

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

ADAM
BULLETIN TRIMESTR
SEPTEMBRE 1996
N° 61

RETOUR ENVOYEUR 143A	
L'un des destinataires a été déclaré en faillite	<input type="checkbox"/>
L'un des destinataires ne reçoit plus le courrier à l'adresse indiquée	<input type="checkbox"/>
Parti sans adresse	<input type="checkbox"/>
Refusé	<input type="checkbox"/>
Adresse insuffisante	<input type="checkbox"/>
Non réclamé	<input type="checkbox"/>
Décédé	<input checked="" type="checkbox"/>
N'habite plus à l'adresse indiquée	<input type="checkbox"/>
Inconnu	<input type="checkbox"/>

143A TERUG AFZENDER

Werd failliet verklaard
Een van de geadresseerden meer op het aangegeven adres ontvangt de briefwisseling niet
Een van de geadresseerden Vertrokken zonder adres
Gewijgert
Ontoereikend adres
Niet aangevraagd
Overleden
Wohnt niet meer op aangegeven adres
Onbekend

Belgique - België
P.P.
1050 Bruxelles 5
1/7203

Bureau de dépôt - Bruxelles 5

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
Net 1050

SOMMAIRE :

◆ Le billet du Président	1
◆ Dossier: Légiférer pour permettre l'euthanasie volontaire (suite)	
- Faits et témoignages	3
- Les thèses en présence	5
- La nécessité de légiférer (suite)	
Les arguments en faveur de la légalisation	7
Les conditions à remplir	9
- Les propositions de loi déposées au Parlement belge (suite)	11
◆ Le Comité consultatif de bioéthique	12



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.

SECRETARIAT : 55, RUE DU PRÉSIDENT - 1050 BRUXELLES - (02) 502 04 85

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

Membres :

Raymonde Burniat
Alain P. Couturier
Michèle del Carril
Marc Englert
Jacqueline Herremans
Edouard Klein
Wolrad Matheiem
Monique Moreau
Madeleine Moulin
Maurice Opal
Gaby Pulinx
A.M. Staelens
Philippe Toussaint

LE BILLET DU PRÉSIDENT

Le Comité consultatif de bioéthique* vient de commencer ses travaux. Les présidents de la Chambre et du Sénat lui ont demandé d'examiner le problème de l'opportunité de légiférer à propos de l'euthanasie. L'ADMD considère que son rôle est d'apporter sa contribution à l'étude de cette question à laquelle elle se consacre depuis quinze ans. Comme nous avons essayé de le montrer dans le texte qui suit (*Légiférer pour permettre l'euthanasie volontaire*), la situation actuelle est inacceptable. La sévérité excessive de la loi, qui assimile l'euthanasie à un assassinat, entraîne des euthanasies clandestines, sans contrôle, donc sujettes à tous les abus, ou laisse sans réponse les demandes d'êtres qui souffrent au point de vouloir mourir. Des voix de plus en plus nombreuses s'élèvent pour réclamer la dépénalisation. Une enquête, réalisée en Belgique à la fin de l'année passée, a révélé que 80 % des personnes interrogées pensent qu'il faut dépénaliser l'euthanasie (10 % seulement sont contre la dépénalisation).

Etant donné ces chiffres, et connaissant la composition de la Commission restreinte chargée d'instruire la question à laquelle doit répondre le Comité consultatif de bioéthique, on peut se demander comment sera reflétée l'opinion d'une très large majorité de la population et d'une partie importante du corps médical. La commission restreinte pouvait faire appel à "des experts scientifiques et à des personnes pouvant justifier d'une expérience pratique" (art. 12 de l'Accord de coopération). Elle a désigné pour cette fonction deux médecins dont on connaît la position hostile à la légalisation de l'euthanasie, mais elle n'a pas jugé utile de me faire participer à ses travaux. Je pense pourtant avoir quelques titres à remplir une telle fonction, d'abord en tant que président de l'ADMD, en raison aussi de ma carrière professionnelle, mais surtout parce que j'ai consacré la plus grande part de mes activités, au cours des dix dernières années, à l'étude de ce problème. Le déséquilibre entre la composition de la Commission (où siègent trois ecclésiastiques) et l'opinion publique en est encore accentué. Il faut se rappeler ce qui s'est passé en 1987 lorsque Madame Wivina Demeester, alors Secrétaire d'Etat à la Santé publique, organisa un "Colloque national de réflexion scientifique sur la bioéthique dans les années '90". Dans le texte d'introduction aux rapports des groupes de travail, on pouvait lire : "la problématique relative à l'euthanasie n'a donné lieu qu'à très peu de divergences d'opinion". L'ADMD avait attiré l'attention sur le fait que ce consensus apparent pouvait être dû à la composition même du groupe de travail (qui comportait une majorité de médecins et dont l'ADMD était exclue) et à la personnalité des deux rapporteurs dont l'un était un ancien président de l'Ordre des médecins et l'autre un membre du clergé catholique. Cette remarque a été *censurée* dans le volume qui contenait les répliques du public aux rapports des groupes de travail. Il faut à tout prix empêcher que ce genre de manœuvre se répète. C'est la crédibilité et la réputation de sérieux du Comité consultatif de bioéthique qui est en jeu.

J'éprouve une autre inquiétude lorsque je considère le calendrier des travaux du Comité consultatif de bioéthique. Il a fallu des années pour que

* La composition et le rôle de ce comité sont résumés à la page 12 du présent bulletin

l'idée d'un comité national de bioéthique se concrétise ; après qu'il ait été officiellement créé, il a fallu *quatre ans* pour qu'il soit effectivement mis en place et pour qu'il puisse commencer ses travaux, quatre ans pour désigner une trentaine de noms ! Et il faudrait aujourd'hui qu'il réponde en *quatre mois* aux questions qui lui sont posées à propos de l'éthique de la vie finissante. Aux Etats-Unis, la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine a travaillé pendant 20 mois sur une question plus restreinte : la décision de ne pas entreprendre ou d'interrompre les traitements de réanimation ("Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions", 1983). Pendant 20 mois, la commission a travaillé avec l'aide d'un "professionnal staff" d'une quinzaine de personnes dont plusieurs Ph. D., sous la direction d'Alexander Capron. Elle a tenu douze sessions dont plusieurs de deux jours entiers. Chez nous, on a d'abord traîné les pieds pendant dix ans, pour se hâter ensuite, comme pour être sûr qu'on n'avancera pas ; on court pour rester sur place et maintenir le statu quo.

