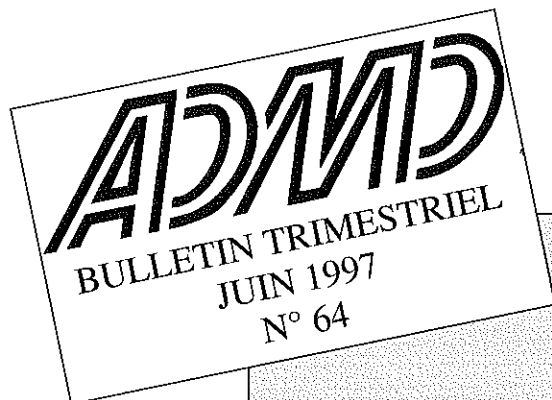


Belgique - België
P.P.
1050 Bruxelles 5
1/7203

Bureau de dépôt - Bruxelles 5



SOMMAIRE :

◆ Le billet du Président	1
◆ Avis n° 1 du Comité consultatif de Bioéthique concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie	3
◆ Interview du Docteur W. Distelmans	6
◆ Y a-t-il un fondement du droit à l'euthanasie	11
◆ Euthanasie et assistance au suicide Les développements juridiques et politiques aux Pays-Bas	13
◆ Nouvelles de l'ADMD	19
◆ En Belgique	23
◆ A l'étranger	25
◆ A nos membres	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. et Fax : 02/502.04.85
Entretiens sur rendez-vous. Compte bancaire : n° 210-0391178-29
Cotisation annuelle : isolé(e) : 500 frs - couple : 700 frs
(respectivement 700 et 1000 frs pour les membres résidant à l'étranger)

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
Pierre de Loch
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
Jacqueline Herremans, Vice-Présidente
Darius Razavi, Vice-Président
Janine Wytzman, Secrétaire générale

Membres :

Alain P. Couturier
Michèle del Carril
Marc Englert
Fabienne Gavray
Edouard Klein
Philippe Maassen
Wolrad Mattheiem
Monique Moreau
Maurice Opal
A.M. Staelens
Philippe Toussaint
Claudine Urbain
Georgette Werbrouck

La réalisation de ce bulletin a été rendue possible grâce à la collaboration de

**Madeleine Barna
Jean-Paul Goyens
Hélène et René O Keufgens
Georgette Werbrouck**

**pour les traductions.
Nous les en remercions très vivement**

Contacts pour la province :

- région de Liège : Mme Fabienne Gavray-Montenair, rue de Fraipont, 10
4141 Banneux - tél. 04/360 90 08
- région de Charleroi : Mme Berthe Génard-Debroux, Sixième avenue, 64
6001 Marcinelle - tél. 071/47 17 83

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

LE BILLET DU PRÉSIDENT

UN GRAND PAS EN AVANT

L'avis du Comité consultatif de bioéthique sur l'euthanasie constitue un grand pas en avant vers la reconnaissance du droit à une mort digne. Bien qu'il se défende de prendre formellement position en faveur de la légalisation de l'euthanasie, il exprime néanmoins l'opinion d'une large majorité de ses membres pour un changement de la législation. A part quelques irréductibles partisans du statu quo, les conseillers estiment que la situation actuelle n'est plus acceptable. L'euthanasie a cessé d'être un tabou. La mort ne fait plus peur et ne peut plus être utilisée comme un moyen de clore toute discussion avant même qu'elle ait été engagée. La Libre Belgique du 15 mars 1997 titrait : *La nécessité d'une législation sur l'euthanasie*, et Le Soir du même jour : *Sortir l'euthanasie de la clandestinité*. Cela résume bien la thèse que nous défendons depuis la création de l'ADMD. Après un tel avis, il sera difficile d'éviter un véritable débat.

Les quatre solutions présentées par le Comité exposent avec objectivité les thèses en présence. Les esprits pessimistes pourraient toutefois penser que la façon de présenter les solutions possibles cache mal (donc révèle) le désir de certains d'éviter à tout prix une dépénalisation de l'euthanasie volontaire. En présentant la position que nous défendons et le maintien du statu quo comme les deux opinions extrêmes, on tend à privilégier les deux positions médianes et à faire considérer celles-ci comme les plus "raisonnables" et susceptibles de conduire à un consensus, éliminant ainsi sans réelle discussion la thèse en faveur de la dépénalisation. La majorité des membres du Comité semble préférer la troisième thèse, c'est-à-dire, le maintien de l'interdiction de l'euthanasie par le Code pénal, tout en définissant une *procédure* de décision a priori, permettant l'euthanasie dans certaines conditions. Signalons tout d'abord que la dépénalisation n'est pas une "libéralisation pure et simple de l'euthanasie", comme l'ont erronément présentée certains journaux. Les propositions de loi qui reflètent plus ou moins la position des associations pour le droit de mourir dans la dignité définissent toutes, en détail, les conditions qui doivent être obligatoirement observées pour que l'acte euthanasique ne soit pas considéré comme un homicide volontaire. La troisième position présente, à nos

yeux, deux défauts majeurs. En introduisant la notion d'une *décision* prise par un collègue, elle va à l'encontre d'un point essentiel de notre philosophie : la décision ne peut venir que de l'intéressé lui-même. Conditionner l'acceptation de l'euthanasie à un avis positif de la famille, d'un comité d'éthique, de médecins et du personnel soignant nous paraît inacceptable. L'accord du médecin d'accomplir l'acte est évidemment indispensable. L'avis de la famille, des soignants ou d'éthiciens ne peut intervenir que pour aider le patient à prendre *sa* décision. Celle-ci ne peut pas être contrecarrée par un veto. L'avis d'un second médecin doit être pris, non pour "autoriser" l'acte, mais pour confirmer l'incurabilité de l'affection et l'absence d'un état dépressif pathologique qui empêcherait le malade de prendre une décision raisonnable. Le second défaut de cette proposition est l'introduction d'une procédure a priori, ce qui aurait pour résultat de ruiner le "colloque singulier" entre le patient et son médecin, à un moment où il est particulièrement indiqué.

Quoi qu'il en soit, le travail du Comité de bioéthique nous paraît globalement positif et tranche heureusement avec l'attitude grossièrement négative de certains "porte-parole" de médecins, tel le docteur Einhorn, rédacteur en chef du Journal du Médecin, qui, récemment encore, "vouait aux gémonies toute tentative de légalisation de l'euthanasie" ou le président suppléant du Conseil national de l'Ordre des médecins qui rappelle, sans commentaire, que l'article 95 du code de déontologie "se prononce sans ambiguïté contre une telle éventualité" (l'euthanasie à la demande du malade).

AVIS N° 1 DU COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE CONCERNANT L'OPPORTUNITÉ D'UN RÈGLEMENT LÉGAL DE L'EUTHANASIE

(Avis rendu le 12 mai 1997)

I. Demandes d'avis introduites par les Présidents de la Chambre et du Sénat concernant la question de l'opportunité d'un règlement légal de l'interruption de la vie à la demande des malades incurables ("euthanasie"); les soins palliatifs; la déclaration relative au traitement et du "testament de vie" y compris les aspects éthiques, sociaux et juridiques; et en particulier les propositions de loi actuellement pendantes en la matière.

Pour réduire la saisine à un objet suffisamment délimité, le Comité s'est borné, dans un premier temps, à la question de l'opportunité d'une intervention législative en matière d'euthanasie.

Les membres s'accordent sur la définition suivante de l'euthanasie: "*acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci*". Partant de cette définition, les membres décident de limiter provisoirement leurs débats aux cas où la situation du malade est sans issue, et où l'acte est pratiqué par un médecin. De plus, l'accent mis dans la définition sur l'intention de mettre fin à la vie, impose de distinguer l'euthanasie proprement dite d'autres actes posés par un médecin tels que l'administration de calmants ou d'analgésiques qui entraînent le risque d'abrégier la vie, ou l'arrêt de traitements médicaux vains. Enfin, les membres ont estimé que dans un premier temps, le présent avis devait se limiter au cas des malades capables d'exprimer leur volonté, réservant pour l'avenir la question plus difficile des patients incapables d'exprimer leur volonté. Les membres réservent également pour l'avenir les questions qui concernent ce qu'on appelle communément le "testament de vie".

Il est nécessaire, au sujet de l'euthanasie, de distinguer deux questions de nature sensiblement différente: la question proprement éthique de sa légitimité morale, et la question juridique de

l'opportunité d'une modification législative à son sujet.

(Voir le Rapport général, partie I et partie II, A).

II. Face à la question "*l'acte euthanasique est-il un acte moralement et éthiquement acceptable?*", des divergences irréductibles apparaissent. Pour certains, l'euthanasie est justifiée sur le plan moral dans le cas où se conjuguent une situation médicalement sans issue, une souffrance intense et le droit élémentaire de tout homme à l'autonomie. Pour d'autres, par contre, elle demeure par principe un acte moralement inacceptable qui porte atteinte à la valeur intangible de la vie d'autrui, et qu'ils considèrent comme un déni de responsabilité du médecin envers la vie de ses malades. Pour d'autres encore, le recours à l'euthanasie peut se justifier d'un point de vue éthique, mais seulement à titre exceptionnel, dans certaines situations extrêmes, et pour autant que la décision fasse l'objet d'un débat éthique.

La discussion au sujet de la justification éthique de l'euthanasie a conduit à un débat plus large sur les valeurs impliquées lors de toute situation de vie finissante. Certains membres ont fait valoir qu'avant d'envisager pour le malade en fin de vie la solution euthanasique, il convenait d'accorder la priorité à la confiance du malade envers le médecin, à la qualité des soins et au lien d'intersubjectivité entre le malade (et les familles) et l'ensemble du personnel soignant - trois éléments qui contribuent à la *qualité de la vie*. Les défenseurs de l'euthanasie objectent que leur conception de la qualité de la vie, qui est davantage centrée sur le vécu subjectif du patient, inclut l'éventualité de donner la mort à celui-ci s'il en fait la demande. Des solutions telles que les soins palliatifs ne peuvent répondre, à leurs yeux, à toutes les situations en fin de vie.

(Voir le Rapport général, partie II, B et C).

III. À la question “*est-il opportun de légiférer en matière d'euthanasie ?*”, la discussion a fait ressortir quatre propositions distinctes. L'ordre de présentation est purement arbitraire, et n'indique aucune préférence.

1. Une modification législative dépenalisant l'euthanasie

La première proposition envisagée est une modification législative dépenalisant l'euthanasie. Elle se fonde sur l'idée que la loi, dans une société démocratique, ne peut interdire un acte qui ne constitue pas un danger, au moins potentiel, pour autrui ou pour la société. La loi doit garantir explicitement le droit de tout individu de disposer de lui-même, de sa vie, et de vivre selon ses convictions propres, dans le respect de celles des autres.

Une dépenalisation de l'euthanasie aurait l'avantage de garantir au médecin un espace de sécurité juridique sans équivoque. De plus, elle permet une véritable relation de confiance du patient avec son médecin. Enfin, une loi définirait clairement les conditions à respecter pour que l'acte de donner la mort à un malade ne soit pas un crime (l'une de ces conditions étant que l'acte soit posé par un médecin).

2. Une régulation “procédurale” a posteriori de l'euthanasie décidée en colloque singulier

La deuxième proposition envisagée est une régulation “procédurale” *a posteriori* de l'euthanasie décidée en colloque singulier. Elle s'aligne sur le modèle hollandais qui propose un maintien symbolique de l'interdit pénal de l'euthanasie, tout en définissant les conditions dans lesquelles le médecin pratiquant l'euthanasie pourra être considéré, d'un point de vue juridique, en “état de nécessité”. Ces conditions sont les suivantes : le malade doit être en situation de souffrance insupportable ou l'éprouver comme telle ; sa demande doit être réfléchie et durable ; la décision euthanasique ne peut être acceptée et mise en oeuvre que par un médecin ; celui-ci doit avoir consulté un autre médecin ; il doit informer de sa décision les proches et le personnel soignant ; il doit prévoir la substance appropriée pour administrer la mort.

Cette procédure repose sur le colloque singulier du malade avec son médecin. Elle n'impose d'associer à la décision euthanasique ni l'équipe soignante, ni la famille ni le Comité d'éthique local. La régulation sociale est ici *a posteriori*, à travers un formulaire spécifique que le médecin est tenu de remplir et de communiquer aux instances juridiques via un médecin légiste.

