre demande, en conclusion : que ma lettre (et surtout les points 2 et 3) soit communiquée à Serge Moureaux. Avec mes remerciements et mes salutations très cordiales.

G. - A.F.

Messieurs, Mesdames,

Je suis, depuis que j'ai l'âge dit de raison, absolument pour le droit de mourir dans la dignité.

Je ne souhaite pas au Dr Wynen de voir souffrir (sans espoir aucun) quelqu'un qui lui est cher car je reste persuadée que son raisonnement serait très vite oublié et je crois même qu'il ferait le nécessaire lui-même.

J'ai 62 ans et ai depuis longtemps dit à mon fils que j'exigeais que l'on m'aide et vite à mourir en cas de :

1° je deviens "incapable" de m'occuper seule de moi

2° en phase avant terminale du cancer éventuel

3° en cas de maladie d'Alzheimer.

Je n'ai aucune envie de terminer ma vie en légume et de plus d'être un poids insupportable à mon fils (qui a pour moi, comme moi pour lui, un amour extraordinaire.

Voilà, je suis révoltée du discours de Wynen et heureusement il y a d'autres penseurs que lui.

Merci et continuez votre combat.

Je fais de ma vie ce que je veux, ce corps n'appartient qu'à moi ! De plus, je donne mes organes.

S.F.

INFORMATIONS DIVERSES

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE STATUTAIRE DE L'A.D.M.D.

**Tous nos membres y sont cordialement invités.
Toutefois, seuls les membres effectifs, qui recevront par ailleurs une convocation
personnelle, auront le droit de prendre part au vote.**

Date : samedi 4 mai 1996 à 10 h 30

Lieu : Fondation universitaire (Salle A), rue d'Egmont, 11 à 1050 Bruxelles

Ordre du jour

1. Approbation du procès-verbal de l'assemblée générale du 27 mai 1995 (le texte en a été publié dans le bulletin n° 57 d'août 1995).
2. Exposé du président sur les activités en 1995.
3. Rapport sur la situation comptable et rapport du commissaire aux comptes.
4. Approbation des comptes 1995 et du projet de budget 1996.
5. Nomination de nouveaux administrateurs : Dr Wolrad Mattheiem, M. Maurice Opal.
Les membres qui souhaitent faire acte de candidature d'administrateur voudront bien écrire au Président de l'ADMD, pour le 25 avril au plus tard.
6. Divers.

Dès que nos activités statutaires auront été remplies et les votes effectués par les membres effectifs, les membres du conseil d'administration seront à la disposition de ceux d'entre vous qui désireraient poser des questions, émettre des suggestions, avoir un échange de vues sur divers sujets.

ECOLE DE SANTÉ PUBLIQUE ULB
Journées de valorisation (AML)

L'éthique médicale en question

Samedi 30 mars 1996

- 10.00 h. Accueil des participants
10.15 h. M. Charles.Susanne : **La vie vue par un biologiste**
10.45 h. M. Robert Naeije : **L'expérimentation animale en recherche biomédicale**
11.30 h. Discussion
12.00 h. Déjeuner
13.30 h. Mme Jacqueline Herremans : **Le débat juridique sur l'approche de la vie finissante**
14.00 h. Dr Yvon Englert : **Des commissions d'éthique médicale au Comité consultatif de bioéthique**
14.45 h. Discussion
15.00 h. Dr Darius Razavi : **L'oncologie au quotidien**
15.30 h. Discussion

Samedi 27 avril 1996

- 10.00 h. Accueil des participants
10.15 h. Dr Marc Englert : **Euthanasie ou soins palliatifs : un faux dilemme**
10.45 h. M. Gilbert Hottois : **Les droits de l'Homme doivent-ils protéger des entités différentes de "personnes"**
11.30 h. Discussion
12.00 h. Déjeuner
13.30 h. Dr Jean-Louis Vincent : **La mort en soins intensifs**
14.00 h. Discussion
14.15 h. M. Guy Lebeer : **Regard sociologique sur l'éthique médicale**
14.45 h. Discussion
15.00 h. M. Baudouin Decharneux : **L'âme dans sa relation au corps aux origines du christianisme**
15.30 h. Discussion

Lieu : Ecole de Santé publique ULB
Campus Erasme - Bâtiment A
Auditoire 3104 (1er étage à gauche)
route de Lennik, 808 Anderlecht - 1070 Bruxelles