Une troisième cause d'inquiétude est la "discretion" dont veut s'entourer le comité. Je comprends que, lorsque des *témoignages* sont entendus, non pas la discretion mais le *secret* soit de rigueur. Les débats par contre devraient se faire dans la plus grande transparence. Je pense même qu'ils gagneraient à être publics.

L'ADMD, en collaboration avec Recht op Waardig Sterven, fera connaître sa position à nos représentants politiques, aux membres du Comité consultatif de bioéthique et à l'opinion publique. Elle souhaite que le débat se poursuive et s'élargisse pour en arriver à une législation qui harmonisera la réalité sociale d'aujourd'hui et le droit, qui tienne compte du pluralisme, base d'une société démocratique, et qui respecte le principe de l'autonomie de l'individu, c'est à dire le droit, pour chacun, de choisir les conditions de la fin de sa propre vie. Il est temps que les convictions morales ou religieuses d'une minorité ne soient plus imposées à tous.

DOSSIER : Légiférer pour permettre l'euthanasie volontaire (suite du bulletin n°59)

FAITS ET TÉMOIGNAGES

Depuis toujours, des êtres humains terminent leur vie dans des souffrances telles que la mort leur paraît préférable à la poursuite d'une vie sans espoir, pour eux dépourvue de sens et n'ayant comme seule perspective que l'aggravation de leur misère, de leur angoisse et de leur révolte. Certains trouvent, grâce à la religion, la force de supporter ce mal et espèrent que leur souffrance ici-bas leur sera comptée et leur vaudra un bonheur éternel dans l'au-delà. D'autres cherchent dans la philosophie ou dans la sagesse populaire le moyen de se résigner à leur sort qu'ils considèrent comme propre à "l'humaine condition". Ces attitudes suscitent le respect et l'admiration, mais il faut bien reconnaître qu'aujourd'hui la plupart aspirent plutôt à une fin rapide de leur calvaire. Les progrès de la médecine, le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement des mourants, la tendresse et le soutien de l'entourage apportent à certains un soulagement qui leur permet de connaître une fin dépourvue de douleur et paisible. L'expérience montre, hélas ! qu'il n'en est pas toujours ainsi. On meurt encore dans d'atroces douleurs, rebelles aux techniques les plus sophistiquées ; on ressent comme une charge insupportable, pour soi et pour ceux qu'on aime, une fin d'existence dépourvue de toute autonomie ; on ne supporte plus l'image de son corps décharné, mutilé, nauséabond, même si celui-ci est manipulé avec compétence et gentillesse ; on rejette avec horreur la perspective de la démence, de la perte des relations avec les autres ; en un mot, on refuse de continuer d'être en vie (comme une plante ou un animal sont en vie), alors qu'on ne se perçoit plus comme une personne humaine.

"Je ne supporte plus de vivre si je ne suis plus moi".

Dans ces circonstances, beaucoup pensent avoir le droit de mettre fin à leur existence, soit par le suicide (mais la plupart en sont physiquement incapables), soit avec l'aide de quelqu'un de compatissant. On sait que depuis longtemps, des médecins ont estimé que cette aide ultime faisait partie de leur devoir. Ils ont compris qu'en agissant ainsi ils accomplissaient un acte d'humanité qu'ils étaient les seuls, en raison de leur compétence et du caractère de leur relation avec le mourant, à pouvoir faire, de sorte que cette mort accordée soit réellement sans douleur, rapide et digne, une *euthanasie* au sens premier, une bonne mort. Ils savent qu'ils sont les seuls à pouvoir éviter les drames de la mort par pitié donnée par des proches, incapables de disposer des moyens adéquats, trop impliqués affectivement, peut-être même intéressés plus ou moins consciemment à se soulager d'une charge émotionnelle, matérielle ou financière trop lourde. Ils savent qu'ils sont les seuls à pouvoir empêcher les suicides par des méthodes violentes inhumaines, les suicides prématurés (*plus tard, je ne serai plus capable de le faire*), les suicides ratés avec leurs conséquences souvent dramatiques, les suicides inutiles provoqués par un état dépressif passager ou par une appréciation erronée du pronostic. C'est pourquoi, malgré les lois répressives – qui assimilent l'euthanasie à un assassinat –, malgré les interdictions du code de déontologie, des médecins (un sur dix ?, un sur trois ?) acceptent d'aider les patients à mourir et peuvent hâter intentionnellement la mort d'un malade incurable qui en fait la demande. Nous en avons

de nombreux témoignages, depuis Léon Daudet qui, dans ses Souvenirs, raconte la mort accordée à des patients atteints de la rage, adressés à Pasteur mais arrivés à un stade où ils ne pouvaient plus être guéris par le vaccin antirabique, jusqu'aux courageuses déclarations du docteur Diestelman, en passant par les révélations du médecin du roi Georges V et de Max Schur, le médecin et l'ami de Freud. Et tout le monde a entendu parler du professeur Schwartzberg ou du docteur Kevorkian. J'ai rassemblé une documentation abondante sur ce sujet.¹