3. Une régulation “procédurale” a priori des décisions médicales les plus importantes concernant la fin de vie, y compris l'euthanasie, après consultation collégiale

La troisième proposition envisagée est une régulation “procédurale” *a priori* des décisions médicales les plus importantes concernant la fin de vie, y compris l'euthanasie, après consultation collégiale. Elle part de l'idée que le problème de l'euthanasie ne peut être isolé d'un contexte plus large : celui de l'ensemble des décisions médicales prises à l'égard du malade en fin de vie, et du traitement plus humain de tous les patients qui se trouvent dans cette situation. Cette position insiste sur le développement empirique de l'éthique médicale qui prend en compte la singularité de chaque cas et ne peut se soumettre à la rigueur d'une loi positive.

La proposition est de rendre légalement obligatoires des procédures pour un certain nombre de décisions médicales concernant la fin de vie. Une de ces procédures concerne la décision à prendre en cas de demande d'euthanasie. Dans le contexte d'une approche procédurale de l'assistance en fin de vie, la responsabilité décisionnelle se partage entre le patient et le médecin traitant, après concertation avec le personnel infirmier et la famille. Cette solution exige, pour toute procédure, un débat éthique au sein de l'équipe soignante, et garantit pour la procédure d'euthanasie en particulier, la participation au débat éthique d'une tierce personne (non-médecin) désignée par le Comité d'éthique local ainsi qu'un contrôle social (éventuellement judiciaire) de l'acte euthanasique. Cette proposition garantit au médecin une certaine sécurité juridique, dans la mesure où la décision prise après consultation atteste qu'au moment de l'acte euthanasique, il se trouvait juridiquement en “état de nécessité”.

4. Le maintien pur et simple de l'interdit légal contre l'euthanasie

La quatrième proposition envisagée est le maintien pur et simple de l'interdit légal contre l'euthanasie. Elle exprime une volonté de maintenir le *statu quo*, c'est-à-dire l'interdiction en toute circonstance de la pratique de l'euthanasie, afin de ne pas porter atteinte à la valeur éminente de la vie comme support naturel de tous les autres droits de la personne. Les institutions légales et médicales doivent faire primer le droit de vivre en cherchant à soulager les souffrances par d'autres voies que l'homicide (notamment par les soins palliatifs, auxquels tous les intervenants devraient être formés).

À toute idée de procédure, les partisans de cette position objectent :

1. le risque que la procéduralisation de l'euthanasie ne soit que l'antichambre d'une dépenalisation dont ils ne veulent pas ;

2. L'impossibilité d'invoquer l'état de nécessité qui appelle la comparaison objective de deux devoirs, alors que l'appréciation de la souffrance morale du patient est essentiellement subjective ;

3. la reconnaissance désormais officielle d'un pouvoir démesuré de vie et de mort du médecin sur le patient ;

4. l'angoisse du mourant à qui il revient de décider lui-même de sa propre disparition, et les pressions implicites de l'entourage quant à une telle décision.

IV. L'examen de la proposition n° 3 a permis un rapprochement entre plusieurs adversaires et partisans de l'interdit de l'euthanasie. La discussion en commission restreinte a ainsi été marquée par une dynamique privilégiant l'examen de cette proposition.

Les deux propositions n° 2 et 3 ont en commun de maintenir l'interdit légal du meurtre tel qu'il existe actuellement, tout en rendant légalement possible sous certaines conditions le processus

euthanasique. Mais elles divergent en plusieurs points, dont le plus important est de savoir si l'euthanasie nécessite ou non, entre le médecin et le malade, l'intervention d'une instance indépendante de ceux-ci. Selon les partisans de la proposition n° 3, cette tierce instance est indispensable pour éviter l'arbitraire médical, et objectiver l'état de nécessité. Pour les partisans de la proposition n° 2, à l'opposé, la décision euthanasique ne peut être que le résultat du colloque singulier du malade avec son médecin, afin de préserver les valeurs d'autonomie et de dialogue. Il faut souligner aussi que quelques membres au sein de la Commission restreinte 96/3 ont déclaré ne pas pouvoir se rallier à l'une ou l'autre de ces propositions.

En conclusion, le Comité estime ne pas pouvoir et ne pas devoir trancher dans un débat où les orientations éthiques et les conceptions de la vie et de la mort divergent. Toutefois, et bien que certains membres continuent de rejeter toute forme (même "procédurale") et licéité du geste euthanasique, le Comité constate que de nombreux membres ont pu, par delà les divergences à première vue irréductibles qui les séparaient, rapprocher leurs points de vue, ce qui laisse présager, selon eux, qu'il doit être possible d'arriver à une solution pratique au problème de l'euthanasie.

Quelques membres sont d'avis que, quelque soit la proposition retenue, la réponse à la question de l'opportunité d'une réglementation légale de l'euthanasie ne peut en aucun cas être dissociée d'une réglementation légale prévoyant les garanties d'une constatation et déclaration du décès par une autorité compétente et indépendante.

En tout état de cause, le Comité tout entier engage les autorités à susciter, sur cette question, un large débat démocratique entre les principaux acteurs concernés, et plus largement, entre tous les citoyens.

L'avis a été préparé en commission restreinte 96/3 constituée par Mmes Ch. Aubry, M. Roelandt et B. Wouters ; Messieurs L. Cassiers (co-président à partir du 20.01.97), P.-Ph. Druet (co-président décédé le 20.1.97), E. Delruelle (co-rapporteur), X. Dijon, Y. Englert (membre du Bureau), Y. Gallois, R.J. Kahn (décédé le 17.09.96), J. Messine, P. Schotsmans, F. Van Neste (co-rapporteur), H. Van den Enden (co-président jusqu'au 04.09.96), E. Vermeersch (co-président à partir du 04.09.96) et J. Vermeulen.

Experts extérieurs adjoints à la commission ; Ch. Deckers et W. Distelmans. Experts extérieurs auditionnés : Dr De Buysser (Soeur Léontine), Messieurs J. Jitta et Y. Kenis.

INTERVIEW DU DOCTEUR W. DISTELMANS

Nous donnons ci-après, en traduction libre, le texte d'une interview du Dr Wim Distelmans, oncologue, responsable à l'Hôpital universitaire de la VUB du département des soins palliatifs et membre du Comité consultatif de bioéthique.

*Magazine Humo, 28 mars 1997
(Dossier Euthanasie)*

Lorsque le Dr Distelmans s'exprime au sujet de l'euthanasie, il n'engage que lui-même, sachant bien que ses opinions sont assez radicales et qu'elles ne sont pas partagées par tous. Chez lui convergent un très grand nombre de patients qui désirent mettre un terme à leur vie et qui ont appris par les médias que les problèmes d'euthanasie peuvent être sereinement abordés en sa présence. Bien souvent, ils font appel à lui après avoir consulté de nombreux médecins, qui ont refusé de les aider.

Le Dr Distelmans est un homme de haute stature, à l'aspect vigoureux ; fort comme la mort, pourrait-on dire, qualité bien nécessaire dans sa confrontation quotidienne à la camarde.

Humo nous apprend d'abord qu'une enquête récente du magazine professionnel "de Huisarts" révèle qu'environ un médecin sur deux reçoit à l'occasion une demande d'euthanasie active. 43 % d'entre eux refusent, 42 % veulent bien envisager la question. L'euthanasie est donc devenue une pratique courante.

Humo : Quel est le nombre annuel approximatif de demandes d'euthanasie en Belgique ?

Dr D. : Ce nombre est assez facile à évaluer. Aux Pays-Bas, où l'on possède des chiffres précis, 3200 demandes d'euthanasie sont acceptées annuellement. Cela représente environ 3 % des morts naturelles. Si l'on extrapole ce chiffre à la Belgique – et il n'y a aucune raison de penser que la demande serait moins grande dans notre pays – on obtient 2000 demandes d'euthanasie. Il se pourrait que ce chiffre augmente dans le futur.

L'euthanasie n'est plus tabou ; les gens sont mieux informés et hésitent moins à exprimer leurs besoins réels et personnels. Ils veulent maîtriser un choix qui est capital quand la vie a perdu toute raison d'être. Cette attitude est symptomatique de notre société postmoderne.

Humo : Quelle influence l'église catholique joue-t-elle encore ? L'euthanasie est formellement interdite par le Pape.

Dr D. : Je reçois de nombreuses demandes d'euthanasie de la part de patients catholiques. Ils m'appellent parfois d'une autre clinique : "Je suis parfaitement soigné ici, mais ma situation est sans issue : je veux mourir". Par parenthèse : pour un grand nombre de médecins catholiques l'euthanasie est devenue un sujet abordable, mais ils la pratiquent en toute discrétion, à l'insu de la direction de l'hôpital et ce, uniquement pour aider leurs patients. Le professeur Kuitert, un théologien amstellodamois, a dit un jour : "La vie est un don de Dieu, mais si vous pensez qu'elle n'est plus un cadeau, vous pouvez le rendre sans crainte". Je trouve cela une parole intelligente.

Humo : Comment procède-t-on en Belgique ?

Dr D. : La question est le plus souvent posée par des personnes souffrant du cancer ou du sida, deux maladies qui mènent à un processus de dépérissement épuisant. La douleur peut être plus ou moins contrôlée grâce aux soins palliatifs, mais à un certain moment des malades vous disent : "Je suis grabataire, très affaibli et totalement dépendant d'autres personnes : je n'ai plus aucune qualité de vie, je veux tout arrêter". La famille est évidemment consultée. Dans un certain nombre de cas, la famille a déjà longuement discuté de la demande d'euthanasie et a marqué son accord, mais il arrive que l'épouse ou la fille soient très réticentes. J'attire alors l'attention du patient sur ce fait. La plupart du temps il parvient à convaincre son entourage ; après tout, il s'agit de sa vie. Le problème est discuté tout à fait ouvertement dans la chambre d'hôpital du patient, mais hors de celle-ci la discrétion est de rigueur.

Humo : Il me semble qu'il doit être plus agréable

de vivre ses derniers moments dans un environnement familial que dans un lit d'hôpital anonyme.

Dr D. : En effet. L'idéal serait plutôt que le médecin de famille pratique l'euthanasie au domicile du malade. D'ailleurs certains médecins le font, mais dans un village ou un quartier où tout le monde se connaît, cela n'est pas si facile. Les voisins s'aperçoivent que le médecin visite le malade le soir et que le lendemain celui-ci est décédé. Les ragots commencent ... C'est pourquoi il arrive que des familles me téléphonent et me demandent d'hospitaliser leur patient. Certains patients m'appellent directement car ils savent que la question de l'euthanasie ne peut être abordée avec leur médecin de famille. Je trouve cela regrettable, mais c'est la conséquence d'une situation légale imprécise. L'euthanasie est donc pratiquée en Belgique le plus souvent dans l'anonymat d'un hôpital.

Humo : La loi néerlandaise sur l'euthanasie oblige le médecin à toujours consulter un confrère. Le faites-vous aussi ?

Dr D. (après réflexion) : Le fait que je réfléchisse aussi longtemps à votre question indique que je ne le fais pas toujours. Je travaille avec une équipe de soignants appartenant à diverses disciplines, que je connais bien et en qui j'ai confiance. Chaque demande est discutée en profondeur par notre équipe et appréhendée sous des angles divers. Il me semble que c'est une garantie suffisante. Les adversaires de l'euthanasie disent qu'un patient en phase terminale est dépressif et ne peut donc juger la situation de manière équilibrée. Je ne suis pas d'accord. Il y a des patients qui savent faire sereinement un bilan et vous expliquer clairement pourquoi ils veulent mourir. En tant que médecin on voit rapidement si une demande est fondée ou non.

Humo : Vous n'accédez donc pas à chaque demande ?

Dr D. : Même quand une demande d'euthanasie est fondée, un médecin se doit de juger en âme et conscience s'il peut l'accepter. (...)

Humo : Une étude montre que plus on est instruit, plus on a de chance de convaincre le médecin.

Dr D. : Je crois que cela est vrai. Celui ou celle qui s'exprime mieux a assurément un avantage.

Une raison de plus pour régler l'euthanasie de façon légale : tout le monde a ainsi les mêmes chances. Les universitaires trouvent pratiquement toujours un médecin qui accepte de les aider. Il y a quelques années on pratiquait le "tourisme d'avortement" vers les Pays-Bas ; aujourd'hui il y a "la quête d'euthanasie" ; sur petite échelle – car le lien de confiance entre le patient et le médecin est très important – mais je connais des gens qui ont réussi à obtenir ce qu'ils voulaient.