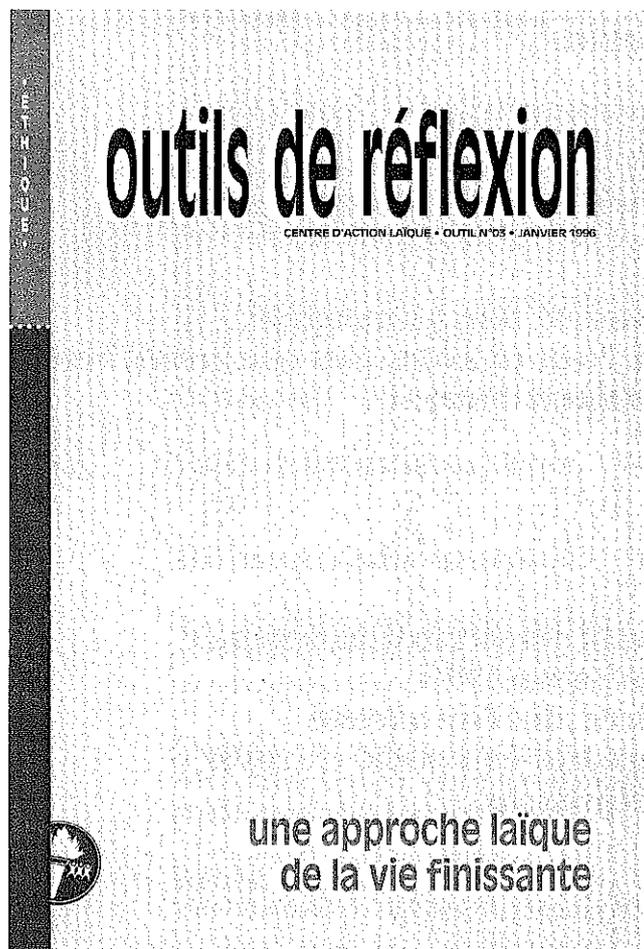
La participation à ces journées ouverte à tous publics est gratuite.

Elles donnent droit à une attestation de fréquentation décernée par l'E.S.P. de l'U.L.B.

Pour tous renseignements : Marc Mayer,

Coordonnateur de la Licence Interfacultés en Assistance Morale Laïque
Ecole de Santé Publique U.L.B.
Campus Erasme - Tél. : 02/555 44 35

Vient de paraître



"... Notre réflexion s'inscrit dans un contexte humaniste, respectueux des droits du patient. C'est ainsi qu'il est inacceptable pour une approche laïque de considérer que soins palliatifs et euthanasie sont deux principes qui s'opposent..."

Composition du groupe de travail

Marie Andersen, Aline Bosquet-Bigwood, Nicole Delvaux, Marc Englert, Jacqueline Herremans, Robert J. Kahn, Yvon Kenis, Anne Lanquart, Guy Lebeer, Georges C. Liénard, Marc Mayer, Yves Mengal, Darius Razavi

Coût de la brochure : 132 frs (frais d'envoi compris)
Pour se la procurer : virer ce montant au compte
210 0624 799-74 du Centre d'Action laïque à 1050
Bruxelles. Mention : ODR/ALVF

A nos membres

Nous tenons à remercier très vivement tous les membres qui nous font un don en réglant leur cotisation. Nous en avons plus que jamais besoin les subsides officiels se faisant désirer !

Nous espérons que vous aurez répondu nombreux à la demande de versement de la cotisation 1996.

Le prochain bulletin ne pourra plus être adressé aux membres qui n'auront pas réglé leur cotisation, et croyez bien que nous le regrettons.

**N'OUBLIEZ PAS DE RANGER VOTRE CARTE DE
MEMBRE AVEC VOS PAPIERS D'IDENTITE.**

**N'OUBLIEZ PAS DE MONTRER VOTRE TESTAMENT
A CHAQUE MEDECIN QUE VOUS CONSULTEZ
EN PARTICULIER EN CAS D'HOSPITALISATION**

QUELQUES ADRESSES UTILES

<u>S.O.S. Solitude</u> , 1000 Bruxelles, 24, rue du Boulet	02/513.45.44
<u>Association contre le Cancer</u> , 1000 Bruxelles, pl. du Samedi, 13 permanence téléphonique : lu.de 9 à 19 ve.de 9 à 13 h. ligne verte	02/219.19.20 0800/15800
<u>Ecoute-Cancer</u> Accueil téléphonique, lu. de 10 à 15 h, . je. de 12 à 18 h. ligne verte	0800/11888
<u>Cancer et Psychologie</u> Permanence téléphonique. Service d'écoute pour les soignants, les patients et leurs proches, lu. au ve..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" tout le pays	107
<u>Centre de prévention du suicide</u> , 1050 Bruxelles, 46, Pl. du Châtelain Rendez-vous	02/640.65.65 02/640.51.56
<u>Télélaïque - Action et solidarité</u> (de 10 à 20 h) ligne verte	078/11.23.17 02/223.17.17
<u>Service d'aide aux grands malades</u> 4420 Saint-Nicolas, 58, rue Likenne. (siège social) permanences : lundi au vendredi de 8 à 17 h	041/52.71.70
<u>Centrale de services à domicile</u> 1060 Bruxelles, 43, rue Saint-Bernard 4020 Liège, 19, avenue de Jupille	02/537.98.66 041/31.41.47 041/62.46.46
<u>Soins à domicile</u> 1000 Bruxelles, rue des Moineaux, 17-19	078/15.60.20
<u>Centre d'Aide aux mourants</u> (C.A.M.) Aide psychologique aux proches et familles de mourants - 1000 Bruxelles, 106, Bd de Waterloo	02/538.03.27
<u>Infor-Homes</u> , 1000 Bruxelles, Bd Anspach, 59 (de 9 à 16 h.)	02/219.56.88
<u>Fédération de l'aide et des soins à domicile</u> , 1040 Bruxelles, avenue de Roodebeek, 44, bte 1	02/735.24.24
<u>Soins Palliatifs et adresses :</u> pour tous renseignements : Fédération belge de Soins palliatifs 1210 Bruxelles, rue Royale, 217	02/268.26.83
<u>C.E.F.E.M.</u> (Centre de formation à l'écoute du malade) 1190 Bruxelles, 52, avenue Pénélope.	02/345.69.02