En dehors de ces déclarations de médecins qui se sont sentis moralement obligés de parler, que ce soit pour soulager leur conscience ou dans un esprit militant pour que les choses bougent, de nombreux témoignages de tiers montrent aussi que se pratiquent des euthanasies clandestines. P.-Ph. Druet déclarait à un journaliste en 1991 (La Libre Belgique, 14-15 août 1991) : "Chez nous, on s'acharne jusqu'au bout pour maintenir en vie à n'importe quel prix des vieilles personnes sur lesquelles on pratique des expériences scientifiques, puis, en fin de compte on les euthanasie par pitié pour ce qu'on leur a fait subir". Madame Bernadette Wouters, vice-présidente de la Fédération des associations de soins palliatifs, au cours d'un débat auquel je participais, a brossé un tableau effrayant des euthanasies pratiquées sans requête du patient dans certaines institutions hospitalières. Le père P. Verspieren a le premier attiré l'attention sur la pratique des "cocktails lytiques", ces mélanges de substances sensées soulager la douleur et l'anxiété, mais qui, associées et administrées à un certain rythme, provoquent la mort en quelques heures ou en quelques jours.² La fréquence de cette pratique est confirmée par le docteur Cadart : "En avril 1986, lors d'un cours à des élèves infirmières de 3^e année, nous nous sommes livrés à un petit sondage : sur soixante élèves, toutes avaient vu au moins une fois l'euthanasie pratiquée devant elles, trois avaient elles-mêmes été chargées de poser un cocktail".³ Soeur Léontine parle aussi de l'emploi des cocktails lytiques sans demande du patient. On peut penser que c'est précisément l'interdiction légale de l'euthanasie volontaire qui explique cette fréquence de la pratique des cocktails

lytiques, moyen de camoufler l'euthanasie en un traitement de la douleur.

A côté de ces cas, il en existe d'autres, beaucoup plus nombreux sans doute, où le médecin ne veut pas ou n'ose pas hâter la mort d'un malade qui souffre de façon inhumaine et qui supplie qu'on mette fin à ses souffrances. En tant que président de l'ADMD, je reçois beaucoup de confidences de malades ou de proches qui vivent des situations extrêmement pénibles : douleurs atroces insuffisamment calmées malgré les analgésiques ; difficultés respiratoires extrêmes entraînant une suffocation malgré l'administration continue d'oxygène ; sentiment de subir une souffrance inutile qui perdure et ne débouchera de toute façon que sur la mort ; perte de toute autonomie, de tout sens à la vie qui n'est plus que souffrance et attente de la mort. Ma première démarche est toujours d'essayer d'adresser ces personnes à une équipe de soins palliatifs, mais ce n'est pas toujours possible : certains malades refusent avec énergie, d'autres sont dans une situation qui ne permet pas la prise en charge dans une unité de soins palliatifs. Je pense à cette vieille dame, asthmatique depuis sa jeunesse, hospitalisée dans une unité de soins intensifs pour insuffisance respiratoire gravissime ; je pense à cet homme jeune, complètement paralysé, qui pouvait seulement bouger deux doigts pour actionner les commandes de son fauteuil d'invalides où il était cloué depuis des années et qui n'avait pas trouvé d'autre "solution" que de le faire rouler vers un étang pour s'y noyer, mais où il s'était rapidement embourbé. Après qu'on l'eut sorti de là, il ne put pas trouver de médecin qui lui prescrive des médicaments pour se suicider, et même s'il l'avait trouvé, il n'aurait pas pu préparer lui-même la solution ni l'avalier sans aide. Il refusait d'impliquer sa femme, mère de ses deux enfants, dans un acte qui pouvait entraîner inculpation, enquête, procès et peut-être condamnation pour non-assistance à personne en danger. Il avait envisagé de se laisser mourir de faim, mais il n'a pas eu la force de persévérer.

Les choses sont encore pires lorsqu'on considère les meurtres par pitié commis par des proches. Tenons-nous en à quelques faits divers qui se sont passés chez nous, recueillis dans la presse belge. Un homme de 79 ans étrangle "à mains nues" (comme dit le journal) sa femme atteinte d'une maladie d'Alzheimer et se livre à la police. A Ath, un homme étrangle sa femme grabataire et se pend. L'année passée, un homme de 68 ans, "un brave retraité, un mari exemplaire, un père irréprochable dont le fils est gendarme" (comme le décrivent ses voisins), qui

¹ Y. Kenis, L'euthanasie et les médecins : pratiques et opinions, Bulletin du Conseil national de l'Ordre des Médecins, 1994, 3(63) : 53-61.

² P. Verspieren, Sur la pente de l'euthanasie, Etudes, 1984, 360 (1) : 43-54.

³ B. Cadart, En fin de vie, Paris, Editions du Centurion, 1988.

s'occupait depuis plusieurs années de sa femme malade et invalide, lui envoie une charge de chevrotines dans la tête et appelle la gendarmerie. Un homme de 35 ans tue sa mère grabataire à coups de couteau et se suicide en avalant un produit caustique destiné à déboucher les éviers...

En résumé, *l'euthanasie est pratiquée*, une euthanasie "sauvage" et désespérée par des proches, une euthanasie clandestine par des médecins courageux et compatissants, mais sans contrôle, sans concertation, parfois même (souvent ?) sans requête du malade. Par ailleurs, *l'euthanasie est refusée* : beaucoup de malades qui n'aspirent qu'à mourir ne trouvent pas le médecin qui serait prêt à les aider. Cette

situation paraît à beaucoup intolérable et des voix de plus en plus nombreuses s'élèvent pour réclamer la dépénalisation de l'euthanasie et de l'aide médicale au suicide. Comme l'a dit Marc Uyttendael, professeur à l'ULB, "l'euthanasie n'est plus vraiment ressentie comme étant un délit". Une enquête, réalisée en Belgique à la fin de l'année passée, a révélé que 80 % des personnes interrogées pensent qu'il faut dépénaliser l'euthanasie (10 pour cent seulement sont contre la dépénalisation). Quarante-neuf pour cent des généralistes belges (1 sur 3 en Wallonie, un peu plus à Bruxelles, 2 sur 3 en Flandre) estiment "qu'il faut légiférer en matière d'euthanasie" (enquête du *Généraliste*, février 1996).