Humo : Le droit pénal belge assimile encore toujours l'euthanasie à un homicide avec préméditation. N'avez-vous jamais de problèmes avec la justice ?

Dr D. : Non. Des politiciens et des magistrats me disent souvent qu'ils ne désirent pas retomber dans des situations douloureuses telles qu'on les a connues lors des procès pour avortement. Mais la situation reste difficile. Je vous donne un exemple. Un médecin de famille reçoit une demande d'euthanasie, soutenue par toute la famille, mais un ami du patient se rend compte plus tard qu'il n'est pas mentionné dans le testament et, furieux, il dépose plainte auprès du tribunal. Dès ce moment, un procès-verbal doit être établi. A ce jour cependant aucun procès n'a été intenté pour euthanasie.

Humo : Le Ministre de la Santé publique Marcel Colla a jeté un pavé dans la mare l'année passée lorsqu'il a avoué avoir laissé pratiquer l'euthanasie sur sa mère et qu'il est donc, légalement, un assassin. Le Dr Wynen a aussitôt porté plainte, mais celle-ci resta sans suite.

Dr D. : La mort de la mère du Ministre Colla n'a **absolument** rien à voir avec l'euthanasie. Le hasard veut que je connaisse le médecin traitant : il a uniquement agi en toute correction médicale. Parce que la mère de M. Colla souffrait terriblement, le médecin a augmenté la dose des analgésiques. Cette grande quantité d'anti-douleurs a amené l'inconscience, suivie du coma, suivi de la mort. Ceci fait partie de la pratique courante de la médecine : il est impensable de laisser quelqu'un dans des souffrances insupportables, ne trouvez-vous pas ? Toute la discussion autour du cas Colla n'avaient en fait rien à voir avec la question. Au cours de cette période, j'ai quelque fois participé à des

discussions avec le Ministre Colla et ce dernier a d'ailleurs admis qu'il n'avait voulu que relancer et stimuler le débat.

Le problème est que de très nombreuses personnes ne savent pas de quoi elles parlent. Il n'y a euthanasie que si la mort est donnée à la demande expresse du patient, mais la mère de M. Colla n'a jamais formulé cette demande. Je l'ai expliqué à maintes reprises au cours de mes conférences : on ne peut pas pratiquer l'euthanasie sur sa mère comateuse ou démente ; dans de pareils cas, il s'agit de terminer une vie, sans demande de l'intéressé. C'est un tout autre débat.

Humo : Qu'un Ministre de la Santé ne sache pas ce qu'est l'euthanasie est étrange, mais que le porte-parole des médecins fasse la même erreur est tout simplement honteux.

Dr D. (indigné) : Le Dr Wynen et son homologue flamand le Dr Malfliet se réfèrent à chaque fois aux Nazis. Restons sérieux. Ce que Hitler faisait était le meurtre systématique, à leur insu, de patients psychiatriques, d'enfants difformes, de Tziganes, de Juifs. Je suppose que Wynen et Malfliet savent qu'il s'agit de deux concepts totalement différents, mais ils préfèrent polémiquer à coups de slogans. Ils sont d'avis qu'un médecin ne peut jamais, sous aucune condition, répondre à une demande d'euthanasie du patient. Le médecin doit décider lui-même de ce qu'il convient de faire ; le patient n'a pas voix au chapitre. Le médecin dans le rôle de Dieu le Père : c'est ainsi que nous avons été formés ... Ajoutons que très nombreux sont ceux pour qui l'euthanasie est inadmissible mais qui acceptent parfaitement de mettre fin à une vie sans la moindre sollicitation.

J'ai connu un patient allemand de 45 ans, père de trois enfants, qui souffrait d'une terrible maladie. "Lorsque la douleur deviendra insupportable, j'aimerais bénéficier d'une euthanasie" me dit-il. L'idée qu'il pourrait décrocher lorsque l'horreur deviendrait trop grande, l'apaisait. Il arrive souvent que des patients puisent des forces nouvelles dans cette assurance. Dans bien des cas, la demande d'euthanasie prolonge la vie et ne la **raccourcit pas**, aussi étrange que cela puisse paraître. Le patient allemand a eu la malchance d'être soigné à domicile par un médecin

généraliste maîtrisant très mal les soins palliatifs. Lorsque sa situation s'aggrava et que sa tumeur se mit à saigner, le médecin paniqua. Sans consulter le malade ou sa famille, il augmenta graduellement les doses de morphine. Le patient se sentait glisser progressivement dans la mort, sans qu'il l'ait demandé. Il ne pouvait plus protester car il était incapable de parler ou d'écrire. Imaginez son état d'esprit au cours de ses derniers jours. Et ceci n'est pas un cas isolé : je pourrais vous raconter maintes histoires similaires.

Humo : La mort est donc imposée plus souvent qu'elle ne répond à une demande d'euthanasie ?

Dr D. : Bien évidemment. Dans tous les hôpitaux, à peu près chaque jour, des baxters mortels sont administrés à des patients, sans consulter l'intéressé et sa famille. Attention : le médecin agit la plupart du temps en toute bonne foi. (Cynique) : N'est-il pas le mieux placé pour savoir ce qui convient à autrui ? (A nouveau sérieux) : Il est urgent que nous nous débarrassions de cette attitude paternaliste et humiliante. Le CVP refuse toute loi autorisant l'euthanasie. Il pense que les médecins doivent régler ce problème via leur code déontologique. Je suis contre. Je n'ai pas confiance en nous, les médecins. Qui sommes-nous pour juger d'une vie et en disposer ? Ma définition d'une vie valant la peine d'être vécue n'est pas la vôtre. Je trouve que cette manière de faire représente un bien plus grand problème que l'euthanasie. Parfois j'entends des confrères qui disent : "La vie de ce patient n'a plus de raison d'être. Ne ferions-nous pas bien de le mettre sous perfusion afin qu'il glisse doucement dans la mort ?" Je refuse de participer à ces pratiques. Il est bien possible que ce patient trouve que sa vie en vaut la peine et peut-être pourrait-il, moyennant une médication anti-douleurs spécialisée, résister encore quelques mois dans des circonstances acceptables.

Humo : Une question pratique : à quoi reconnaît-on un baxter mortel ?

Dr D. : Il ressemble à n'importe quelle autre perfusion, à une exception près : il n'y a pas d'étiquette spécifiant son contenu. Le baxter est généralement rempli de morphine combinée à un

neuroleptique et un antihistaminique. Le malade tombe dans le coma et la mort intervient quelques jours plus tard. "Tout doucement". Cela est important : le docteur peut alors affirmer qu'il a combattu la douleur mais qu'il n'a pas donné la mort, ce qui est d'ailleurs incontrôlable pour un non-initié. Ces pratiques ne seront pas abandonnées suite à un simple changement de la loi, mais une modification légale pourrait assurément contribuer à un nécessaire changement des mentalités.

Humo : Le Sénat va bientôt débattre du problème de l'euthanasie. Obtiendra-t-on des résultats concrets à court terme ?

Dr D. : Non. Le Comité consultatif de bioéthique réfléchit depuis un certain temps sur la question de l'euthanasie et tous les partis voudraient engager le débat, sauf le CVP qui bloque la discussion. L'accord gouvernemental prévoit d'ailleurs que ce sujet ne peut être abordé. Voilà la situation actuelle. J'ajoute cependant qu'un changement s'annonce. Certains milieux catholiques font preuve d'un peu plus de souplesse. Le professeur Schotsman de la KU Leuven est d'avis qu'on peut débrancher le respirateur après trois à six semaines d'un coma profond. Ceci correspond à donner la mort sans qu'il y ait une demande. Et Soeur Léontine écrit dans son livre "Waarom nog euthanasie ?" ("L'euthanasie est-elle encore nécessaire ?") qu'elle peut comprendre qu'un patient choisisse une mort plus rapide. Ce sont des petits pas dans la bonne direction.

Humo : Mais Soeur Léontine estime qu'un malade ne peut pas importuner le médecin avec une demande d'euthanasie. S'il en a assez de vivre, il n'a qu'à se suicider. Avec du cyanure, ça marche toujours, dit-elle dans une interview donnée au Standaard.

Dr D. : Je puis difficilement croire que c'est là ce qu'elle a voulu dire. Le cyanure est horrible : il provoque de terribles crampes intestinales et j'en passe. Moi je plaide pour une mort douce. Rendez-vous compte : vous êtes grabataire, totalement affaibli, incapable de manger. Vous pouvez à peine bouger, mais vous devriez vous administrer vous-même une capsule de cyanure. Techniquement cela est souvent impossible. Et je n'envisage même pas le côté psychologique d'une

telle démarche. S'attend-on à ce que la famille donne un coup de pouce ?

Avant la légalisation de l'avortement, c'étaient les faiseuses d'anges qui assumaient l'ouvrage, avec de la savonnée et une aiguille à tricoter. Pour l'euthanasie, nous en sommes encore là. Des médecins qui, après des demandes répétées, acceptent de pratiquer une euthanasie ne savent bien souvent pas comment procéder avec efficacité et de manière indolore. Ce qui engendre parfois des situations hallucinantes. Tel médecin m'appelle dans ce cas, tout paniqué : "Je donne piqûre sur piqûre, mais le patient ne meurt toujours pas" ou "Le malade a repris connaissance et je ne parviens pas à trouver sa veine. Que dois-je faire ? Toute la famille est autour du lit". Quelle misère ! C'est une catastrophe pour le malade mais aussi pour sa famille. Comme celle-ci fera-t-elle son deuil ? Et elle ne peut en parler à personne, car ce qu'elle a fait est illégal.

Humo : Comment peut-on donner la mort d'une façon "correcte et indolore" ?

Dr D. : On administre généralement un somnifère très puissant qui plonge immédiatement le patient dans un coma profond suivi de la mort : une solution parfaitement indolore et sans problèmes. Si le malade veut agir lui-même, cela est possible, mais ce n'est certainement pas la voie la plus facile. Les pilules-suicide ne sont souvent pas tolérées par l'estomac et le patient vomit sans qu'elles aient pu agir. La famille vous découvre le lendemain, à moitié inconscient et baignant dans votre vomi. Je trouve cela navrant.

En Australie, on emploie un ordinateur : en appuyant trois fois sur une certaine touche, vous recevez un produit mortel, par perfusion. Mais que se passe-t-il si vous êtes paralysé ? Une autre personne doit alors guider votre doigt vers le clavier et appuyer. Vous le voyez : cette méthode est loin d'être idéale.

Humo : Le chef d'un centre néerlandais de soins palliatifs a dit récemment que neuf demandes d'euthanasie sur dix seraient retirées si le patient était informé des possibilités récentes en ce qui concerne la lutte anti-douleur et l'accompagnement des mourants.

Dr D. : Tout à fait d'accord ; j'appelle cela la pseudo-demande. Il s'agit de personnes qui

crient: "Je souffre atrocement, faites que cela cesse au plus tôt." Mais ces gens ne veulent pas vraiment mourir, ils veulent que la douleur disparaisse. Dès qu'ils n'ont plus mal, ils se sentent comme ressuscités.

Dans certains milieux catholiques, on vous dira que des soins palliatifs adéquats font disparaître la demande d'euthanasie. Cela n'est malheureusement pas vrai: toutes les douleurs ne peuvent être apaisées. Et certaines personnes ne veulent plus des soins, même palliatifs, parce que la vie n'a plus aucun avenir. Pas mal de malades du sida disent à un certain moment: "J'ai vu trop d'amis dépérir dans des circonstances atroces: je veux mourir maintenant." Or ces gens pourraient encore vivre pendant des mois. Ce sont des situations difficiles.

Humo : Que faites-vous lorsque vous recevez une demande d'euthanasie d'un patient souffrant de sclérose multiple et qui est complètement paralysé? Cette personne peut encore vivre pendant de nombreuses années.

Dr D. : Exact. Mais on est réduit à regarder le plafond tout le temps, tous les jours, je comprends parfaitement qu'on veuille décrocher. J'ai connu un tel patient. Il n'était pas entièrement paralysé, mais il avait de telles contractions musculaires qu'il ne pouvait plus marcher, plus lire, plus prendre un objet. En outre, il souffrait constamment. Il me racontait qu'il était en discussion depuis deux ans avec sa femme et sa fille. Sa femme lui disait à chaque fois qu'elle l'aimait très fort et qu'elle prendrait toujours soin de lui, mais lui trouvait que la vie n'avait plus de sens. Il se sentait si faible, si dénué, si dépendant. En fin de compte, sa famille a compris que l'euthanasie était la meilleure solution.

Humo : Supposez que le patient est un bébé de trois semaines désespérément malade. Il ne peut évidemment rien demander.

Dr D. : Si l'enfant souffre d'une maladie incurable et s'il est certain qu'il mourra après des mois de souffrances accompagnées d'infections et de vomissements continuels, on est en droit de se demander si on va le laisser mourir dans sa misère ou si on intervient plus tôt. Le Dr Schotsmans de la KUL estime qu'il faut que l'enfant meure naturellement. Le Dr Hugo Van den Enden de la

RUG (Gand) réplique que cela équivaut à le laisser crever. Il s'agit ici de donner la mort sans demande et non d'euthanasie, mais je trouve que dans un cas pareil on peut considérer les parents comme les avocats de l'enfant. Si ces gens vous disent: "Pour nous cela n'a plus de sens", il faut, en tant que médecin, respecter cette opinion.

Humo : Une question plus difficile encore: votre patient n'a pas trois semaines, mais soixante-trois ans et souffre de la maladie d'Alzheimer. Il est donc également incapable de demander l'euthanasie.

Dr D. : Il s'agit ici non pas d'un mal nouveau mais d'un mal existant. Ce patient n'est tombé malade qu'à la fin de sa vie. On ne peut pas comparer cette situation à celle d'un bébé dont on sait qu'il n'aura jamais une vie digne d'être vécue. Je trouve qu'une société civilisée doit prévoir suffisamment de réserves financières et engager suffisamment de personnel qualifié pour soigner ces gens convenablement. Si on se met à éliminer tous ceux qui ne "fonctionnent" plus, on se dirige tout droit vers une solution à la Hitler.

Humo : Mais ce malade ne reconnaît plus personne et regarde toute la journée dans le vide, dans un lit à barreaux. Ses enfants trouvent cette situation indigne et vous supplient de faire "quelque chose".

Dr D. : Les demandes d'euthanasie concernant une personne qui ne sait plus s'exprimer me mettent toujours très mal à l'aide. Je trouve dangereux que le médecin ou la famille prennent cette décision à la place du patient. Pour éviter de telles situations, on peut se procurer un testament de vie auprès de l'*Humanistisch Verbond* (= équivalent flamand du Centre d'Action laïque) ou auprès de l'association *Recht op Waardig Sterven* (équivalent flamand de l'ADMD). Dans un tel document, que vous confiez à votre médecin ou à une personne de confiance et que vous pouvez modifier à tout moment, vous pouvez décrire très précisément à partir de quel moment la vie n'a plus de sens pour vous. Par exemple: quand vous n'êtes plus en mesure de lire un journal, quand vous ne pouvez plus regarder la télévision, ou manger seul, quand vous ne savez plus qui vous êtes, ou qui sont vos enfants, etc. Ce testament de vie ne permet naturellement pas

d'imposer une euthanasie, mais il clarifie la situation.

Humo : Avez-vous une idée du nombre de personnes que vous avez tuées, à leur demande ?

Dr D. : Vous dites "tuées", il serait plus juste de dire "aidées". (Hésite) J'ai réfléchi à cette question avant notre entretien. Je formulerai ma réponse comme suit : je reçois une demande environ tous les quinze jours.

Humo : Vous arrive-t-il parfois de pleurer avec la famille réunie autour du lit, ou s'agit-il pour vous d'un acte médical comme un autre ?

Dr D. : J'essaie de contrôler mes émotions : en tant que médecin il faut rester professionnel. Mais je pense parfois que c'est magnifique et que si nous avions à ce moment-là une caméra vidéo, nous pourrions convaincre tout le monde que l'euthanasie peut être très belle et très sereine. La famille et les amis ont eu pleinement l'occasion de faire leurs adieux, dans la chambre résonne la musique favorite du patient... Même en tant que personne non directement concernée, on peut être très ému. (Silence) On sent spontanément que ce qu'on fait est bien.

*

*

*

Y A-T-IL UN FONDEMENT DU DROIT À L'EUTHANASIE

Gilbert Hottois

Professeur de philosophie à l'ULB

La question du fondement du droit à l'euthanasie est quelquefois soulevée dans les milieux laïques, souvent sous la forme d'une possible objection ...

En ce qui concerne le refus catholique de l'euthanasie, le fondement est clair : le principe du caractère sacré de la vie humaine a un fondement transcendant dans le dogme qui affirme que la vie est un don de dieu (qui seul peut la reprendre). Cette vérité dogmatique a, elle-même, une origine divine, supra-humaine (la Révélation ou l'Enseignement de l'Eglise inspiré par Dieu).

La position laïque, athée ou agnostique, fonde le droit à l'euthanasie sur l'*autonomie de la volonté individuelle*. Toutefois, cette liberté n'est pas à comprendre comme étant capricieuse, gratuite et s'exerçant sans raison. La justification souvent invoquée pour son exercice est la *qualité de la vie* (au sens physique et psychique). C'est lorsque sa vie perd tout sens et valeur que

l'individu peut (est justifié de) préférer la mort. Par certains aspects, la notion de "qualité de la vie" est *objective*, c'est-à-dire indépendante de l'appréciation personnelle ; mais elle est aussi foncièrement *subjective* et renvoie donc derechef à l'autonomie de la volonté individuelle seule apte à apprécier la qualité (le sens) d'une vie particulière.

Mais cette description purement "individualiste" ou "subjectiviste" dissimule trop un point très important. A savoir qu'il n'existe pas de volonté individuelle insulaire, pas de sujet totalement isolé. Ce qu'un individu peut penser de la qualité de la vie est, pour une très large part, *intersubjectif*, conditionné par ce que les autres en disent, par les valeurs et représentations de la communauté à laquelle il appartient, par son éducation. La notion d'autonomie de la volonté elle-même n'est pas séparable d'un contexte historique, social et culturel au sein duquel elle

prend sens et valeur. En invoquant les principes de l'autonomie et de la qualité de la vie, l'individu invoque donc des valeurs partagées par une communauté tout en les interprétant et en les appliquant à sa propre personne. Cette communauté peut être la communauté laïque et le contenu des notions et des valeurs qu'elle prône dépendra de l'orientation et de la qualité des débats se déroulant en son sein, de l'influence notamment de certaines personnalités dans ce débat qui a donc, aussi, une dimension politique.

Il convient de souligner ici qu'ultimement, la détermination des valeurs et des principes est référée à une origine simplement humaine, à l'interaction des individus entre eux et dans le collectif. Bref, le fondement dernier se trouve dans la discussion, dans l'interaction communicationnelle et symbolique en un sens très large, dans les accords, les compromis, les conventions, la morale et le droit qui finissent par s'imposer et l'emporter pour un temps. En ce sens, le fondement est social et politique, contextuel et historique. Il est aussi, dès lors, précaire : sa forme et son contenu sont radicalement dépendants de la qualité du débat (politique, notamment) et de la qualité des acteurs qui s'y expriment. D'où l'importance accordée aujourd'hui à l'éthique de la discussion ou de la communication (et de l'information), puisque, dans une démocratie, l'interaction communicationnelle devrait être reconnue comme l'ultime source de légitimité des décisions. Ceci n'empêche évidemment pas de se rallier au maintien et au respect de valeurs traditionnelles lorsqu'elles sont réaffirmées au terme de la discussion et dans la reconnaissance que ce terme ne peut jamais être déclaré définitif et considéré comme absolument acquis, immuable, "hors remise en discussion".

Ce qui distingue, peut-être le plus

radicalement, la position religieuse de la position laïque, c'est que la première ne reconnaît pas l'origine exclusivement *humaine* des principes et valeurs qu'elle défend. Ainsi, le caractère sacré de la vie est fondé dans une transcendance. La conséquence principale de cette stratégie consiste à placer un certain nombre de normes et de coutumes propres à une forme de vie *hors débat, au-dessus de toute discussion ou mise en question*. Cette stratégie offre évidemment pas mal d'avantages pour la perpétuation d'un mode de vie, d'une tradition, d'une communauté, d'institutions, d'un pouvoir... Mais elle est en elle-même anti-évolutive et ne vise qu'à la reproduction sociale à l'identique. Ce qui caractérise et apparente les communautés religieuses au-delà de tout ce qui les oppose en matière de croyances propres à chacune d'elles, c'est la (méta)croyance partagée en l'origine suprahumaine de leurs croyances particulières.

Il ne faut donc pas se laisser impressionner par les critiques d'origine religieuse (ou métaphysique) dénonçant le "manque de fondement" des valeurs laïques. Il est clair que celles-ci n'ont pas de fondement absolu au sens religieux ou métaphysique du terme. Elles ne peuvent en avoir puisque la conscience laïque refuse en son principe l'idée d'un fondement supra-humain qu'elle assimile à une illusion. Le laïque s'égaré dès lors qu'il cherche ou demande un tel fondement. Cette position du laïque n'est pas très confortable, puisqu'il ne peut à aucun moment se défaire de la nécessité de juger, d'évaluer, de choisir les valeurs, la morale et le droit, l'institution, l'"être-humain" étant exclusivement de sa propre responsabilité, sans autres recours ou secours que les rapports qu'il noue avec les autres hommes.

*

*

*

EUTHANASIE ET ASSISTANCE AU SUICIDE LES DÉVELOPPEMENTS JURIDIQUES ET POLITIQUES AUX PAYS-BAS

Professeur H.D.C. Roscam Abbing
Professeur de Droit médical à la Faculté de Droit
de l'Université d'Utrecht

Interview : Jörgen Oosterwaal

I. INTRODUCTION

Aux Pays-Bas, la majorité de la population est favorable à l'euthanasie et à l'assistance au suicide. Ces interventions se pratiquent généralement via l'intermédiaire du médecin de famille (dans plus de 70 % des cas d'euthanasie et presque toujours pour l'assistance au suicide). En 1995, on évalue le nombre de cas d'euthanasie aux Pays-Bas à environ 3200 et l'assistance au suicide à environ 400 cas. Dans la plupart des cas, ces interventions visant à abrégé la vie ont été réalisées dans la phase terminale de l'existence. Durant la même année 1995, le nombre de demandes d'euthanasie et d'assistance au suicide dans le futur est estimé à 34.500 et le nombre de demandes visant à une réalisation à court terme à 9.700 pour un nombre annuel de décès de 135.675.

Quoiqu'il s'agisse là de sujets délicats, la discussion aux Pays-Bas sur l'euthanasie et l'assistance au suicide se tient ouvertement. Dès lors, les patients peuvent être assurés de ce que leur médecin n'agirait jamais sans leur demande. Il faut cependant souligner que pour le médecin, acquiescer à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide est aussi difficile que de la refuser.

C'est un fait que l'euthanasie et l'assistance au suicide sont entrés dans la pratique médicale aux Pays-Bas quoique, officiellement, le système légal actuel n'admet pas la possibilité de donner la mort à un malade à sa requête, ni de prêter assistance au suicide. L'euthanasie et l'assistance au suicide ne sont pas légales¹. Cependant, dans le cadre du système juridique actuel, il est possible de ne pas entamer de poursuite judiciaire contre un médecin qui déclare avoir participé à de telles interventions.

Depuis 1993, la loi sur la déclaration des décès et l'autorisation d'inhumer indiquent quelles données doivent être détaillées en cas de déclaration d'euthanasie ou d'assistance au suicide ; ceci sans pour autant garantir le médecin contre la responsabilité pénale. Dans ces situations, le certificat de décès ne peut être fourni étant donné qu'il ne s'agit pas d'une mort naturelle.

Quoi qu'il en soit, la jurisprudence et la doctrine ont influencé la politique concernant les poursuites pour faits d'euthanasie ou d'assistance au suicide aux Pays-Bas. La jurisprudence et la doctrine ont atténué de manière significative la législation.

II. CONCEPTS ET DISTINCTIONS IMPORTANTES

Avant de présenter l'évolution de la situation de l'euthanasie et de l'assistance au suicide qui a conduit à la situation juridique et pratique actuellement en vigueur aux Pays-Bas, il est nécessaire de clarifier quelques concepts utilisés dans notre pays et qui n'ont pas cours ailleurs.