LES THÈSES EN PRÉSENCE

Après avoir lu des milliers de pages sur le sujet, après avoir participé à d'innombrables débats, je pense pouvoir classer les prises de positions en cinq catégories. La première est basée sur le principe du caractère sacré de la vie : l'euthanasie est intrinsèquement mauvaise. C'est l'attitude du pape Jean-Paul II et de la hiérarchie catholique. Elle n'est pas partagée par tous les catholiques. Le Conseil général de l'Apostolat des Laïcs, dans une brochure qu'il présente comme "une réflexion ouverte et une parole libre de laïcs engagés dans l'Église", note, à la suite d'une enquête parmi ses membres, "une large ouverture en faveur de l'euthanasie". Le désaccord avec le Magistère apparaît clairement dans la conclusion : "que Rome ne parle pas trop vite ni trop fort... Cela revient à demander aux instances de l'Église de renoncer à la tentation du pouvoir".⁴ La version non religieuse de la position que j'appellerais absolutiste est fondée sur le respect de la vie : la société ne peut en aucun cas admettre que l'on tue un être humain innocent, même à sa demande. Le code pénal belge et le code de déontologie médicale

réflétant cette tendance, ne doivent donc pas être changés. L'euthanasie doit rester interdite.

La deuxième tendance ne diffère de la première que par une nuance. Dans certains cas, tout à fait exceptionnels, le médecin peut se sentir obligé de hâter la mort d'un malade pour mettre fin à ses souffrances, mais cela doit rester une transgression et concerne exclusivement la conscience du médecin. La loi ne doit pas être modifiée. C'est la position défendue par de nombreux médecins (Léon Schwartzberg en est le représentant le plus connu) et par certains éthiciens catholiques qui font appel au principe du double effet.⁵ Le professeur F. Van Neste, juriste et jésuite, va plus loin. Il semble admettre que l'euthanasie est justifiable de façon moins exceptionnelle et propose une déclaration écrite (un formulaire ou un protocole) à remplir par le médecin à propos de toute décision médicale hâtant la mort (euthanasie active et passive), et qui devrait être examinée par le corps médical, l'euthanasie étant avant tout un "problème

⁴ A propos de l'éthique aux frontières de la vie. Une réflexion du Conseil général de l'Apostolat des Laïcs, Bruxelles, 1994.

⁵ P. Ph. Druet, *Vivre sa mort : une question de (bon) sens*, dans : Valeurs laïques, valeurs religieuses, Bruxelles, Editions de l'Université libre de Bruxelles, 1985, p. 99. J.-Fr. Malherbe, *Quelques remarques sur l'euthanasie : euthanasie ou soins palliatifs ?* Dans Ch. Suzanne (éd.), *L'euthanasie ou la mort assistée*, Bruxelles, De Boeck-Université, 1991, p. 34.

médico-éthique". Les droits du malade et du patient devraient cependant "être réglés légalement" (*wettelijk geregeld*).⁶

La troisième tendance veut faire de l'euthanasie active ou du "meurtre par pitié" un délit spécial, puni moins sévèrement que l'homicide volontaire et l'assassinat. Une telle disposition existe dans les lois de plusieurs pays (Pays-Bas, depuis 1891, Danemark, Islande, Norvège, Finlande, Suisse, Allemagne, Italie, Grèce, Uruguay, Colombie, etc.). Peu d'auteurs préconisent aujourd'hui cette solution, mais le juriste et professeur de théologie canadien Durand l'envisage favorablement.⁷

La quatrième tendance est celle de ceux qui préconisent la légalisation de l'aide médicale au suicide des malades incurables en phase terminale, mais pas de l'euthanasie. L'État d'Oregon a adopté une telle loi en 1994 à la suite d'un référendum, mais son application est suspendue par un recours devant une juridiction supérieure. Un groupe d'éminents médecins américains (*Wanzer et al.*)⁸ a publié dans le *NEJM* une déclaration en faveur d'une acceptation de l'aide médicale au suicide. Le code pénal suisse ne condamne l'aide au suicide que si elle est donnée dans un but intéressé. L'association pour le droit de mourir dans la dignité de Suisse alémanique (*Exit*) utilise cette disposition du code pénal pour apporter son aide aux malades incurables qui veulent se suicider et qui ne trouvent pas de médecin acceptant de les

aider. Un médecin membre de l'association, par exemple son président le professeur Schaer, se rend auprès du malade, l'examine, discute avec lui, avec sa famille et avec le confrère et, s'il est convaincu du bien-fondé de la demande, prescrit le médicament létal et assiste le patient jusqu'à la fin.

La cinquième tendance a pour fondements le respect du pluralisme, l'autonomie de l'individu, le droit à l'autodétermination et la liberté de choisir sa mort. C'est la position d'une quarantaine d'associations dans le monde, dont l'ADMD belge et *Recht op Waardig Sterven*. Ces associations préconisent de légiférer pour permettre, selon des modalités à discuter, l'euthanasie volontaire et l'aide médicale au suicide (dépenalisation ou décriminalisation). Un groupe de travail réuni à l'initiative du Service Laïque d'Aide aux Personnes (S.L.P.) défend la même opinion.⁹ La législation votée aux Pays-Bas en 1993 autorise *de facto* l'euthanasie volontaire à la demande de l'intéressé mais elle n'a pas touché à l'article 293 du Code pénal qui punit l'euthanasie d'une peine maximum de 14 ans de prison ou d'une amende. Certains, par exemple le Procureur de la Reine Josephus Jitta, et en particulier, l'Association nationale des médecins néerlandais (KNMG) et la Société néerlandaise pour l'euthanasie volontaire (NVVE), considèrent que les notions d'euthanasie et de criminalité doivent être complètement dissociées et réclament l'abolition de l'article 293 du code pénal.

⁶ F. Van Neste, Euthanasie uit de schemerzone, *Objectief gezondheid*, 1995, 8 : 8-9.

⁷ G. Durand, L'euthanasie : les rapports entre le droit et la morale, Dans : V. Boulanger et G. Durand, *L'euthanasie, problème de société*, Montréal, Fides, 1985, p. 51-73.

⁸ S.H. Wanzer *et al.*, The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. A second look, *New England Journal of Medicine*, 1989, 320 (13) : 844-849.

⁹ Une approche laïque de la vie finissante, *Outils de Réflexion*, n° 3, Bruxelles, 1996.

LA NÉCESSITÉ DE LÉGIFÉRER

(Le début de ce chapitre a été publié dans le bulletin n° 59 - mars 1996 - pages 2 à 6)

LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA LÉGALISATION

Nous ne reprendrons pas en détail les contre-arguments que nous avons développés dans ce qui précède. Contentons-nous de les résumer brièvement.

A cause de la loi répressive, des malades connaissent une fin de vie, en toutes circonstances, intolérable, qu'ils doivent la subir jusqu'au bout sans recevoir l'aide qu'ils demandent, qu'ils soient contraints à un suicide prématuré, voire inutile (par erreur), ou que des proches désespérés ne voient pas d'autre solution que de commettre un meurtre par pitié avec ses conséquences dramatiques.

Malgré la loi répressive, des médecins pratiquent l'euthanasie, mais, à cause du risque de poursuite, ils ne peuvent le faire que clandestinement, donc sans contrôle, sans concertation – parfois même sans demande du malade – et par des méthodes inadéquates (cocktails lytiques, par exemple). Ces euthanasies clandestines ne sont pratiquées que chez des malades agonisants, à la phase tout à fait ultime, à un moment où il est plus facile de les faire passer pour des morts naturelles. Malgré le recours final à l'acte létal, considéré donc comme moralement acceptable ou comme un moindre mal, elles n'ont pas empêché une période de souffrance très longue, qui aurait pu être évitée si le médecin avait pu agir sans se cacher.

Le recours à l'état de nécessité ou au cas de force majeure est humiliant pour le médecin et n'empêche pas une inculpation dont l'issue est incertaine et qui place le médecin dans une situation angoissante qui peut durer des années.

Les règles de la déontologie, si elles sont prises au pied de la lettre, sont aussi dissuasives que le code pénal. Une interprétation plus libérale a été évoquée par certains, mais elle n'a pas été précisée par le Conseil national de l'Ordre des médecins qui s'est refusé jusqu'ici à prendre une position clairement définie.

Les soins palliatifs peuvent apporter une aide appréciable aux mourants, mais ils connaissent des échecs et ne suppriment par toujours la demande d'euthanasie. Certains malades rejettent avec force l'idée que les soins palliatifs puissent leur être imposés et devenir un passage obligatoire pour avoir droit à une mort digne. Les soins palliatifs doivent être compris comme une attitude d'ouverture aux besoins du mourant, et non comme une arme idéologique contre la liberté de choisir sa mort.

La dépénalisation de l'euthanasie et la généralisation du testament de vie – de préférence rédigé en concertation avec le médecin traitant, et réactualisé avec son aide lorsque des situations nouvelles se présentent²⁶ – peuvent améliorer la qualité des relations médecins-malades et contribueront à restaurer la confiance et à donner une meilleure image du médecin.

L'argument selon lequel la légalisation de l'euthanasie volontaire déboucherait fatalement sur l'euthanasie imposée aux personnes les plus défavorisées et les plus vulnérables ne repose sur aucun fait. Nous pensons au contraire que la dépénalisation – assortie de moyens de contrôle stricts – loin d'entraîner les abus, hypothétiques, évoqués par le concept purement spéculatif de la pente glissante, diminuera les abus très réels engendrés par la législation actuelle : euthanasies refusées dans des situations où elle est pourtant considérée comme moralement acceptable par de nombreux médecins, par des juristes et par certains éthiciens, même catholiques ; euthanasies clandestines pratiquées dans des conditions inacceptables ; mise à mort par compassion de malades qui n'ont pas demandé à mourir. En dehors de toute hypothèse et de tout préjugé idéologique, une constatation objective doit faire réfléchir : "les Pays-Bas, qui mènent depuis toujours une politique libérale en matière de sexe, de contraception et d'avortement, connaissent le

²⁶ Par exemple, au moment où est posé un diagnostic de maladie grave, au moment où le médecin estime qu'il n'y a plus d'espoir de guérison ou au moment où il pense que le malade pourrait perdre la capacité de s'exprimer.

taux d'avortement le plus bas du monde" 27. Voilà qui dément formellement l'argument de la pente glissante, qui avait été utilisé contre la dépénalisation de l'IVG, comme il l'est aujourd'hui à propos de l'euthanasie. Ceci montre qu'une société démocratique, soucieuse de progrès social, tolérante et respectueuse du pluralisme, est capable de prendre des dispositions légales qui, à la fois, garantissent le maximum de libertés individuelles, et comportent des règles pour empêcher les abus.

Une modification du Code pénal est nécessaire parce qu'il n'existe plus, dans notre société, un consensus moral suffisant pour considérer l'euthanasie à la demande du malade comme un assassinat 28. Notre Code pénal, sur ce point, reflète une conception morale absolutiste qui n'est partagée que par une minorité de nos concitoyens et qui ne correspond plus à la réalité sociale d'aujourd'hui. La loi devrait désormais permettre l'expression du *pluralisme*, "un des grands traits caractéristiques du droit dans les sociétés occidentales modernes", selon le juriste et théologien G. Durand déjà cité, qui ajoute un peu plus loin : "Une bonne loi, une loi juste, c'est donc celle qui trouvera un équilibre entre moeurs et valeurs. C'est dire que la loi ne doit pas condamner tout ce qui est immoral, encore moins imposer tout ce que la morale exige, à plus forte raison tout ce qu'exige une morale particulière" 29.