Traitement médical inutile. Il s'agit de situations où la médecine ne peut plus rien apporter. En principe, dans de tels cas, le médecin n'est pas autorisé à entamer ou poursuivre un traitement. Les obligations professionnelles médicales de traiter s'arrêtent là où, étant donné la

¹ L'article 293 du Code pénal prévoit une peine d'emprisonnement de maximum 12 ans ou d'une grosse amende en cas d'euthanasie ; l'article 294 pénalise l'assistance au suicide d'un emprisonnement maximum de trois ans ou d'une amende ; l'article 40 du Code pénal contient la formule "nécessité brise la loi", le cas de force majeure n'est pas punissable.

situation du patient, les médecins ne peuvent plus contribuer au bien être de celui-ci. Agir dans une situation où le traitement est devenu médicalement impossible reviendrait à une action allant à l'encontre des normes et des responsabilités professionnelles. Cela constituerait un acte contre l'intégrité physique du malade ; un tel acte est ouvert à une sanction disciplinaire.

Les soins palliatifs. Les traitements se limitent à combattre les souffrances du patient. Dans ces circonstances, le dosage des médicaments est adapté à ces seuls besoins, mais peut avoir comme conséquence une mort prématurée. Cet effet n'est pas le but des soins fournis et n'est donc pas considéré comme un acte d'euthanasie.

L'aide au suicide. Il s'agit de l'aide intentionnelle au patient, lui permettant de mettre fin à ses jours à sa demande expresse et répétée.

L'euthanasie. Il s'agit d'un acte commis par une tierce personne, dans l'intention de provoquer la mort, à la demande expresse et répétée du patient. L'euthanasie et l'assistance au suicide sont des actes qui vont de pair. Dans certains pays, on distingue "euthanasie passive" et "euthanasie active". On parle d'euthanasie passive en cas d'arrêt ou de non fourniture d'un traitement médicalement indiqué et nécessaire au maintien de la vie (exemple, la non-réanimation ou l'interruption de la respiration artificielle). Aux Pays-Bas, on ne considère pas ce fait comme une euthanasie vraie, mais comme un refus de traitement. Le refus de traitement en ce compris le refus de continuation de traitement, est reconnu comme étant un droit du patient, même si la mort s'ensuit. Ce droit du malade est basé sur le droit d'autonomie de la personne et concerne l'intégrité physique ou psychique d'une personne. Ce droit est inscrit dans la loi sur le "contrat médical" (Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, inséré dans le code civil, qui contient les droits généraux des malades).

III. LES PARTICULARITÉS DE L'EUTHANASIE ET DE L'ASSISTANCE AU SUICIDE

L'euthanasie, dans sa définition néerlandaise, consiste en un acte concret et direct. Un acte

destiné à arrêter un traitement ou une décision d'abstention thérapeutique dont le résultat serait le décès du malade, n'est pas repris dans cette définition. Il s'agit là de décisions basées soit sur des raisons médicales (la médecine ne peut plus rien apporter au malade), ou bien sur le refus du malade de recevoir le traitement.

Un deuxième aspect important de la définition est que l'action doit répondre à une demande volontaire du malade lui-même, et non une demande de la famille ou d'autres personnes. Dès lors, sont exclus de la définition les actes provoquant la mort des nouveau-nés handicapés ou les patients comateux.

Un troisième aspect important de cette définition : l'acte en question doit être commis avec l'intention d'abrégé la vie. Une fois encore, si la mort prématurée est le résultat de médicaments administrés dans le but de soulager la douleur ou la souffrance, et si donc la mort est un effet secondaire de cette thérapeutique, la situation n'est pas considérée comme un acte d'euthanasie².

L'euthanasie et l'assistance au suicide ne sont pas des actes médicaux proprement dits dans le sens de la pratique habituelle de la médecine, à savoir le diagnostic et le traitement d'un patient. Le fait que ces actes soient exécutés par un médecin n'en modifie pas le caractère. Ce sont des actes qui concernent la société. C'est la société qui doit se prononcer sur le fait qu'ils sont admissibles ou non. Toutefois, leur réalisation est réservée au médecin. Ceci se justifie du fait qu'ils exigent la compétence d'un médecin, ce qui explique que l'euthanasie et l'assistance au suicide ne sont pas essentiellement et exclusivement du droit disciplinaire médical, mais tombent sous le coup du Code pénal. Dans ce cadre, la suspension du droit d'exercer pour des périodes allant jusqu'à un maximum de 6 ans est prévue. Néanmoins, en dehors de cette sanction pénale, le médecin peut être traduit devant un

² Si je me réfère à l'euthanasie, je le fais dans le sens strict du mot, en excluant donc le refus de (continuation de) traitement sous quelque forme que ce soit. Je me limite donc à ce qui est, dans d'autres pays, couvert par l'expression "euthanasie active".

tribunal disciplinaire et encourir une sanction qui peut aller jusqu'à la suspension à vie. Il faut noter que les procédures disciplinaires ne relèvent pas du corps médical, mais d'une cour de justice régie par la loi. Cette cour ne peut pas acquitter le médecin, ne peut pas se prononcer sur le fait que le médecin soit coupable ou innocent. Le tribunal disciplinaire médical détermine si le médecin a satisfait aux critères légaux et s'il a procédé avec prudence en respectant les normes professionnelles imposées. Le jugement de culpabilité ou non est la prérogative des tribunaux ordinaires.

IV. DÉCLARATIONS ÉCRITES

La loi sur le contrat médical reconnaît également une valeur juridique aux déclarations écrites préalables de refus de continuation de soins, y compris une déclaration de non-réanimation, dans la situation où le malade n'est plus capable d'exprimer sa volonté. En principe, le médecin est lié par cette déclaration ; il ne peut passer outre qu'en cas de circonstances justifiées par les faits.

La déclaration écrite d'euthanasie a un caractère juridique différent, moins fort. Par une telle déclaration, la personne concernée émet ses vœux en ce qui concerne la fin de sa vie au cas où elle ne serait plus capable de s'exprimer. Par un tel document, pourvu qu'il soit suffisamment clair, le patient autorise le médecin à mettre fin à sa vie, mais celui-ci n'est pas juridiquement tenu de le faire. Aucun médecin ne peut se voir obligé de donner suite aux demandes d'euthanasie ou d'assistance au suicide. Les objections de conscience sont également reconnues par la loi.

Comme dans le cas d'une déclaration de refus de continuation de traitement, le malade peut également nommer un représentant dans le cadre d'une déclaration d'euthanasie. Ce représentant peut alors donner des réponses concrètes aux questions posées par le médecin si le libellé du texte écrit en suscite.

V. JURISPRUDENCE ET COMMISSIONS GOUVERNEMENTALES

Comme dit plus haut, la jurisprudence a largement influencé les développements

concernant la dépénalisation de certains actes qui amènent à la mort d'un malade. Depuis un arrêt de la cour de Leeuwarden en 1973, qui énonçait quelques circonstances spécifiques pouvant justifier l'euthanasie, la Cour Suprême néerlandaise a également admis la notion de "conflit de devoirs" susceptible de justifier l'euthanasie (ou l'assistance au suicide) effectuée par le médecin. Un arrêt datant de 1984 a principalement constitué un pas en avant. Cet arrêt avait été précédé d'une publication du Conseil Général de l'Association Médicale néerlandaise portant sur les exigences auxquelles le médecin devait satisfaire lorsqu'il pratiquait l'euthanasie.

Parmi les conditions formulées par la Cour, figurent les suivantes :

- décision du malade consciente, libre et formulée par écrit ;
- situation médicale désespérée et souffrances insupportables ;
- absence de possibilités médicales d'alléger la souffrance (y compris le refus de traitement) par un malade atteint d'une affection somatique) ;
- confirmation du fondement de la demande par un autre médecin, sans pour autant que celui-ci soit obligé d'examiner le malade dans un cas de maladie somatique ;
- exécution de l'acte par un médecin ;
- utilisation d'un produit convenablement dosé.

Il est important de noter que le fait que l'affection soit en phase terminale n'est pas repris dans les conditions, pas plus que le médecin soit obligé de consulter les membres de la famille. Si cela devait se faire, le consentement du malade devrait être obtenu au préalable. De plus, le médecin ne peut laisser le produit utilisé sous le contrôle du malade ou d'un tiers. Dans l'éventualité où il ne reste pas auprès du malade dont il assiste le suicide, il doit rester disponible.

De son côté, le Gouvernement a demandé avis de deux Commissions différentes, spécialement installées, respectivement en 1982 et 1990, pour faire rapport sur l'état de choses et conseiller à propos de la politique à suivre.

En 1985, la Commission d'État sur l'euthanasie installée en 1982 par le Gouvernement libéral et démocrate chrétien et

présidée par Monsieur Jeukens, a remis son rapport final, accompagné d'une note de minorité rédigée par deux membres de ladite Commission. Ce rapport se prononce sur la question posée par le Gouvernement, à savoir si dans certaines circonstances et sous certaines conditions, l'euthanasie et l'assistance au suicide pouvaient se pratiquer impunément. La réponse à cette question est majoritairement positive. Dès lors, la Commission propose de modifier le Code pénal. De manière unanime, la Commission précise que l'acte d'euthanasie devrait être pratiqué par un médecin et ne peut être confié à un tiers, y compris praticien de l'art infirmier. Elle se prononce également de manière unanime sur la nécessité d'une réalisation médicale soigneuse et ce y compris la consultation d'un autre praticien désigné par le Ministre de la Santé. La Commission insiste également sur la nécessité de pouvoir vérifier si les règles ont été respectées. Ceci devrait être reflété dans la déclaration par le médecin au Procureur de la Reine, précisant les conditions dans lesquelles les critères à insérer dans le Code pénal ont été observés, déclaration à laquelle seront jointes les observations du médecin consulté. Le fonctionnaire de l'état civil devrait être prévenu que la déclaration de décès n'a pu être faite puisqu'il s'agit d'une mort de cause non naturelle.

Par contre, la Commission n'a pas pu dégager un consensus sur le fait que l'impunité ne devrait être accordée que si l'euthanasie est apportée dans des situations où le malade se trouve dans un état de nécessité sans issue, ou si cette impunité ne serait garantie que si le patient est en phase terminale.

La Commission prévoit une exception à la règle qui veut que la demande soit exprimée par la personne concernée, en faveur des patients en situation de coma irréversible, chez lesquels la poursuite du traitement est dépourvue de sens. Cette exception peut être - et en fait a été - sévèrement critiquée tant du point de vue juridique que du point de vue moral et social.

VI. LA LÉGISLATION

Parallèlement à l'évolution de la jurisprudence, ainsi que sur base des avis des Commissions

d'Euthanasie, il y a eu plusieurs tentatives de légiférer en la matière.

Depuis les années 1970, plusieurs (avant-) projets de loi visant à dépénaliser l'euthanasie et l'assistance au suicide avaient été déposées par les différentes coalitions successives. En 1984, il y a même eu un avant-projet de loi extra-parlementaire, introduit par le parti démocrate libéral (actuel D66) visant à dépénaliser l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Depuis 1990, une directive des Procureurs généraux impose aux médecins de déclarer au médecin légiste municipal les cas d'euthanasie et d'aide au suicide. A cette fin, certaines conditions de rapport ont été émises. Sur base de la déclaration, le médecin légiste municipal informe à son tour le Procureur de la Reine. Sur base du rapport du médecin légiste municipal, il décide ou de classer l'affaire, ou d'en référer à la justice.

Cette procédure est basée sur une entente conclue entre le Ministère de la Justice et l'association médicale néerlandaise. En 1993, elle a obtenu une base légale par l'adoption d'un amendement à la loi sur l'inhumation qui, depuis, contient la procédure de déclaration, tout en laissant l'acte médical soumis au Code pénal. Ainsi, la loi vise à garantir les procédures respectant les normes et les lignes directrices élaborées par la jurisprudence. L'euthanasie demeure toutefois, théoriquement, illégale en vertu de la loi. Par conséquent, un médecin qui s'est tenu aux critères et aux conditions, n'a jamais la certitude de ne pas être poursuivi. Il peut toutefois être raisonnablement assuré qu'il ne fera pas l'objet de poursuites.

VII. LES CONDITIONS

Au vu de l'expertise spécifique requise, les lignes directrices du rapport dans le cadre de la loi sur l'inhumation sont adressées aux médecins. Les conditions selon lesquelles ce rapport doit être rédigé sont inspirées par la jurisprudence. Elles portent sur :

- **l'évolution de la maladie.** Il est à noter que parmi les informations à donner à ce sujet figure une question sur le moment estimé de la mort

naturelle. Cette question a provoqué le malentendu que l'absence de poursuites pour euthanasie ou assistance au suicide se limiterait au stade d'agonie, quand la mort naturelle est imminente ;

- **la demande d'abrèger la vie**, en ce compris les indications suffisantes pour démontrer que la demande a été formulée en toute liberté, avec insistance, et délibérément.

La Commission d'État sur l'Euthanasie de 1982 a jugé qu'une déclaration écrite ne devient pertinente que quand le malade n'est plus capable d'exprimer sa volonté. Tant que le malade en est capable, l'expression orale de sa volonté est pertinente, quoique la déclaration écrite (par exemple déposée chez le médecin de famille), peut la soutenir. Une déclaration par écrit peut par ailleurs être révoquée ou changée à tout moment. La demande d'abrèger la vie se justifie par l'autonomie du patient. C'est pourquoi, dans le cas des personnes qui ne peuvent pas exprimer une opinion et qui ne l'ont pas fait à l'avance par écrit, il ne peut jamais être question d'euthanasie, mais tout au plus, d'un acte médical justifié par la nécessité. Pour pouvoir exercer son droit d'autonomie, le malade doit être pleinement informé au sujet de son état de santé, du pronostic et des traitements possibles.

Malheureusement, les lignes directrices du rapport traitent également de l'intervention du médecin à la fin de la vie, sans une demande expresse et volontaire du malade. Le but en est de fournir des informations au Ministre de la Justice sur la situation à ce point de vue. Dans ces cas, toutefois, il y aura toujours poursuite judiciaire. Cependant, le fait que cet aspect du problème soit inclus dans la liste des points du rapport remis par le médecin à propos de l'euthanasie ou de l'assistance au suicide a créé beaucoup de confusion.

- **La consultation d'un autre médecin.** Cette condition est importante parce qu'en raison de la gravité de la décision, ni l'euthanasie, ni l'assistance au suicide ne peuvent jamais être un acte solitaire. La décision d'y procéder ne devrait jamais relever d'une seule personne. Toutefois, la personne à consulter n'est pas obligée de voir le malade en personne, au cas où il s'agit d'une maladie somatique.

- **L'abrègement de la vie.**

Le tout doit être documenté par écrit. Bien entendu, il n'y a pas lieu de délivrer une déclaration de mort naturelle.

VIII. DISCUSSION

La situation actuelle est clairement insatisfaisante à plusieurs points de vue. La pratique ne peut pas continuer à être en opposition avec la situation légale. Du point de vue de la sécurité juridique, tant du malade que du médecin, la situation actuelle n'est pas non plus idéale. Les médecins qui sont poursuivis en justice se sentent traités comme des criminels même si, à leurs yeux, ils ont agi sous la pression de la nécessité, afin d'éviter des souffrances inutiles au malade. C'est en fait le point faible du système actuel. D'une part, à juste titre, le Gouvernement souhaite la clarté et demande au médecin de déclarer finalement quand il a pratiqué l'euthanasie ou le suicide assisté. D'autre part, le médecin doit déclarer de lui-même quand il a commis un acte illégal, sans pour autant être assuré qu'il ne fera pas l'objet de poursuites. Il devrait alors subir une procédure lourde, sans pour autant être certain d'un acquittement. Ces conditions ont sans aucun doute une influence négative sur la transparence souhaitée par le Gouvernement dans l'intérêt du malade. Cependant, cet effet négatif est diminué sensiblement par le fait que si les lignes directrices du rapport ont été suivies, une procédure judiciaire n'est quasi jamais intentée.

Il n'est donc pas surprenant qu'une nouvelle enquête ait été entreprise pour faire le point sur la pratique médicale, en relation avec la procédure décrite dans la loi sur l'inhumation. Entamée en 1995, cette enquête a fait l'objet d'un rapport en 1996. Il en ressort que dans environ 41 % des cas d'euthanasie ou de suicide assisté, une déclaration est faite par le médecin. Parmi les 6324 cas déclarés, 13 médecins seulement ont fait l'objet de poursuites. La plupart des médecins interrogés à ce propos étaient d'avis que l'analyse des cas déclarés devrait être faite par des confrères. Ils considéraient également, en grande majorité, que les procédures d'enquête sont actuellement trop lourdes et prennent trop de temps. Sur la base de ce rapport, le Gouvernement se penche actuellement sur les solutions à

apporter pour résoudre le dilemme décrit ci-dessus.

De son côté, l'Association médicale néerlandaise souhaite principalement voir disparaître le caractère criminel de l'euthanasie et du suicide assisté. Certains voudraient soumettre l'examen des cas déclarés à une Commission spéciale. Cette commission aurait pour mission de juger si les lignes directrices ont été respectées ou non. Elle devrait ensuite transmettre le cas au Procureur de la Reine, dans les situations où l'enquête a révélé des conclusions à charge du médecin en question. Ainsi, cette Commission prendrait en fait partiellement le rôle et les responsabilités du Procureur de la Reine.

Il me semble qu'une telle proposition va trop loin. Dans ces situations concernant la vie, il me paraît important, tant pour les malades que pour les médecins, que la place et le rôle du système judiciaire soient pleinement respectés. Une autre solution pourrait être plus appropriée. Une Commission d'Experts examinerait les cas déclarés et transmettrait ensuite un avis au Procureur de la Reine. L'avantage d'une telle procédure serait que le médecin serait assuré que son dossier soit examiné par des experts, sans avoir l'impression d'être traité comme un criminel. En effet, le Procureur de la Reine n'a pas l'expertise spécifique requise pour l'analyse de telles situations, quoique, dans le cadre du Code pénal actuel, il est prévu qu'il puisse se faire assister par des experts. La Commission proposée pourrait alors remplir ce rôle d'expert, tout en ne modifiant pas la position du Procureur de la Reine.

Il est évident que la volonté de déclarer les actes d'euthanasie et de suicide assisté dépend largement de l'existence de procédures appropriées, de la clarté des lignes directrices, et des suites à donner à telle déclaration. Il est inadmissible que certains médecins ne déclarent pas les situations d'euthanasie ou de suicide assisté, tout en émettant une déclaration de mort naturelle. En agissant de la sorte, le médecin commet un acte criminel. Des médecins font d'ailleurs aujourd'hui l'objet de poursuites pour avoir rédigé de faux certificats. Chaque médecin devrait faire preuve de transparence et déclarer les actes d'euthanasie ou de suicide assisté selon la procédure conforme actuellement en vigueur. Toutefois, la transparence totale ne peut être

obtenue que si le rôle et la responsabilité de toutes les parties concernées sont clairement délimités. La meilleure solution serait probablement de dépénaliser l'euthanasie et le suicide assisté. Ceci pourrait se faire, par exemple, en ajoutant un article au Code pénal qui aurait pour effet de dépénaliser les situations où des médecins se seraient conformés aux règles. Des critères seraient alors établis par la loi. En suivant une telle procédure, le médecin ne serait pas poursuivi et ne serait en principe pas condamnable. Le poids de la preuve ne lui incomberait plus, comme c'est le cas actuellement. Ceci permettrait sans doute d'augmenter la proportion des cas déclarés.

Simultanément, il importe de reconnaître que notre société est traversée par des courants d'opinion divers concernant cet aspect de la vie finissante. La décision de demander le recours à l'euthanasie est et doit rester une décision individuelle, personne n'est obligé d'y recourir. De cette manière, dans une société multiculturelle, chacun a le droit au libre choix, à son autonomie, sans pour autant imposer ses propres convictions à autrui. Comme le problème est maintenant d'ordre politique, il serait cependant souhaitable que le Parlement établisse une réglementation de base en la matière.

Bibliographie

- Leenen HJJ. Handboek Gezondheidsrecht, deel I. Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Derde druk. Samson H.D., Tjeenk Willink, Alphen ad. Rijn, 1994.
- Van der Wal G., Van der Maas PJ. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. SDU Uitgevers, Den Haag, 1996.
- Sénat du Canada. L'euthanasie et le suicide assisté ; délibérations du Comité sénatorial spécial, première session de la trente-cinquième législature. Groupe de Communication Canada, éditions Ottawa, Canada K1A 0S9, fascicule 21, 1994. (Voir également à ce sujet le bulletin ADMD n° 57, août 1995 p. 7)

Communication présentée le 21 mars au Colloque "Limitation de soins de santé et euthanasie, au Château de Colonster.

NOUVELLES DE L'ADMD

COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

qui s'est tenue le samedi 19 avril 1997
à la Fondation universitaire à Bruxelles

Membres effectifs : 36

- présents : 14
- représentés : 15
- excusés : 3

La séance est ouverte à 15 h.

0. Deux membres adhérents (Mme Schmitz-Stevaert et M. E. Balthazar) demandent à devenir membres effectifs. Accepté.

1. Le procès verbal de la séance du 4 mai 1996 est approuvé à l'unanimité.

2. Exposé du président sur les activités 1996.

De plus en plus, l'ADMD est présente et reconnue comme interlocutrice valable pour tout ce qui touche à l'euthanasie : invitation de notre président à la Commission restreinte du Comité consultatif de Bioéthique chargée de préparer un rapport sur l'opportunité de légiférer en matière d'euthanasie (cf. bulletin n° 62), participation du président Y. Kenis (et quelquefois du Dr Englert et de Mme J. Herremans) à de nombreux cours et conférences dans le cadre de la formation des médecins et du personnel infirmier, de journées de valorisation, assistance en morale laïque. Il est à noter que les demandes de conférences destinées aux médecins sont de plus en plus nombreuses.

Collaboration de M. Englert, Y. Kenis, J. Herremans à la rédaction de la brochure "Une approche laïque de la vie finissante".

Publication d'une brochure "Légiférer pour permettre l'euthanasie volontaire" qui a été

remise, notamment, à tous les membres du comité consultatif de bioéthique.

L'article de Y. Kenis sur "Le nazisme et l'euthanasie" a été publié par la Revue Générale.

Augmentation de la diffusion du bulletin ($\pm 13\%$). Nous avons modifié quelque peu le contenu du bulletin de manière à donner un maximum d'informations sur ce qui se passe dans le monde. Documentation importante transmise à de très nombreux étudiants.

Écoute de membres et non membres par le président et/ou le secrétariat. Le président se déplace dans certains cas pour voir certains malades chez eux ou à l'hôpital.

Le président tient à remercier celles qui oeuvrent à la gestion comptable et administrative de l'association. Il tient en particulier à remercier chaleureusement Mme R. Burniat qui va, pour la dernière fois, faire le rapport de la situation comptable. En effet, Mme Burniat qui effectuait depuis de nombreuses années, avec précision et compétence toutes les opérations comptables, a demandé à être démise de son mandat d'administrateur. Une de nos membres, Mme A.M. Bardiaux a, à notre grand soulagement, accepté de reprendre cette tâche. Elle en est vivement remerciée.

Trois nouveaux membres ont rejoint le conseil d'administration : Mme Fabienne Gavray qui s'occupe plus précisément de la région liégeoise, et Mmes Claudine Urbain et Georgette Werbrouck.

La gestion administrative quotidienne est toujours assumée par Mme J. Wytzman, aidée par Mme Douvalis et Mme Govaerts dont le magnifique travail bénévole nous aide énormément.

Nous n'avons reçu aucun subside en 1996. La situation sera heureusement très différente en 1997 (voir projet de budget).

Nous recevons toujours des demandes pour des brochures autodélivrance et les membres qui se voient refuser cette brochure sont toujours déçus. Les raisons qui nous ont fait renoncer à la brochure sont rappelées.

3. a) Rapport de la situation comptable

L'exercice 1996 se clôture avec un mali de 186.530 fr. alors que 1995 avait dégagé un boni de 351.504 fr. Cette situation est imputable à deux faits essentiels :

- les recettes ordinaires, comparées à celles de 1995, s'établissent à 1.313.344 fr. contre 1.493.764 fr. ; les cotisations se maintiennent au même niveau (environ 1 million) et les dons des membres sont en légère baisse (224.940 fr. contre 232.270 fr.) ; par contre, notre asbl n'a bénéficié en 1996 d'aucun versement de subside de la Communauté française (elle avait encaissé 150.000 fr. en 1995).