Le principe de l'*autonomie de la personne*, c'est à dire la liberté de décider en fonction d'un choix délibéré, doit pouvoir s'exercer pleinement à propos de la fin de sa propre vie, en particulier pour un individu dont la mort est inéluctable et dont les souffrances sont insupportables. Dans une telle situation, les devoirs à l'égard de la société – qui limitent normalement l'autonomie – passent au second plan, et même s'effacent complètement. Les décisions des juges autorisant l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation par sonde de patients en état végétatif persistant (cas C. Conroy, N. Cruzan, T. Bland, Nancy B., etc.)

montrent qu'il en va de même pour l'euthanasie passive.³⁰ Les juges savaient que leurs sentences entraîneraient inéluctablement la mort en quelques jours de malades qui auraient pu être maintenus en vie pendant plusieurs années par un moyen aussi peu "extraordinaire" qu'une sonde gastrique. Le "meilleur intérêt" (*the best interests*) ou la volonté présumée du patient a eu la prééminence sur les devoirs à l'égard de la société et sur la défense de certaines valeurs importantes de cette société. Un malade qui demande que l'on abrège une vie qu'il ne supporte plus a-t-il plus de "devoirs" à l'égard de la société qu'un malade comateux ? Les "intérêts" d'un patient qui a perdu toute capacité de perception ont-ils plus d'importance que ceux d'un être conscient qui souffre au point de vouloir mourir ? Or, les normes légales actuelles (loi et jurisprudence), de façon paradoxale, avalisent l'idée que la mort peut être préférable à la vie pour un malade incapable de faire un choix (même s'il n'a pas fait connaître auparavant son opinion), mais rejettent cette idée pour un malade conscient qui manifeste clairement sa volonté de mourir. Dans les deux cas, une attitude généreuse et cohérente devrait placer les intérêts de l'individu au-dessus des exigences abstraites de la société. Notons qu'il en est ainsi, depuis longtemps, dans les cas de légitime défense, où la protection de la vie d'un individu innocent l'emporte sur l'interdit de l'homicide, sans que cette règle fondamentale de la vie en société en soit pour autant dépréciée.

Les partisans de la dépénalisation de l'euthanasie pensent essentiellement aux souffrances des mourants, mais il n'est pas déplacé de mentionner aussi, parmi les avantages d'une législation, la *protection légale du médecin*. La pratique de l'euthanasie est toujours une expérience douloureuse pour le médecin. Ne pas devoir se cacher comme un malfaiteur, pouvoir assumer la responsabilité de son acte et être prêt à en rendre compte devant ses pairs et devant la justice, constitue un soutien justifié pour celui qui a accepté de se mettre dans une situation pénible pour obéir à sa conscience.

27 Quatrième congrès de la European Society of Contraception (Barcelone, 12-15 juin 1996), *Le Journal du Médecin*, 6 septembre 1996, p. 25.

28 Voir l'enquête citée p. 5.

29 *Op. cit.*, p.6, note 7, p. 57 et 61 (souligné par nous).

30 J. Rachels, *The End of Life : Euthanasia and Morality*, Oxford University Press, 1986, p. 102-105. P. Singer, *Rethinking Life and Death*, Oxford University Press, 1995, p. 57-65. M. Rivet, *Chronique de jurisprudence canadienne*, *Journal international de bioéthique*, 1995, 6(3) : 240-242.

LES CONDITIONS A RESPECTER

Nous pensons qu'il est possible d'élaborer une loi qui définirait les conditions rigoureuses à respecter pour que l'euthanasie ne soit ni un délit ni un crime, et qui prévoirait les moyens d'en contrôler l'application. On peut tenter d'établir une liste de ces conditions en précisant l'objectif à atteindre et en tenant compte de l'expérience néerlandaise.³¹

L'objectif à atteindre est de *permettre que soit abrégée la vie d'un malade dont la souffrance est telle qu'il préfère la mort*. La forme passive est utilisée à dessein parce qu'elle ne présuppose pas la participation d'un tiers. La vie peut être abrégée par le patient lui-même ou par l'intervention du médecin. Le terme "préfère" est employé pour bien marquer que le patient demande la mort et qu'il s'agit d'un choix.

La première exigence est donc *la demande du malade*. Celle-ci doit être ferme et constante. Le médecin doit s'interroger sur les motivations réelles du malade et voir s'il ne s'agit pas d'un cri de détresse, d'un "appel au secours" auquel on pourrait répondre sans hâter la mort, par exemple par un accompagnement adéquat. Il doit aussi s'assurer que la demande n'est pas l'expression d'un état dépressif passager susceptible de traitement. Le médecin traitant, éventuellement en concertation avec les proches et un ministre des cultes si le malade le souhaite, est le mieux placé pour établir le caractère constant et le bien-fondé de la requête, ce qui implique évidemment que le patient soit parfaitement informé. Il doit être fait appel à un psychiatre ou à un psychologue s'il y a un doute quant à l'état psychique du patient. Les circonstances de la fin d'une vie peuvent être tellement variables qu'il ne nous paraît pas judicieux de fixer dans un texte légal un nombre minimum de demandes ou la durée imposée d'un délai.

L'état du malade est la deuxième condition à prendre en considération. Il doit être atteint d'une maladie incurable qui provoque des souffrances insupportables. Le caractère insupportable des souffrances ne peut être établi sur aucune base objective; le patient est seul à même d'en juger. C'est au médecin, par contre, d'établir qu'il n'y a aucun espoir raisonnable d'amélioration. Seule l'intensité de la souffrance doit entrer en ligne de compte, et non sa durée. Nous pensons, comme le

précise l'interprétation actuelle de la législation néerlandaise, que la maladie ne doit pas obligatoirement être au stade terminal. C'est le caractère irréversible et désespéré de la situation qui importe, et non la proximité de la mort naturelle. L'âge du sujet ne doit intervenir que dans la mesure où il conditionne le bien-fondé de la demande.

D'autres exigences concernent *l'agent*. L'euthanasie ne peut être admise que si elle est pratiquée par un médecin, de préférence le médecin traitant. Tout médecin a le droit de refuser de pratiquer l'euthanasie. Dans ce cas, il doit en avertir immédiatement le patient et l'adresser à un confrère disposé à acquiescer à sa demande.

La consultation d'un second médecin est obligatoire pour confirmer l'incurabilité de la maladie et le caractère irréversible de l'état du patient.

Le médecin doit utiliser une *méthode* qui provoque une mort non douloureuse et rapide.