- les dépenses ordinaires se chiffrent en 1996 à 1.678.774 fr. contre 1.400.760 fr. l'exercice antérieur ; cette augmentation est due à la forte hausse des frais d'expédition (courier et bulletin) suite à la hausse des tarifs postaux, au fait de l'enregistrement en 1996 de quatre factures d'impression du Bulletin contre trois en 1995 ainsi qu'à l'acquisition d'un fax (environ 60.000 fr.).

Le déficit de l'exercice résultant de l'excédent des dépenses sur les recettes est de 366.530 fr., déficit toutefois ramené à 186.530 fr. grâce à une plus-value sur portefeuille de 180.000 fr..

L'avoir au 31 décembre 1996 s'établit à 3.317.849 fr. contre 3.504.379 fr. fin 1995. À noter que la valeur du portefeuille au 31.12.1996 (2.253.840 fr.) représente 190 % de la valeur d'acquisition en juillet 1989.

b) Rapport de vérification des comptes de l'asbl ADMD à l'assemblée générale du 19 avril 1997

Mesdames, Messieurs,

Conformément aux dispositions légales et statutaires, j'ai l'honneur de vous rendre compte de mon mandat.

Par divers pointages et sondages, j'ai procédé à la vérification des comptes de l'association pour l'année 1996 et les ai trouvés conformes aux documents qui vous sont présentés par le Conseil d'administration.

Le patrimoine de l'association s'élève, au terme de l'exercice clos au 31.12.1996, à 3.317.849 fr. ; compte tenu d'une plus-value sur portefeuille de 180.000 fr.. Toutefois, le compte de résultat dégage un mali de 186.530 fr.

Au mieux de mon information, j'estime que les comptes qui sont soumis à votre approbation reflètent fidèlement la situation de l'asbl à la date du 31.12.1996.

Bruxelles, le 7 mars 1997

Le vérificateur,
(s)

Alexandre Dourdine

4. Mandats d'administrateurs

Nouveaux administrateurs confirmés pour un mandat de quatre ans :

Mmes Fabienne Gavray-Montenair
Claudine Maison, Vve Urbain
Georgette Werbrouck

Reconduction du mandat de Darius Razavi, vice-président.

Ratification de la désignation de M. Alexandre Dourdine en tant que vérificateur aux comptes.

A l'unanimité.

5. Divers

En attendant de trouver une solution au problème de la présidence (Y. Kenis souhaite être déchargé de cette fonction dès que possible) une solution intermédiaire a été trouvée, pour le décharger de ses obligations autant que faire se peut.

Dans cette optique, il est décidé de créer un second poste de vice-président, que Mme J. Herremans accepte d'occuper. Accepté à l'unanimité.

D'autres dispositions d'organisation ont été prises.

M. Englert suggère que l'on prévoise un poste au budget 1998 qui permette une action d'envergure au moment opportun.

La région de Liège aura dorénavant une "antenne" dont s'occupe dès à présent Mme Gavray.

Tout membre adhérent peut devenir membre effectif en adressant une demande au président qui soumettra la candidature au conseil d'administration.

Les membres effectifs assistent et ont le droit de vote aux assemblées générales.

*
* *

PROJET DE BUDGET 1997

DEBIT

1. Dépenses de fonctionnement

- Rémunérations et charges sociales	640.000
- Allocation spéciale	40.000
- Fournitures bureau/photocopies/fax	125.000
- Timbres, frais d'envoi *	175.000
- Téléphone/fax	40.000
- Abonnements, livres, matériel	100.000
- Loyer et charges	240.000
- Informatisation	50.000
- Publications **	150.000
- Bulletin ***	350.000
- Réunions et participation congrès	50.000
- Cotisations World Fed. et asbl	10.000
- Divers	25.000

1.995.000

CREDIT

1. Recettes

Cotisations	1.000.000
Subsides : Comm. française	300.000
Région wallonne	425.000
Dons	200.000
Ventes publications	15.000
Divers (dont int. banc.)	40.000

1.980.000

2. Mali de l'exercice

15.000

1.995.000

1.995.000

* (non compris bulletin)

** Nous comptons participer à l'édition d'une publication importante en collaboration avec EPO.

*** Ce poste comprend les frais d'envoi et tient compte d'une augmentation de la diffusion, des tarifs postaux et du rétablissement de la périodicité trimestrielle. La mise en page sera confiée dorénavant à un graphiste.

COMPTÉ DE PROFITS ET PERIES 1996 (FL.)
SITUATION DES DIVERS COMPTES
AU 31 DECEMBRE 1996

<u>DEBIT</u>	<u>CREDIT</u>		
1. Dépenses de fonctionnement	1. Recettes	- Livret-intérêts S.G.B.	1.033.058
- Rémunérations et charges sociales	Cotisations	- Compte-courant	30.951
- Fournitures bureau/photocopies	Dons et subsides	- Portefeuille (Fonds commun de placement : 8000 actions de capitalisation Sicav Generalux - cours au 31.12.96 : 281,73 LUF)	2.253.840
- Timbres, frais d'envoi	Dons		
- Téléphone	Subside		
- Abonnements, livres, matériel			
- Loyer et charges	Ventes publications	- Avoir en caisse	--
- Informations			
- Publications diverses	Divers (dont intérêts banc.)		
- Bulletin			
- Réunions et participation congrès			
- Divers			
			3.317.849
			=====
			1.678.774
			=====
			1.678.774
			=====
			180.000

			3.504.379
			(186.530)
			=====
			3.317.849
			=====

2. Plus-value sur
portefeuille

3. Mali de l'exercice

EN BELGIQUE

EUTHANASIE : POUR LE DIALOGUE MÉDECIN-PATIENT

Le Soir, 4 juin 1997
(rubrique "Cartes blanches")

Le comité consultatif de bioéthique a rendu il y a quelques jours son premier avis sur l'euthanasie. La question posée est celle de l'opportunité d'une intervention législative en la matière. Rappelons d'abord que le comité ne tranche pas le débat. Il explore quatre positions différentes : 1) une dépenalisation de l'euthanasie ; 2) une régulation (inspirée de la Hollande) où l'euthanasie est décidée en colloque singulier médecin/malade ; 3) une régulation plus contraignante, qui impose au médecin de consulter une tierce instance avant tout acte euthanasique ; 4) le maintien de tout interdit légal.

Une lecture précipitée (ou tendancieuse) des conclusions de l'avis a pu faire dire à certains que le comité s'était prononcé en faveur de la troisième proposition. Il n'en est rien. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les membres du comité ont examiné plus longuement cette proposition, certains pour la défendre, d'autres pour la critiquer, tous pour reconnaître le courage et la lucidité de ceux issus des milieux chrétiens, qui ont rompu avec un tabou sur cette question hautement sensible.

Quelles sont les critiques à cette proposition ? C'est qu'elle *impose* au médecin d'associer à la décision l'ensemble de l'équipe soignante, la famille et surtout un membre non-médecin du Comité d'éthique local. Ce système institue donc une sorte de "tribunal" de la vie et de la mort qui risque d'altérer gravement le colloque singulier du malade avec son médecin. Nous craignons en outre que les comités d'éthique locaux, par le pouvoir qui leur est conféré, n'exercent progressivement une forme de contrôle "normalisateur" de l'euthanasie.

L'euthanasie, selon nous, doit rester un acte posé en "*âme et conscience*" par le médecin, un acte qu'il accepte de pratiquer dans le respect de la plus grande autonomie possible de son patient. Le contrôle social doit respecter l'intimité du colloque singulier du malade avec son médecin ; il ne doit donc pas intervenir avant, mais *après* l'acte euthanasique, pour vérifier s'il a bien été pratiqué dans des conditions éthiques sérieuses, telles que le respect de la volonté

du malade, la mise en oeuvre de l'euthanasie par le médecin lui-même (et non par le personnel infirmier), etc.

Il est pour nous essentiel : 1) que la décision euthanasique ne soit soumise à l'arbitrage d'aucun "tribunal" moral ou social (aussi bienveillant fut-il) ; que son contrôle se fasse *a posteriori* et non *a priori*.

C'est au législateur qu'il revient de prendre ses responsabilités en définissant pour le médecin dans quelles conditions il est pour lui légitime d'agir, et en donnant au malade la plus grande liberté de décision possible. (...)

Les Pays-Bas, eux, maintiennent symboliquement l'interdit légal, mais considèrent le médecin qui pratique l'euthanasie comme étant juridiquement en "état de nécessité", ce qui lui garantit de ne pas être poursuivi.

Le dialogue amorcé au sein du comité de bioéthique au sujet de l'euthanasie permet un incontestable rapprochement de points de vue. Ainsi, il est important de voir des représentants éminents des milieux catholiques admettre la législation morale de l'euthanasie. Mais ce dialogue montre aussi que des divergences importantes subsistent entre ceux qui soumettent les questions touchant à la vie et à la mort, à l'existence d'un tiers, et ceux qui, comme nous, en appellent à l'autonomie et à la responsabilité de chacun. Ces divergences, et le conflit qu'elles génèrent, sont la manifestation féroce de la démocratie.

Edouard Delruelle et Yvon Englert

Respectivement philosophe, chargé de cours à l'ULg et
médecin, professeur à l'ULB.

Les deux signataires sont membres du comité consultatif bioéthique de Belgique mais ils s'expriment ici en leur nom propre.

SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Vers la reconnaissance du généraliste ?

Journal du Médecin, 25 avril 1997

On semble se diriger enfin vers une solution de financement décent des soins palliatifs à domicile, où le rôle du médecin généraliste serait reconnu.

Voici des mois qu'un groupe de travail planche au sein de l'Inami sur le financement des soins palliatifs à domicile. Dans ce domaine règne en effet une situation classique dans notre pays : soigner un patient terminal à domicile représente une économie substantielle pour la sécurité sociale et un fardeau financier tout aussi réel pour la famille. Ce scandale est d'autant plus évident que la plupart des patients souhaitent passer leurs derniers jours de vie chez eux, et non dans le cadre anonyme d'un hôpital. Tous les partenaires du système de soins s'accordant à vouloir redresser cette anomalie criante, on discute depuis plus d'un an sur les façons d'y arriver. La pierre d'achoppement majeure a toujours été le rôle du médecin généraliste dans cette nouvelle approche. Pour les MG eux-mêmes, principalement représentés dans ce groupe de travail par les Drs Michel Vermeylen (ABSyM) et Philippe Vandermeeren (GBO), le médecin de famille doit assumer dans ce domaine son rôle traditionnel, qui est en quelque sorte celui de maître d'oeuvre du programme de soins, à charge pour lui de s'entourer le cas échéant d'une équipe spécialisée en soins palliatifs. Du côté mutuelliste, et particulièrement de l'ANMC, on a longtemps insisté sur l'obligation d'inclure une équipe multidisciplinaire dans ce schéma.

Aujourd'hui, confie Michel Vermeylen, on semble s'approcher à grands pas du but, le rôle central et essentiel du généraliste étant enfin acquis de façon univoque. On pourrait ainsi aboutir à une formule définitive, remplaçant les fameuses expériences Busquin. Le médecin traitant du patient devrait introduire une demande d'accord de financement de soins palliatifs à domicile pour le malade terminal, fondé notamment sur un rapport médical. Cet accord serait normalement donné pour une période de 30 jours, éventuellement renouvelable. En combinant les subsides libérables par l'Inami et les financements régionaux, on pourrait arriver à une masse de quelque 150 millions permettant d'assurer des soins palliatifs à domicile qui resteraient moins coûteux pour la Sécurité que l'alternative hospitalière, tout en ne représentant pas pour la famille une charge budgétaire supplémentaire.

Maurice Einhorn

POINT DE VUE SUR L'EUTHANASIE

Position prise en assemblée générale
par l'Union chrétienne des Pensionnés
en date du 25 avril 1997

L'Union chrétienne des Pensionnés (U.C.P.)

- se prononce pour l'abstention de tout acharnement thérapeutique ;
- demande que l'accès de tous à des soins palliatifs de qualité soit garanti grâce à un financement par l'assurance maladie ;
- estime que la décision grave d'arrêter les soins curatifs devenus inopérants et d'accueillir le malade en soins palliatifs ne peut être prise que par un médecin spécialiste en concertation avec le médecin généraliste ;
- affirme que l'expérience apprend l'importance de l'esprit d'équipe qui anime le groupe des soignants et des accompagnants professionnels et bénévoles ;
- exige le recours impératif à tous remèdes et traitements capables de réduire la douleur ;
- réaffirme son refus de l'euthanasie directe mais reconnaît que dans de rares situations extrêmes, lorsque la lutte contre la douleur s'avère définitivement inefficace, la question de l'euthanasie se pose ;
- appelle de tous ses voeux l'ouverture d'un large débat démocratique.

LA VU PREND POSITION EN MATIÈRE D'EUTHANASIE

La Libre Belgique, 28 mai 1997

La Volksunie souhaite un débat parlementaire sur le problème de l'euthanasie, indépendant de celui sur les soins palliatifs. Le président, Bert Anciaux, demande un règlement du problème sans pour autant se prononcer sur la nécessité ou non de légiférer ou d'inscrire le problème de l'euthanasie dans la déontologie médicale.

Pour le président de la VU, il est temps que les hommes politiques donnent un cadre légal à une pratique existante. La VU considère que "l'euthanasie est acceptable en phase terminale d'une maladie incurable et insupportable". Par ailleurs le fait de mettre fin à l'existence de quelqu'un qui se trouve dans le coma constitue, selon la VU, un acquis social, éthique et médical qu'elle n'entend pas assimiler à l'euthanasie.

Selon la proposition de la VU, la volonté du patient doit primer, et tout acte d'euthanasie devra être porté à la connaissance d'une commission d'éthique. Non pour contrôler si toutes les conditions ont été remplies mais pour procéder à une évaluation annuelle, comme c'est le cas en matière d'avortement.

À L'ÉTRANGER

AUSTRALIE

DWD (Canada)
April 1997, vol. 13 n° 24

Le 25 mars 1997, le Sénat australien a voté par 38 voix contre 35, **l'annulation de la loi du Territoire du Nord autorisant le suicide assisté par un médecin.** *

Néanmoins, la question de l'euthanasie volontaire est de plus en plus à l'ordre du jour dans ce pays.

La société VES de l'État de New South Wales a déposé une requête au Sénat contre la loi d'annulation. Dans l'État de South Australia, deux propositions de loi ont été déposées par des membres du Parlement en faveur de l'euthanasie volontaire.

VES Newsletter n° 60, May 1997

Des sondages d'opinion donnent 70 % de la population australienne et un tiers des médecins favorables à l'idée de légiférer pour permettre l'euthanasie volontaire.

Une enquête auprès des infirmières a montré que près des deux tiers d'entre elles soutiennent cette idée.

FRANCE

Nos amis de l'ADMD-France nous ont communiqué le texte d'une proposition de loi déposée au Sénat, il y a quelques semaines, avant les dernières élections législatives, par 35

* Nous avons parlé de cette loi dans nos bulletins 59, p. 8 et 62, p. 7.

sénateurs socialistes. Nous vous en donnons connaissance ci-après :

Proposition de loi

Article premier

Toute personne en mesure d'apprécier les conséquences de ses choix et de ses actes est seule juge de la qualité et de la dignité de sa vie ainsi que de l'opportunité d'y mettre fin.

Article 2

Lorsqu'elle refuse un acharnement thérapeutique ou souhaite l'administration d'antalgiques qui pourraient hâter son décès, le médecin doit s'y conformer, sous réserve d'invoquer son cas de conscience dans les conditions prévues à l'article 8.

Article 3

Elle peut obtenir une aide active à mourir lorsqu'elle estime que l'altération effective ou imminente de cette dignité ou de cette qualité de vie la place dans une situation de détresse.

Article 4

Sa volonté, révocable à tout moment, de mettre un terme à son existence pourra être établie par tous moyens, notamment par un testament ou un procès verbal signé de deux personnes en présence d'un officier judiciaire requis par le médecin.

Article 5

Elle peut charger un représentant ad hoc de faire connaître son souhait d'exercer la faculté prévue aux articles 2 et 3 et d'en requérir l'exécution au cas où elle ne serait plus en état de le faire elle-même.

Article 6

Toute personne admise dans un établissement de soins public ou privé devra être informée des facultés prévues aux articles 2 et 3.

Il doit en outre lui être demandé si elle a rédigé une déclaration de volonté de mourir dans la dignité et si elle a désigné un représentant ad hoc. Une copie de sa déclaration de volonté et une copie de la désignation de son représentant ad hoc doivent être déposées, contre récépissé, auprès de l'établissement de soins.

Article 7

Le médecin qui fait droit à la volonté du patient dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 peut exiger au préalable le dépôt décrit à l'article 5 ou la rédaction d'un testament ou procès verbal mentionné à l'article 4.

Il déclarera l'acte accompli au Conseil de l'Ordre des médecins, qui le mentionnera dans un registre spécial.

Il n'encourt aucune sanction.

Article 8

Si un médecin n'entend pas, en conscience, donner suite à une demande présentée en application des articles 2 ou 3, il doit en aviser la personne concernée.

Il le fera dès le premier entretien si celle-ci a déposé une déclaration écrite conformément à l'article 6, et dès qu'il a connaissance de sa volonté, si celle-ci est exprimée postérieurement à l'hospitalisation.

Il est alors tenu, si aucun médecin dans l'établissement ne souhaite accéder à la demande du patient, de pourvoir dans les meilleurs délais au transfert de celui-ci dans un autre établissement.

GRANDE-BRETAGNE

COMA DÉPASSÉ D'ÉTAT VÉGÉTATIF PERMANENT

Après une information parue dans la presse concernant un patient anglais qui aurait retrouvé

la conscience après un "coma" de plusieurs années, le journal Le Soir publie l'article suivant émanant du Centre de Transplantation d'organes de l'UCL.

Nous reviendrons en détail sur ce problème lorsque les données médicales précises concernant le patient en question seront disponibles.

ÉVITER LA CONFUSION ENTRE ÉTAT VÉGÉTATIF PERMANENT ET COMA DÉPASSÉ

Le Soir, 19 avril 1997

(rubrique "Courrier")

Je souhaite réagir à l'article intitulé : "Un Anglais se réveille après huit ans de coma". Je ne veux pas tant débattre ici du fond, à savoir l'euthanasie, mais bien des termes utilisés.

L'auteur fait sans cesse un amalgame entre la notion d'état végétatif permanent et celle de coma dépassé. Ces deux situations cliniques sont tout à fait distinctes et clairement codifiées. Dans le premier cas, il s'agit d'une atteinte plus ou moins importante du cerveau, handicapant fortement la réhabilitation sociale d'un patient ; dans le deuxième cas il s'agit de la "mort cérébrale", et donc par définition de la mort. On ne se réveille pas d'un coma dépassé" (...) Lorsqu'on est déclaré en coma dépassé, on n'est pas presque mort, on *est* mort.

Pouvez-vous imaginer un seul instant le désarroi dans lequel vous plongez nombre de familles qui ont vu des manoeuvres de réanimation interrompues à la suite du constat de mort cérébrale de leur proche ? Je pense entre autres à des familles généreuses ayant accepté le don d'organes pour un de leur proches décédés. En effet, le prélèvement s'effectue toujours chez des personnes en coma dépassé (ou "mort cérébrale"). En lisant ces lignes, elles seront amenées à croire que leur proche n'était en réalité pas décédé (...)

P. Vanormelingen

PAYS-BAS

INculpÉ DE MEURTRE APRÈS L'EUTHANASIE D'UNE PATIENTE

Le Soir, 26 mars 1997

Le parquet de Leeuwarden (nord) a requis mardi un an de prison pour meurtre contre un médecin de St Nicolaasga (Frise) qui avait euthanasié une de ses patientes, atteinte d'un cancer, sans respecter la réglementation instaurée. En avril 1996, le Dr Sippe Schat avait administré à Théodora Brattinga, âgée de 72 ans, une piqûre d'insuline et il avait signé un certificat de décès indiquant qu'elle était morte de mort naturelle.

(AFP)

Cette information montre que, contrairement à ce que disent les opposants à l'euthanasie, les Pays-Bas sont extrêmement soucieux d'éviter tout "dérapage".

SUISSE

Bulletin EXIT, Zurich, n° 60, 1997

En Suisse seul est punissable celui qui "pour des motifs d'intérêt personnel incite quelqu'un au suicide ou l'y assiste." (art. 115 St GB). L'Académie des sciences médicales suisse ne veut toutefois rien savoir d'une assistance médicale à la mort volontaire. Dans ses "directives d'éthique médicale pour les soins médicaux aux mourants ainsi qu'aux malades mentaux sévèrement atteints", l'Académie s'exprime comme suit : "L'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale." La même Académie de sciences médicales de Suisse plaide toutefois pour une aide indirecte aux mourants par le médecin. Les articles des directives bio-éthiques la concernant sont libellés comme suit :

"Le médecin donnera aux mourants et aux malades mentaux sévèrement atteints les soins adéquats. Il est obligé de réagir contre la douleur,

l'essoufflement, la peur et la confusion. Il (le médecin) peut utiliser des techniques médicales palliatives (des calmants), même dans certains cas où elles comportent le risque d'un écourtement de la vie".

On peut se demander si les médecins à l'hospice de Berne, Inselspital, ont fait usage de la possibilité d'aide à mourir en soignant une patiente atteinte d'un cancer du tube digestif. Bien que les médecins aient constaté que le cas de la patiente, âgée de 73 ans, fut sans espoir et qu'elle n'avait plus que quelques jours au maximum à vivre, elle n'a pas quitté la vie par l'emploi de techniques palliatives médicales, mais par un coup de révolver dans son lit d'hôpital tiré par son compagnon de vie, un rentier de 75 ans.

Le défenseur de l'homme condamné pour aide active à la mort, ainsi que le procureur et le tribunal ont manifesté une grande compréhension pour "l'acte de désespoir excusable", en condamnant le vieillard, brisé dans l'âme, à une peine de prison avec sursis de 4 mois.

Pour ces raisons, la motion du conseiller national Ruffy, introduite en automne 1994 alimente la discussion en Suisse sur l'aide à mourir. La motion que le Conseil fédéral a reprise comme postulat, invite celui-ci à introduire un nouvel article 115bis du code pénal par lequel l'assistance active à la mort par un médecin sera rendue possible sous certaines conditions. Quoique cette motion n'ait pas encore été examinée, le président fédéral, Arnold Koller a néanmoins mis en route des mesures intérimaires pour la création d'une commission d'experts qui sera chargée de déterminer un point de vue sur la question. Le président de l'association "EXIT" sera représenté dans cette commission. La conclusion finale de la commission fera l'objet d'une information dans un prochain bulletin.

Prof. Dr. Méd. Heinrad Schär

**AIDEZ-NOUS À MIEUX FAIRE CONNAÎTRE
LES OBJECTIFS QUE DÉFEND NOTRE ASSOCIATION.
RENVOYEZ-NOUS CE FEUILLET AVEC LES
COORDONNÉES D'AMIS OU DE CONNAISSANCES
À QUI NOUS ENVERRONS
NOTRE BROCHURE D'INFORMATION**

NOM : Prénom :
rue :
Code postal : Localité :

NOM : Prénom :
rue :
Code postal : Localité :

NOM : Prénom :
rue :
Code postal : Localité :

NOM : Prénom :
rue :
Code postal : Localité :

NOM : Prénom :
rue :
Code postal : Localité :

QUELQUES ADRESSES UTILES

<u>S.O.S. Solitude</u> , 1000 Bruxelles, rue du Boulet, 24	02/513.45.44
<u>Association contre le Cancer</u> , 1030 Bruxelles, ch. de Louvain, 479 permanence tél.: lu.de 9 à 19 h, ma à ve.de 9 à 13 h., ligne verte	02/736.99.99 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 av. Houba de Strooper, 99	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, Pl. du Châtelain, 46 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, rue Likenne. 58 (siège social) permanences : lundi au vendredi de 8 à 17 h	04/252.71.70
<u>Centrale de services à domicile</u> 1060 Bruxelles, rue Saint-Bernard, 43 4100 Seraing, rue de la Boverie, 379	02/537.98.66 04/338.20.20
<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, Bd de Waterloo, 106	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>Fédération laïque des soins palliatifs de Bruxelles-Capitale</u> 1060 Bruxelles, rue St Bernard, 43	02/537.98.66
<u>Fédération laïque des soins palliatifs de la Région wallonne</u> 4000 Liège, Bd d'Avroy, 43	04/232.70.40-
<u>Fédération belge de Soins palliatifs</u> 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, avenue Pénélope, 52	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
<u>Service laïque d'Aide aux personnes</u> 1030 Bruxelles, rue du Méridien, 17	02/217.17.88

Publié avec l'aide
de la **REGION WALLONNE**