La procédure de déclaration est un élément essentiel. Le médecin devra faire une déclaration de décès par euthanasie ou aide médicale au suicide. Le mode de déclaration³² et la façon dont celle-ci doit parvenir aux autorités judiciaires doivent être précisés dans la loi ou dans un arrêté d'application. Nous préconisons une procédure permettant un contrôle rétrospectif qui ne perturbe pas la relation médecin-malade à un moment où celle-ci doit être particulièrement préservée. L'immixtion des autorités judiciaires ou de la police serait tout à fait malencontreuse à ce moment. Il faut ici faire confiance à la conscience du médecin qui, par sa déclaration, engage sa responsabilité et est prêt à en rendre compte devant la justice.

La dépénalisation de l'euthanasie volontaire et de l'aide médicale au suicide est dès à présent indispensable pour mettre en harmonie les mœurs et le droit. Elle permettra d'éviter les abus engendrés par la sévérité excessive de la loi actuelle qui entraîne des morts par pitié, sans contrôle, ou laisse sans réponse les cris d'une souffrance insoutenable. Une législation permettant l'euthanasie volontaire ne contraindra personne, ni le malade, ni le médecin, mais chacun pourra choisir, selon sa conscience, sa force de résistance et ses convictions morales.

³¹ Bulletin de l'ADMD, n°48, mars 1993, p. 1-18. Y. Kenis, La législation sur l'euthanasie aux Pays-Bas, Journal des Tribunaux, 4 mars 1995, p. 176-177, P. Admiraal, Voluntary euthanasia : The Dutch way, dans S.A.M. McLean (ed.), Death, Dying and the Law, Aldershot, Dartmouth Publ. Cy, 1996, p. 113-127.

³² Un modèle du questionnaire auquel doivent répondre les médecins néerlandais est reproduit dans l'annexe A.

ANNEXE A

Déclaration à remplir par le médecin

A. Histoire de la maladie

1. Quelle était la nature de la maladie, sinon le diagnostic principal ?
2. Depuis quand le patient était-il atteint ?
3. Quelles interventions médicales (médicaments, thérapie, opération, etc.) ont-elles été entreprises ?
4. Qui étaient les médecins traitants. Où sont-ils joignables et quels étaient leurs diagnostics ?
5. La souffrance physique et/ou psychique était-elle si forte qu'elle pouvait être et était insupportable pour le patient ?
6. Le patient se trouvait-il dans une situation sans espoir aucun et son décès était-il inéluctable ?
 - a) La situation ultime du patient était-elle telle que l'on pouvait s'attendre, d'un point de vue médical, à un dépérissement continué du patient et/ou à l'aggravation continue d'une douleur déjà ressentie comme insupportable ?
 - b) Était-il prévisible que le patient ne serait plus en état de mourir dignement ?
 - c) Dans quel délai serait, selon vous, survenu le décès naturel du patient ?
7. Quelles possibilités avez-vous mises en œuvre, afin d'éviter que la souffrance puisse être ressentie comme insupportable par le patient (pouvait-on rendre la souffrance du patient plus supportable) et en avez-vous discuté avec le patient ?

B. La demande volontaire d'interruption de vie

1. La demande du patient a-t-elle été exprimée en toute liberté, formulée explicitement et en toute connaissance de cause :
 - a) sur la base de l'information adéquate fournie par vous quant au développement de la maladie et quant à la manière dont la vie serait interrompue et
 - b) après la discussion des possibilités mentionnées au point A 7.
2. Le cas échéant, quand et auprès de qui le patient a-t-il fait sa demande ? D'autres personnes étaient-elles présentes ?
3. Le patient a-t-il aussi fait connaître sa volonté par écrit ? Si oui, joindre cette déclaration au rapport.
4. Lorsqu'il a formulé sa demande, le patient était-il pleinement conscient de la portée de celle-ci ainsi que de sa situation physique ou psychique ? De quels éléments peut-on le déduire ?
5. Le patient a-t-il envisagé d'autres alternatives que l'euthanasie ? Si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi pas ?
6. Des tiers ont-ils exercé une quelconque influence sur la décision du patient et sur vous ? De quoi cela ressort-il ?

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

1. Quelle est la raison de l'inexistence d'une demande expresse du patient ?
2. A-t-on parlé, à un stade antérieur, avec le patient de l'interruption de la vie, et si oui, quelle était son opinion ?
3. S'est-on entretenu avec les proches de l'interruption de la vie : avec qui et quelle était leur opinion ? Dans le cas contraire, pourquoi pas ?

D. Consultation d'un confrère

1. Quel confrère (généraliste, spécialiste) a été consulté ? De qui s'agit-il ? Où est-il joignable ? (au cas où plusieurs médecins ont été consultés, indiquer leur nom et leurs coordonnées).
2. Quelles étaient les conclusions du ou des médecins consultés, en tout état de cause, à l'égard des points A6 et A7 ?
3. Ce ou ces médecins ont-ils examiné le patient ? Si oui, quand et où ? Sur la base de quels éléments a-t-il – ou ont-ils – tiré sa – ou leurs – conclusion(s) ?

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

1. Qui a procédé à l'interruption de la vie, et de quelle manière ?
2. Avait-on au préalable recueilli des informations sur la méthode à suivre, et, si oui, où et auprès de qui ?
3. La mort était-elle la suite logique à attendre de l'euthanasiant administré ?
4. Y avait-il des personnes présentes lors de l'administration et où sont-elles joignables ?

LES PROPOSITIONS DE LOI DÉPOSÉES AU PARLEMENT BELGE

(Les propositions de loi Moureaux, Bacquelaine et Boutmans ont été analysées dans notre bulletin n°59 - mars 1996)

La proposition de loi Hugo Coveliers

Cette proposition de loi vise à créer un cadre légal pour mettre un terme à l'insécurité juridique à propos de l'euthanasie et à élaborer parallèlement un système de soins palliatifs. Nous ne reprendrons dans cette note que les dispositions relatives à l'euthanasie.

Toute personne majeure ou mineure émancipée peut rédiger un testament de vie dans lequel il exprime les dispositions à prendre au moment où il sera établi qu'elle est atteinte d'une maladie incurable et qu'elle n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté, par exemple de lui administrer des euthanasiants et de mettre ainsi fin à sa vie. Le patient conscient, en phase terminale, peut demander par une déclaration écrite, que l'on mette fin à ses jours ou qu'on l'aide à se suicider. Il devra réitérer cette demande après un délai minimum de 24 heures. Le médecin consultera un confrère qui devra confirmer que le malade se trouve en phase terminale et que le décès est inéluctable dans un délai rapproché. Si le malade n'est plus en état de confirmer son testament de vie, les avis de deux confrères devront concorder avec celui du médecin traitant. Des dispositions spéciales sont prévues en cas de divergence d'opinion. Le médecin peut refuser mais il doit avertir le malade et adresser celui-ci à un confrère. Le Code pénal est modifié en y insérant les articles 417*bis* et 422*quater* rédigés comme suit : "Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables lorsque les faits ayant causé la mort ont été commis dans le respect des dispositions de la loi sur l'euthanasie et les soins palliatifs;"

Commentaires

Cette proposition de loi dépénalise explicitement l'euthanasie. On peut regretter qu'elle limite son application au malade en phase terminale, c'est-à-dire au patient souffrant "d'une maladie incurable qui provoquera son décès dans un délai rapproché", ce qui est à la fois trop vague et trop restrictif, excluant par exemple les patients en état végétatif persistant (qui peuvent être maintenus en vie pendant des années) et les malades souffrant d'une affection neurologique (p. ex. tétraplégie) dont l'évolution peut être longue. La proposition ne prévoit aucune procédure spécifique de déclaration. L'article 4 stipule seulement que le testament de vie ou le document actant la volonté du patient, la confirmation de ces documents et la confirmation du ou des médecins consultés, seront "versés au dossier médical". Elle précise qu'ils ne sont pas couverts par le secret médical, mais on voit mal comment, sans déclaration obligatoire, les autorités judiciaires pourront exercer un contrôle efficace et s'assurer, pour chaque cas, que les conditions exigées ont été effectivement respectées.

LE COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE

Dans notre bulletin n°60 de juin dernier, nous avions signalé les initiatives sénatoriales destinées à mettre à l'étude les diverses propositions de loi visant à créer un cadre légal à la pratique de l'euthanasie. A la suite de ces initiatives, le Comité consultatif de bioéthique créé en 1993 sur le plan national a été officiellement sollicité pour un avis sur ces propositions.

Il nous a donc paru utile, pour clarifier le rôle de ce Comité, de rappeler les principales dispositions qui en régissent la composition et le fonctionnement.

Créé en 1993 par un accord de coopération entre l'Etat belge, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone et la Commission communautaire commune, il n'a toutefois pu entrer en fonction qu'en 1996 après que ces diverses instances aient ratifié cet accord.

Composé de 35 membres nommés par arrêté royal, il comporte :

- a) seize personnalités issues des milieux universitaires, choisies sur une liste comprenant trois fois seize noms présentés par le Conseil interuniversitaire de la Communauté française d'une part et le Vlaamse Universitaire Raad d'autre part : parmi ces personnalités, huit sont issues des facultés des sciences et de médecine, dont cinq docteurs en médecine et deux sont titulaires d'un mandat permanent au Fonds national de la Recherche scientifique ; parmi ces personnalités, huit sont issues des facultés de droit, de philosophie et des sciences humaines ;
- b) six docteurs en médecine en activité dont la moitié sont omnipraticiens, choisis sur une liste comprenant trois fois six noms présentés par le Conseil national de l'Ordre des médecins, deux d'entre-eux faisant partie de l'Académie de médecine ;
- c) deux avocats choisis sur une liste comprenant trois fois deux noms présentés par le Conseil national de l'Ordre des avocats ;
- d) deux magistrats.

De plus, le Roi, les Exécutifs de la Communauté flamande et de la Communauté française et le Collège réuni visé à l'article 60 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux Institutions bruxelloises désignent chacun deux membres, et l'Exécutif de la Communauté

germanophone un membre qui, dans le cadre de leurs fonctions, sont concernés par les problèmes bioéthiques.

Participent également aux travaux du Comité avec voix consultative :

- un représentant du Ministre de la Justice ;
- un représentant du Ministre national ayant la Politique scientifique dans ses attributions ;
- un représentant du Ministre national ayant la Santé publique dans ses attributions ;
- un représentant de chacune des Communautés visées à l'article 3^{ter} de la Constitution et deux représentants de la Commission communautaire commune visée à l'article 60 de la loi de 12 janvier 1989 relative aux Institutions bruxelloises.

L'accord prévoit qu'il doit être veillé, dans la composition du Comité, à la représentation équilibrée des différentes tendances idéologiques et philosophiques ainsi qu'à la présence d'un nombre équilibré de membres féminins et masculins. Le Comité comprendra autant de membres d'expression française que de membres d'expression néerlandaise.

Les membres sont nommés pour un terme de quatre ans, renouvelable.

Le Comité élit en son sein 4 vice-présidents et se choisit parmi eux le président dont le mandat est d'un an.

La mission du Comité est définie comme une mission d'avis et d'information et la manière de remplir cette mission est précisée.

L'accord énumère les instances habilitées à saisir le Comité, lequel doit rendre son avis dans les six mois. Cet avis, qui peut être pris après examen des questions par des commissions restreintes constituées au sein du Comité mais qui peuvent faire appel à des experts extérieurs, doit reproduire les divers points de vue exprimés.

Le Comité consultatif de bioéthique est donc une institution centrale dont la mission n'interfère pas directement avec les comités locaux d'éthique hospitalière qui existent au sein de chaque hôpital ou de chaque groupe d'hôpitaux conformément à l'arrêté royal du 12 août 1994. Il va cependant de soi que les avis du Comité consultatif auront une influence sur les attitudes des comités locaux. D'autre part, les comités locaux font partie des instances autorisées à solliciter l'avis du Comité consultatif.

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
<u>SARAH</u> asbl (Promotion, coordination des équipes palliatives et formation en soins continus), rue Franklin Roosevelt, 26, 6041 Gosselies	071/37.49.32

Publié avec l'aide de la
COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE