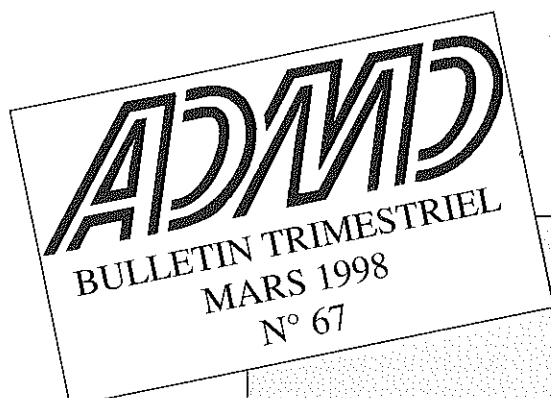


Belgique - België  
P.P.  
1050 Bruxelles 5  
1/7203

Bureau de dépôt - Bruxelles 5



## SOMMAIRE :

◆ Le billet du Président	1
◆ Le débat sur l'euthanasie s'ouvrira-t-il en Espagne	2
◆ Dossier : Le débat sur l'euthanasie au Sénat et les réactions dans la presse	3
◆ Dossier : Le nazisme et l'euthanasie	15
◆ Nouvelles de l'ADMD (Assemblée générale)	19
◆ Belgique : Non-lieu dans un cas d'euthanasie – Compte-rendu conférences - Agenda	22
◆ Etranger	25
◆ Témoignages	26
◆ Livres et revues	28
◆ Courrier des lecteurs	30
◆ Communication à nos membres	32



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.

## Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (A.D.M.D.)

Secrétariat : rue du Président, 55 - B - 1050 Bruxelles - Belgique -  
Mme Janine Wytzman, Secrétaire générale  
Tél. et Fax : 32.(0)2/502.04.85  
Cotisation annuelle : isolé(e) : 500 frs - couple : 700 frs  
(respectivement 700 et 1000 frs pour les membres résidant à l'étranger)  
Compte bancaire : n° 210-039.178-29

Section de Liège : Mme Fabienne Gavray-Montenair, responsable  
rue de Fraipont, 10 - 4141 Banneux  
Tél. 04/360.90.08 (entre 20h30 et 21h30 exclusivement)  
Contact pour la province de Luxembourg : Mme Viviane Godfroid  
Fond des Naux, 6 - 6821 Lacuisine-Florenville  
Tél. 061/31.53.80 - Fax : 061/32.04.51  
Contact pour la région de Charleroi : Mme Marie Willems-Collette  
rue des Sept Petites, 94, bte 1 - 6120 Nalinnes  
Tél. 071/21.48.53

Association sœur d'expression néerlandaise : Recht op Waardig Sterven (R.W.S.)  
Constitutiestraat, 33 - 2060 Antwerpen - Tél. et Fax : 32.(0)3/272.51.63

---

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

---

### COMITE D'HONNEUR

Ilya Prigogine, Prix Nobel

Jacques Bredael  
Paul Danblon  
Édouard Delruelle  
Pierre de Loch  
Roland Gillet  
Philippe Grollet  
Hervé Hasquin  
Arthur Haulot  
Claude Javeau  
Roger Lallemand  
Pierre Mertens  
Philippe Monfils  
Anne Morelli  
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  
Anne-Marie Bardiaux  
Jacques Bredael  
Alain P. Couturier  
Paul Danblon  
Michèle del Carril  
Marc Englert  
Fabienne Gavray  
Louis Jeanmart  
Edouard Klein  
Philippe Maassen  
Wolrad Mattheiem  
Monique Moreau  
Maurice Opal  
A.M. Staelens  
Philippe Toussaint  
Claudine Urbain  
Georgette Werbrouck

---

**COMITÉ DE RÉDACTION** : Anne-Marie. Staelens, Geo Werbrouck, Janine Wytzman, Marc Englert et l'aide de collaborateurs pour les traductions (Anne-Marie Fenez-Goossens, Jean-Paul Goyens, Madeleine Barna, Nane Pauli).

---

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

# LE BILLET DU PRÉSIDENT

## UN NOUVEAU PAS EN AVANT

Le Billet de juin 1997 était intitulé "*Un grand pas en avant*". Il était consacré à l'Avis n° 1 du Comité consultatif de bioéthique concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie. A la suite d'une proposition de résolution déposée par le sénateur Roger Lallemand (membre de notre Comité d'Honneur), le Sénat a organisé, les 9 et 10 décembre 1997, un débat sur l'euthanasie. Tous les observateurs ont reconnu la haute qualité et le sérieux des débats.

Nous considérons cet événement comme un nouveau pas vers la législation que nous réclamons depuis quinze ans, c'est-à-dire depuis la création de l'ADMD.

Il est remarquable de constater qu'en dehors du parti flamand d'extrême-droite, Vlaams Blok, tous les chefs des groupes du Sénat ont admis la nécessité d'un règlement légal de l'euthanasie, parfois avec des différences de modalités importantes, mais tous reconnaissant que la situation actuelle n'est plus acceptable. Quel progrès par rapport au "blocage" complet qui avait empêché toute discussion sur ce sujet, tant à la Chambre des Représentants qu'au Sénat, depuis le dépôt en 1984 de la première proposition de loi par le sénateur PRL Roland Gillet, un autre membre de notre Comité d'Honneur !

## LE DÉBAT SUR L'EUTHANASIE S'OUVRIRA-T-IL EN ESPAGNE ?

d'après La Libre Belgique du 17 janvier 1998 et Le Monde du 7 mars 1998 sous le titre "Les images du suicide de Ramon Sanpedro bouleversent l'Espagne"

---

Nous avons rendu compte (voir bulletin n° 62 de décembre 1996) du combat de Ramon Sampedro, un Espagnol de 55 ans, pour obtenir légalement une euthanasie. Tétraplégique depuis 29 ans, cet homme a, en vain, porté sa cause devant le tribunal constitutionnel puis devant le Cour européenne des droits de l'homme, toujours sans succès. Un dernier recours en novembre 1996 fut rejeté. Il rédigea ses mémoires "Lettres de l'Enfer" grâce à une machine actionnée avec la bouche.

Il fut retrouvé mort il y a deux mois dans une demeure en Galice. Pour brouiller l'enquête policière (l'aide au suicide est punie d'une peine pouvant aller jusqu'à six ans de prison), il avait donné ses clés à onze personnes.

Il avait fait enregistrer en vidéo sa dernière toilette faite par une amie anonyme et ses adieux où il déclara face à la camera : "*La vie est un droit, pas une obligation. Quand j'aurai bu ce cyanure de potassium, je serai libéré de la pire des humiliations : être une tête vive attachée à un*

*corps totalement mort*". Puis, le visage serein, les membres atrophiés recouverts d'un drap, il approcha avec difficulté de sa bouche un verre muni d'une paille et aspira le liquide. Il avait déclaré auparavant vouloir en finir sous les projecteurs pour que les autorités judiciaires, religieuses et médicales qui avaient repoussé sa requête, soient placées face à leurs responsabilités.

Depuis que ce document a été projeté le 4 mars à Antena 3, la principale chaîne privée espagnole, un débat s'est ouvert sur l'euthanasie en Espagne. D'après Le Monde, le droit à l'euthanasie qui est combattu en Espagne par l'Église et une majorité d'hommes politiques, est revendiqué par 60 p.c. de la population.

Cette horrible histoire est un exemple de plus des situations dramatiques que crée l'interdiction d'obtenir une mort douce, médicale. Il faut savoir en effet que la mort par prise de cyanure survient après une agonie extrêmement pénible qui peut durer plusieurs minutes.

M.E.

## DOSSIER :

# LE DÉBAT SUR L'EUTHANASIE AU SÉNAT (9 et 10 décembre 1997)

### UN NOUVEAU PAS DANS LA BONNE DIRECTION ?

L'avis n° 1 du Comité consultatif de bioéthique sur l'opportunité de légiférer en matière d'euthanasie a été remis aux présidents de la Chambre des Représentants et du Sénat en 1997. A la suite d'une proposition de résolution déposée par le sénateur Roger Lallemand, le Sénat a organisé, les 9 et 10 décembre 1997, un débat sur l'euthanasie auquel ont participé les présidents et des membres du Comité consultatif de Bioéthique. La première journée était réservée aux exposés des membres du CCB qui ont présenté et commenté les quatre propositions de l'avis. Comme nous avons publié cet avis dans le Bulletin de juin 1997, nous ne reviendrons pas sur les déclarations des experts, mais nous exposerons et commenterons les interventions des sénateurs, à partir du compte-rendu analytique (Session ordinaire, 1997-1998, n°s 1-146 à 1-449).

Rappelons que la discussion a porté essentiellement sur l'euthanasie telle que définie par le CCB : c'est-à-dire *l'acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci*, en limitant le débat au cas où l'acte est pratiqué par un médecin.

Les quatre propositions du CCB peuvent être résumées de la façon suivante :

**Proposition 1.** L'euthanasie serait légalement autorisée par l'insertion d'un article dans le Code pénal précisant qu'elle n'est pas un homicide si elle est pratiquée par un médecin pour un malade conscient se trouvant dans une situation médicale sans issue, dont les souffrances sont intolérables et à sa demande instante et répétée. Un contrôle judiciaire est effectué après la déclaration de décès sur la base de documents médicaux obligatoirement fournis à la justice (*une modification législative dépenalisant l'euthanasie, selon les termes de l'avis*).

**Proposition 2.** Sans que l'euthanasie soit légale (le Code pénal ne serait pas modifié), le médecin qui la pratiquerait dans les conditions décrites ci-dessus, considérées comme un *état de nécessité*, ne serait pas poursuivi, sous réserve d'un contrôle judiciaire pratiqué après la déclaration de décès, selon les mêmes modalités que dans la proposition précédente (*régulation "procédurale" a posteriori de l'euthanasie décidée en colloque singulier*).

**Proposition 3.** Le problème de l'euthanasie ne peut être isolé 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. Le médecin pourrait être autorisé à pratiquer l'euthanasie, toujours dans les mêmes conditions, après consultation d'un second médecin, de l'équipe soignante, de la famille, et d'une tierce personne (non médecin) désignée par le comité d'éthique local, pour autant que la décision prise après consultation atteste qu'au moment de l'acte le médecin a agi en état de nécessité (*régulation "procédurale" a priori des décisions médicales les plus importantes concernant la fin de la vie, y compris l'euthanasie, après consultation collégiale*).

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

Les positions des partis ont été exposées par les chefs des différents groupes. Une partie du débat a été consacrée aux interventions et aux questions des sénateurs aux experts. Nous avons regroupé toutes les interventions par tendances. Nous les avons résumées en nous efforçant d'utiliser les termes mêmes du compte-rendu analytique.

**I.** Pour le **CVP** (MM. VANDENBERGHE et D'HOOGHE) la priorité doit être donnée à la protection de la vie humaine et *l'interdit légal de l'euthanasie doit être maintenu intégralement* (souligné par nous, comme le seront plus loin tous les textes en italique). Le CVP appuie la proposition 3. A propos de la consultation obligatoire d'une tierce personne, celle-ci doit être désignée *en concertation avec le patient et le médecin*. Il ne s'agit pas d'un "tribunal", mais d'un moyen d'objectiver la décision du médecin. La régulation procédurale a priori a pour but d'établir que le médecin se trouve bien en *état de nécessité*.

**II.** Mme WILLAME-BOONEN (PSC) plaide pour une prise en charge globale et qualitative de la personne malade et pour *le respect de l'interdit légal de tuer*. La priorité doit être accordée à la prévention (lutte contre l'acharnement thérapeutique, développement des soins palliatifs). Le PSC envisage une modification de l'A.R. n° 78 sur l'art de guérir afin d'y insérer les droits des patients et les obligations corrélatives des médecins (information adéquate et obtention du consentement du patient à tout acte médical). Il est opposé à toute modification du Code pénal dans le sens d'une norme générale et abstraite qui autoriserait, *même dans certaines conditions spécifiques*, la pratique de l'euthanasie. La notion d'*état de nécessité* permet de nuancer les effets trop rigides de l'interdit absolu. Si le médecin, après avoir suivi la procédure de concertation préalable, estime que le respect de l'interdit légal met à mal la valeur de la dignité humaine, la sanction pénale serait inopportune. *Le ministère public et le juge* apprécieront la situation.

Mme MILQUET se sent proche de la proposition 3 à *condition d'éviter la lourdeur et l'aspect obligatoire de la concertation*. M. CHANTRAINE, comme Mmes Willame et Milquet, estime qu'il n'est pas nécessaire de dépénaliser l'euthanasie.

**III.** M. LALLEMAND (PS) constate que l'interdit légal n'est pas respecté. Les soins palliatifs font baisser les demandes d'euthanasie mais ne les suppriment pas totalement. *Il convient de légaliser l'euthanasie*. La législation doit garantir les conditions pour accueillir la demande. La responsabilité du médecin doit rester entière. Il faut éviter une procédure qui conduirait à la tribunalisation de la demande. Plusieurs conditions sont indispensables : le médecin doit avoir informé son patient ; il doit consulter un confrère afin de vérifier que la situation est sans espoir et qu'aucune guérison ne peut être envisagée ; il peut demander différents avis mais doit rester l'interlocuteur obligé du patient. La *souveraineté autonome du patient sur sa propre vie* est une valeur essentielle.

Pour M. MAHOUX, l'intervention du médecin qui aide un patient à mourir à sa demande est la dernière expression de la solidarité de celui en qui le malade a placé sa confiance. Il pense, lui aussi, que la responsabilité du médecin doit rester entière et que la consultation de tiers ne peut se faire qu'avec des personnes sur l'identité desquelles le patient a donné son accord. Il considère qu'il ne faut pas se figer dans une procéduralisation excessive.

Mme LIZIN pose la question : "Est-il vraiment nécessaire de changer la situation actuelle ?"

**IV.** Pour M. COVELIERS (VLD), *le droit à l'autonomie* est prioritaire. L'euthanasie ne figure nulle part dans notre Code pénal. Il ne faut donc pas l'en sortir. En revanche, il faut veiller à ce que les patients en phase terminale aient le droit de solliciter une aide extérieure lorsqu'ils souhaitent abrégé leur vie. Cette procédure doit être assortie de toutes les garanties nécessaires. Le débat actuel est, selon M. Coveliers, *un pas vers une nouvelle législation*. Ne rien changer à la situation actuelle revient à imposer à tous une conviction déterminée.

(Rappelons que M. Coveliers a déposé une proposition de loi visant à créer un cadre légal pour mettre un terme à l'insécurité juridique à propos de l'euthanasie et à élaborer parallèlement un système de soins palliatifs. Cette proposition dépénalise explicitement l'euthanasie et donne une valeur légale au testament de vie ; voir Bulletin ADMD N° 61, septembre 1996, p. 11).

Mme LEDUC rappelle que la liberté de conscience individuelle a toujours occupé [pour le VLD] une place centrale. Le souhait et la décision d'euthanasie ne peuvent pas être soumis à un contrôle externe ; ils doivent rester une donnée interne du dialogue entre le patient et son médecin.

**V.** La position du **SP** a été exposée par M. ERDMAN. Le point de départ est *le droit à l'autonomie* de l'individu. Chaque cas d'euthanasie doit être enregistré en tant que tel comme cause de la mort. Le *contrôle judiciaire* ne peut constituer une entrave au processus décisionnel. L'orateur est plutôt en faveur d'une *assistance procédurale* impliquant un *contrôle a priori* qui contribuerait à une plus grande sécurité juridique. Une régulation procédurale doit revêtir une forme légale. *Il ne s'agit pas de légaliser expressément l'euthanasie, mais de fixer les conditions de sa dépénalisation*. En plaidant pour un accompagnement procédural sans vouloir procéder à une modification de la loi, on s'engage dans un débat où ni le médecin, ni le patient ne se reconnaissent. De cette manière, on ouvre la voie aux pratiques clandestines et illégales.

VI. M. FORET parle au nom de "neuf individualités (du PRL-FDF) dont les convictions strictement personnelles restent nuancées". Les valeurs essentielles, pour ces personnes, sont la dignité, la liberté et la responsabilité. Une majorité des membres du groupe PRL-FDF considèrent qu'il n'est pas opportun de modifier la législation existante. Toutefois, si devait finalement prévaloir la conviction qu'il faut innover et sortir du cadre actuel, le PRL-FDF ne serait pas absent de la discussion législative. Certains parlementaires PRL sont d'ailleurs les auteurs de propositions de loi qui pourraient constituer une base de discussion valable. Ces propositions visent à définir, dans notre Code pénal, les conditions dans lesquelles un homicide par euthanasie ne serait pas considéré comme un crime, notamment la demande d'une personne majeure, la situation médicale incurable, des souffrances insupportables, l'information correcte du patient, la rédaction collégiale de trois médecins, la possibilité pour le patient de révoquer sa demande (voir proposition de loi Daniel Bacquelaine dans le Bulletin N° 59, mars 1996, p.16).

Pour Mme MAYENCE-GOOSSENS, la nécessité d'une intervention du législateur ne paraît pas établie. En légiférant, on créera une brèche dans le principe fondamental du respect de la vie.

VII. M. BUELENS (Vlaams Blok) refuse résolument l'euthanasie. Il pense que la valeur la plus élevée que constitue la vie est mise en péril par le fléau du déclin moral contemporain. Il plaide pour le développement des soins palliatifs et se réfère à l'autorité du Cardinal Danneels.

VIII. M. LOONES (VU) rappelle que le congrès des Syndicats flamands des Pensionnés était d'avis, dans sa majorité, que le médecin peut intervenir à la demande du patient pour abrégé sa vie. Une majorité s'est aussi dégagée sur la nécessité de réglementer l'euthanasie. La Commission d'éthique du parti, à la question claire "l'euthanasie est-elle un délit ?" a répondu tout aussi clairement "non". Certaines conditions sont évidemment indispensables : patient incurable et en phase terminale, contrôle judiciaire. M. Loonens opte pour une combinaison des propositions 2 et 3. Il ne peut souscrire à la proposition 1 retirant complètement l'euthanasie du Code pénal.

IX. Mme DARDENNE (Écolo) plaide pour le développement des soins palliatifs, mais ceux-ci et la demande d'euthanasie sont complémentaires. Il convient de légiférer pour sortir de l'insécurité juridique actuelle qui entraîne la clandestinité. Les conditions nécessaires sont l'information du patient, la demande persistante d'euthanasie, la

consultation d'un second médecin sur le caractère irréversible de l'état du malade et une déclaration sur la cause spécifique du décès. Les propositions 2 et 3 peuvent rencontrer ses souhaits, mais l'idée d'un jury ou tribunal que certains ont évoquée lui semble peu acceptable. Le médecin devrait consulter un confrère et le patient doit avoir la liberté d'associer ses proches à la décision.

X. M. BOUTMANS (Agalev) rappelle la proposition de loi Cuyvers qu'il a reprise (voir Bulletin N° 59, mars 1996, p.17). *L'euthanasie est un droit du patient, fondé sur son droit à l'autonomie.* Le patient a le droit d'être informé sur son état de santé. Il a droit aussi aux soins palliatifs qui ne doivent pas être opposés à l'euthanasie. Sa proposition se situe à mi-chemin entre la proposition 1 et la proposition 2, et comporte quelques éléments empruntés à la proposition 3. Il n'est pas convaincu que l'introduction du concept d'état de nécessité débouchera sur une jurisprudence efficace.

XI. En concluant le débat, M. le Président SWAELEN a déclaré : "A la demande de plusieurs sénateurs, le Sénat poursuivra le débat sur l'euthanasie en Commissions des Affaires sociales et de la Justice."

## RÉSUMÉ ET COMMENTAIRES

Un consensus s'est dégagé sur les points suivants : a) la définition de l'euthanasie (voir p.1) ; b) la nécessité de développer les soins palliatifs ; c) la nécessité d'informer le patient ; d) le respect de la clause de conscience du médecin (celui-ci ne pourra en aucun cas être contraint de pratiquer l'euthanasie) ; e) la nécessité de poursuivre le débat en commissions.

Seul le Vlaams Blok s'oppose formellement à toute législation sur l'euthanasie et plaide pour le maintien du statu quo.

La position du PRL-FDF est extrêmement ambiguë. M. Foret, qui se présente comme "le porte-parole de neuf individualités dont les convictions strictement personnelles restent nuancées", pense qu'il n'est pas opportun de modifier la législation actuelle (ni d'en établir une nouvelle). Mme Mayence-Goossens renchérit lorsqu'elle affirme qu'en légiférant "on créera une brèche dans le principe fondamental du respect de la vie". Cette position, défendue par le "Vlaams Blok" et nettement plus conservatrice que celle du CVP et du PSC, est cependant contredite de façon radicale par la conclusion de l'intervention de M. Foret dans

laquelle il déclare que "si devait finalement prévaloir la conviction qu'il faut sortir du cadre actuel ... les propositions de loi déposées par certains parlementaires PRL-FDF pourraient constituer une base de discussion". Or la proposition Bacquelaine prévoit une modification du Code pénal et donc une dépénalisation explicite de l'euthanasie. C'est défendre d'abord la proposition 4 pour proposer ensuite la proposition 1 comme base de discussion ! On peut se demander si cette façon de souffler le chaud et le froid est le résultat du mariage PRL-FDF, de nouvelles perspectives pour d'éventuels accords en vue de former le gouvernement après les prochaines élections ou simplement le reflet de divergences morales et idéologiques individuelles. Il nous semble toutefois que l'importance donnée à l'autonomie de l'individu, à sa liberté, sont peu compatibles avec une position défendue par le Vlaams Blok et le maintien d'une loi qui assimile l'euthanasie à un assassinat. Rappelons que depuis 1984, des parlementaires libéraux (MM. Gillet, Klein, Monfils, Bacquelaine) ont déposé des propositions de loi dépénalisant l'euthanasie et que MM. Henrion, Gillet, Hasquin et Monfils ont accepté de faire partie de notre Comité d'honneur.

Tous les autres partis admettent, parfois avec de sérieuses réserves et seulement pour des cas exceptionnels, une réglementation légale de l'euthanasie disculpant le médecin qui l'a pratiquée en respectant certaines conditions. Certains précisent les formes que devraient prendre les nouvelles dispositions légales, d'autres laissent cet aspect dans l'ombre ou adoptent des formules générales sans définir les moyens de mettre celles-ci en application.

Le **CVP** et le **PSC** veulent le maintien de l'interdit légal de l'euthanasie et s'opposent à toute modification du Code pénal. Ils considèrent que la notion d'état de nécessité permet de nuancer les effets trop rigides de l'interdit absolu et prévoient une régulation "procédurale" grâce à laquelle le médecin qui a posé l'acte euthanasique pourra prouver qu'une concertation a priori (avec la famille, l'équipe soignante et une tierce personne non médecin) a été établie qu'il avait effectivement agi en état de nécessité.

La forme légale de cette régulation procédurale n'est pas précisée par le **CVP**, alors que le **PSC** propose une modification de l'A.R. n° 78 sur l'art de guérir. La concertation a priori serait obligatoire, mais il semblerait, d'après les interventions de certains représentants de cette tendance au cours de la discussion, qu'elle ne soit pas contraignante pour le médecin qui, en fin de compte, reste seul responsable de son geste. Le **PSC** ne dit pas comment sera assuré le contrôle a posteriori. La

phrase prononcée par Mme Williame-Boonen "le ministère public et le juge apprécieront", peut faire craindre qu'on envisage une instruction, voire un procès, dans tous les cas d'euthanasie, mais on pourrait considérer que cela implique seulement un contrôle judiciaire comme cela se pratique aux Pays-Bas.

**Écolo** considère qu'il faut légiférer pour sortir de l'insécurité juridique actuelle, sans préciser de quelle façon si ce n'est en préconisant une déclaration sur la cause spécifique du décès. L'idée d'un "jury ou tribunal" qui devrait donner un avis avant la pratique de l'acte euthanasique lui semble peu acceptable. Il s'oppose en cela aux positions du **CVP** et du **PSC**.

Pour la **Volksunie**, l'euthanasie ne doit plus être un délit pour autant que certaines conditions soient remplies : patient incurable, phase terminale et contrôle judiciaire. Son porte-parole, M. Loonens "ne peut souscrire à la proposition 1 retirant complètement l'euthanasie du Code pénal"; ce qui est, selon nous, une façon tronquée de présenter cette proposition, en omettant les conditions liées à la dépénalisation, dont certaines sont précisément celles que préconise son parti. Cela signifie-t-il qu'il s'oppose à toute modification du Code pénal? Il ne l'a pas dit expressément.

Le **SP** semble favorable à une "modification de la loi" ; il ne s'agit pas de légaliser expressément l'euthanasie, mais de fixer les conditions de sa dépénalisation. Ici aussi, on aimerait avoir des précisions sur la façon d'arriver à cette dépénalisation. Le **SP** est toutefois opposé à un contrôle judiciaire a priori.

Le **PS** veut légaliser l'euthanasie lorsqu'elle est pratiquée dans le respect d'un certain nombre de conditions : information du patient, consultation d'un second médecin afin de vérifier que la situation est sans espoir et qu'aucune guérison ne peut être envisagée, possibilité (mais non obligation) de demander d'autres avis. Le **PS** n'a pas précisé sa position sur une modification éventuelle du Code pénal.

Le **VLD** et **Agalev** sont en faveur d'une nouvelle législation. Leurs deux porte-parole ont d'ailleurs déposé des propositions de loi qui prévoient une modification du Code pénal dépénalisant explicitement l'euthanasie. Ce sont les positions les plus proches de celles de l'**ADMD**, mais nous pensons que certains amendements sont nécessaires : il ne faudrait pas limiter le droit à l'euthanasie au patient en phase terminale ou atteint d'une maladie qui provoquera le décès dans un délai rapproché.



Nous pensons que le bilan de ce débat au Sénat est globalement très positif. Les déclarations du porte-parole de tous les partis, à l'exclusion de celui d'extrême-droite, et la perspective d'une poursuite des débats en commissions permettent d'espérer qu'on ne devra plus attendre indéfiniment un changement de la situation actuelle, jugée inacceptable. L'attitude des partis "chrétiens" (catholiques, en réalité), qui refusent un changement du Code pénal et qui font appel à la notion d'état de nécessité, est, de leur point de vue, cohérent : l'euthanasie reste un crime que l'on peut parfois excuser. Or, nous sommes persuadés que beaucoup de personnes (y compris des médecins), la considèrent au contraire comme un acte d'humanité et de compassion que l'on n'a pas à se faire pardonner. Dans un pays où les catholiques pratiquants sont une petite minorité, une nouvelle législation sur l'euthanasie ne devrait pas maintenir et imposer à la majorité une conception morale liant euthanasie et culpabilité. Il faut néanmoins reconnaître que ces partis ont fait preuve d'une remarquable ouverture d'esprit en acceptant le principe d'une réglementation légale.

Est-il outrecuidant de penser que l'ADMD a joué un certain rôle dans cette évolution des mentalités des hommes politiques ? Après tout, ceux-ci représentent la nation, et l'ADMD, nous en sommes persuadés, exprime les vœux de la grande majorité de la population.

Y. Kenis

*Monsieur le Sénateur Michel Foret, président du groupe PRL-FDF, nous a fait parvenir la lettre ci-dessous. Nous publierons dans le prochain bulletin toutes les réponses et remarques que nous auront envoyées les intervenants du débat organisé par le Sénat et nos propres commentaires.*

Monsieur le Président,

J'ai bien reçu votre courrier du 16 février dernier relatif au débat organisé par le Sénat les 9 et 10 décembre 1997 sur le thème de l'euthanasie.

Je vous remercie de cet envoi qui a retenu toute mon attention.

Permettez-moi cependant de ne pas marquer mon accord sur la manière dont vous appréhendez et relatez la position de mon groupe en la qualifiant d'ambiguë.

En premier lieu, je tiens à préciser qu'en parlant de "neuf individualités dont les convictions strictement personnelles restent nuancées", mon intention était de rappeler un préalable essentiel : le PRL est un parti pluraliste qui professe pour chacun de ses membres la liberté de pensée et pour ses parlementaires, la liberté de vote dans les matières éthiques.

Ceci dit, les sénateurs du Groupe PRL-FDF estiment

communément qu'un certain nombre de principes fondamentaux doivent être mis en évidence et doivent guider la réflexion sur le thème délicat de l'euthanasie : la dignité, la liberté et la responsabilité s'imposent avec force comme des valeurs essentielles qu'il est indispensable de respecter en toutes circonstances.

De manière tout aussi commune, notre groupe a dégagé un certain nombre de constats objectifs :

- le Comité de Bioéthique n'a pas abouti à un consensus puisqu'il envisage 4 possibilités d'approche du problème sans en privilégier aucune.

- Peu d'Etats se sont dotés d'une législation spécifique en matière d'euthanasie.

- Notre Code pénal classique offre des possibilités tant pour poursuivre pénalement d'éventuels comportements abusifs, que pour disculper ou déresponsabiliser les auteurs d'actes d'euthanasie.

- La pratique médicale montre qu'il existe chez nous un réel souci d'accompagnement vers la mort.

- La pratique judiciaire ne révèle pas d'abus débouchant sur des plaintes qui entraînent des poursuites habituelles ou répétées. De plus, les parquets ne réclament pas de législations spécifiques.

Ces constatations ont amené la majorité des membres du groupe à considérer qu'il n'est pas actuellement opportun de modifier la législation existante et de légiférer de manière spécifique en matière d'euthanasie.

Cette conclusion ne signifie absolument pas que la situation reste, pour nous, définitivement figée dans son état actuel. Puis-je vous rendre attentif aux propos que j'ai tenus en fin de discussion et qui confirment notre ouverture d'esprit : "le dialogue et la réflexion parlementaire entamés doivent se poursuivre et s'alimenter du fruit de toutes les expériences individuelles sans tabou, sans crainte, sans intégrisme de la pensée, avec une volonté constante d'ouverture et d'écoute".

Ceci m'amène à conclure que la position de mon groupe n'a rien d'ambigu. En effet, si cette maturation de la réflexion parlementaire devait déboucher sur une volonté majoritaire d'innovation (législation spécifique), le PRL-FDF ne serait pas absent du débat puisque un certain nombre de ses parlementaires – en vertu de leur liberté de conscience – ont d'ores et déjà émis des propositions que nous retiendrions comme base de discussion, à nouveau sans préjuger de la liberté de vote accordée à chaque parlementaire libéral en semblable matière éthique.

Je ne vois aucune contradiction entre ces deux attitudes dont la seconde n'est que subsidiaire (et non concomitante) à la première.

Puis-je dès lors vous inviter à revoir votre texte en fonction des précisions développées ci-dessus ?

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

(s) Michel Foret

## LES RÉACTIONS DANS LA PRESSE

# La Belgique sera-t-elle le premier pays à disposer d'une loi sur l'euthanasie?

Le Généraliste, 7 janvier 1998

Dépénalisation de l'euthanasie

## Un débat mort-né?

Le débat sur la dépénalisation de l'euthanasie arrive aujourd'hui au Parlement. Si les partis politiques ont tous arrêté leur position en la matière, on sent les élus du peuple peu enthousiastes à s'engager dans un débat que seule une minorité de professionnels de la santé semble réclamer.

Le Journal du Médecin, 9 décembre 1997

*Il est intéressant de comparer les titres de ces deux journaux destinés aux médecins. Le Journal du Médecin a pour rédacteur en chef le docteur Maurice Einhorn, qui ne manque aucune occasion d'évoquer le soi-disant précédent nazi et qui, comme nous le rappelions dans notre billet du président de juin 97 "voue aux gémonies toute tentative de légalisation de l'euthanasie". On a l'impression qu'il jouerait volontiers le rôle d'avorteur dans ce débat qui, malgré lui, semble pourtant bien vivant aujourd'hui.*

### L'avis d'une responsable en soins palliatifs : il faut légiférer !

POUR DÉPÉNALISER L'ACTE DU MÉDECIN  
ET POUR OBTENIR L'ACCORD DU PATIENT

La Lanterne, 11 décembre 1997

Dans la plupart des hôpitaux belges, des médecins et des infirmiers s'occupent de prodiguer aux patients en phase terminale ce qu'on appelle des soins palliatifs. Ils permettent aux malades de moins souffrir durant leurs derniers moments.

Après les témoignages de médecins que nous avons publiés hier, nous avons également

demandé l'avis autorisé de Mme X, médecin responsable des soins palliatifs dans un grand hôpital liégeois.

La Belgique doit-elle instaurer une loi sur l'euthanasie ?

*"Je pense que oui et ce pour deux raisons. La première est d'éviter les poursuites judiciaires au médecin qui pratique l'euthanasie. La seconde est pour que la demande émane toujours du patient lui-même car, trop souvent, c'est le médecin qui décide à la place du malade. Et si ce dernier n'est pas conscient, il faut instaurer une consultation plus large avec la famille et d'autres médecins par exemple".*

Pour celui qui pratique les soins palliatifs, la demande d'euthanasie d'un patient n'est-elle pas considérée comme un échec ?

*"Non, car la qualité de vie des uns peut ne pas être la même pour d'autres. Vous savez, dans tous ces cas de maladies incurables, les douleurs physiques peuvent être soulagées efficacement. Ce sont souvent les douleurs morales qui sont les plus terribles à supporter."*

Chez vous, y a-t-il beaucoup de demandes d'euthanasie ?

*"Vu qu'on en parle beaucoup plus dans les médias, nous avons davantage de demandes depuis quelques années. Nous considérons que chaque patient est maître de sa vie. Dans la plupart des cas, la famille est bien sûr au courant mais ce n'est pas à elle de nous faire une telle demande, car elle a parfois de sombres idées derrière la tête"*.

Comment cela se passe-t-il concrètement ?

*"Chaque cas est particulier. Une fois qu'un patient a décidé d'en finir, s'il n'en peut vraiment plus, on n'attendra pas trois jours. Si la douleur est maîtrisée, il peut encore avoir des choses à dire à sa famille. Il aura ainsi le temps de réfléchir et peut-être encore de changer d'avis"*.

Et ensuite ?

*"Une fois la décision prise, c'est le médecin qui décide du dosage de la perfusion. Parfois, il reste près du patient, mais c'est rare. L'infirmière se retrouve souvent seule avec le malade dans ses derniers moments. Régulièrement, des membres de la famille sont aussi présents."*

Et le malade s'endort... pour ne plus se réveiller.

Luc Gochel

## L'avis de médecins généralistes

### LES DEMANDES SE MULTIPLIENT

La Nouvelle Gazette, 10 décembre 1997

Médecin généraliste depuis presque 20 ans, le Dr X a déjà été amené à pratiquer l'euthanasie : *"Dès ma première année de pratique, j'ai été amené à accéder à la demande d'un patient. Il y a 20 ans, ce n'était pas un débat, c'était une pratique. C'est en voyant la société évoluer sur d'autres points qu'on a commencé à se poser la question"*.

Il préfère parler d'accompagnement : *"J'ai un long suivi de mes patients, je les connais depuis longtemps, je parle d'un tas de sujets avec eux. Si*

*un patient a abordé ces problèmes de vie avec moi et si j'ai accepté de l'assister, un contrat de confiance se crée entre nous. J'accompagne mon patient selon le contrat de vie que nous avons passé ensemble. Je n'ai jamais euthanasié personne. Il m'est arrivé d'accompagner Paul, Louis ou Martine, pas un numéro. Cela change totalement les données du problème. Cela ne dépend que de mon patient et de moi-même. Je ne dois pas obtenir l'aval ou l'excuse d'une équipe d'infirmières, d'aides soignantes, d'autres médecins qui exercent au même étage que moi"*.

Le Dr X dénonce l'hypocrisie qui règne actuellement : *"La personne à qui je prescris trois boîtes de morphine et trois boîtes de Valium et à laquelle je ne prescris plus rien ensuite parce qu'elle est décédée, tout le monde sait que je l'ai tuée : la pharmacie qui a délivré les boîtes, la mutuelle qui rembourse, l'inspecteur des pharmacies. Tout le monde ferme les yeux. Il suffirait de regarder dans les fichiers informatiques des mutuelles pour savoir qui a reçu trop de médicaments avant de ne plus jamais en recevoir. Ce qui se passe à l'heure actuelle dépend uniquement du bon plaisir. Je ne demande pas le droit à l'euthanasie mais le droit à la dépénalisation dans des conditions requises"*.

Le fait que l'euthanasie soit actuellement illégale ne lui pose personnellement aucun problème de conscience : *"Dans ma pratique personnelle, une loi sur l'euthanasie ne m'apporterait rien, mais je pense que cela serait bénéfique pour les patients parce qu'ils oseraient en parler, ils pourraient faire valoir leur idée de la vie. L'euthanasie se pratique souvent en Belgique. En milieu hospitalier, on décide assez souvent d'arrêter la vie en coupant une machine, en administrant une solution lytique. Malheureusement, cela ne se décide pas toujours pour des gens qui le veulent. C'est extrêmement problématique. Dans notre société, ceux qui veulent l'euthanasie ne l'obtiennent pas nécessairement et d'autres qui ne la demandent pas l'ont d'office. Aucun patient ne sait à l'avance sur quel médecin il va tomber. Je souhaite qu'on reconnaisse le droit au malade à faire valoir sa position philosophique au sujet de sa fin de vie, selon son sens de la dignité et non selon le sens induit par les autres"*.

Ce praticien est favorable à la procédure *a posteriori* comme en Hollande plutôt qu'à une procédure *a priori* impliquant une discussion éthique avec le patient, le médecin, la famille, le personnel soignant et une tierce personne désignée par le comité d'éthique local. *"L'autorisation préalable est une organisation du droit du médecin à pratiquer l'euthanasie tandis que le*

*rapport a posteriori est une solution pour le patient*", affirme-t-il.

A l'Institut Bordet, malgré l'interdiction légale, il existe une procédure calquée sur le système hollandais pour répondre aux demandes d'euthanasie active formulées par les patients. *"La demande d'euthanasie active était très rare auparavant. Les gens savaient que c'était illégal. Souvent, lorsqu'ils la demandaient, ils se heurtaient à un refus. A l'Institut Bordet, nous avons toujours eu une attitude un peu plus ouverte. Face à une maladie incurable, si on a pu faire la preuve par un psychiatre que ce n'est pas une crise de dépression mais une décision prise en âme et conscience après avoir été bien informé, on répond à la demande"*, explique un cancérologue, qui a constaté une hausse des demandes au cours des dernières années : *"Il y a toujours une relation de confiance entre le patient et le médecin. En cancérologie, on ne peut pas travailler si le patient n'a pas confiance. Le patient doit croire au traitement qu'on lui propose surtout s'il sort des sentiers battus. Quand le médecin donne un espoir, il n'a jamais de demande d'euthanasie. Les demandes émanent de patients bien informés qui savent qu'ils sont condamnés à brève échéance, de patients qui souffrent et refusent les soins palliatifs à cause de l'atteinte à la conscience provoquée par les fortes doses d'anti-douleur, de patients qui moralement ne supportent plus leur déchéance physique, leur dépendance vis-à-vis de la famille. Avant, on avait une demande tous les deux ans, maintenant on en a plusieurs par an. Les demandes d'euthanasie active sont étroitement liées à l'information des patients. Comme on en a beaucoup parlé dans la presse, ils savent que certains médecins vont accéder à leur demande alors qu'avant ils n'auraient même pas osé poser la question. Même à l'Institut Bordet, certains médecins refusent de pratiquer l'euthanasie. Mais ils ont la correction d'aiguiller leur patient vers l'équipe de soins palliatifs. Peu de patients savent que si leur médecin refuse ils peuvent faire appel à un autre médecin"*.

L'autorisation préalable par un collègue comprenant la famille ne lui semble pas une bonne solution : *"Si le collègue refuse, le médecin sera en porte-à-faux vis-à-vis du patient. S'il passe outre, il risque la prison. De plus, cela risque de poser de terribles problèmes de conscience aux membres de la famille. Cela pourrait être pire que la situation actuelle. Il faut respecter le droit à l'autodétermination du patient"*.

E. Ma.

## LA SITUATION ACTUELLE EST MALSAINE

Le Généraliste, 17 décembre 1997

(Extraits d'une interview du Dr Bob Gérard, médecin généraliste et administrateur de la SSMG).

Le Généraliste : *Comment vous situez-vous par rapport au débat actuel ?*

Bob Gérard : Des quatre propositions qui sont examinées, je me rapprocherais plutôt de la troisième solution: une prise en compte au cas par cas, dans le cadre d'une équipe soignante qui participe à la décision. Je ne suis pas très favorable au dialogue singulier médecin/patient; je préfère l'idée d'un soutien par d'autres personnes qui permettrait de diluer la responsabilité .

Bien sûr, on peut considérer que la vie est là dès que deux cellules fusionnent mais, pour reprendre le cas de ma patiente grabataire, que signifie la vie humaine dans ce cas ? C'est une personne qui est en déclin, en phase terminale, une vie végétative où il n'y a plus d'activité cérébrale et donc plus de moyens de communication. Or, ce qui caractérise l'être humain, c'est sa capacité à communiquer avec les autres.

L.G.: *Selon vous, faut-il légiférer, apporter une modification à la loi ?*

B.G. : Il faut qu'il y ait une loi dans laquelle les gens, les médecins entre autres, se sentent à l'aise. Il faut clarifier la situation actuelle. Pour l'instant, les médecins qui pratiquent l'euthanasie ne s'en vantent évidemment pas puisque c'est illégal. Je ne crois pas qu'une modification de la loi changerait quoi que ce soit à la relation patient/médecin. Cependant, il vaudrait mieux que les médecins puissent parler de l'euthanasie, de leur expérience, entre eux et sans risque.

Comment cela se passe-t-il maintenant ? Les médecins effectuent certains gestes en catimini, avec des méthodes qu'ils ont élaborées tout seuls. Si on trouve une formule sur Internet, on est prêt à l'expérimenter. Tout cela est malsain. Si l'on veut être réellement scientifique et utiliser des méthodes propres, efficaces, il faut que l'on puisse débattre de ce sujet sans crainte de poursuites.

Si on laisse la situation en l'état, sans rien changer, la pratique va continuer à être mauvaise car tout le monde se cache. Or, on n'est pas formé pour poser de tels actes et certains pratiquent l'euthanasie sans qu'on sache exactement sur quelle échelle. Ce n'est pas acceptable.

C.V.

## L'avis d'un philosophe, Edouard Delruelle,

chargé de cours à la faculté de philosophie et lettres de l'Université de Liège et membre du Comité consultatif de bioéthique. Il a participé, en tant que co-rapporteur, à la commission restreinte de ce comité, chargée d'étudier le problème de l'euthanasie.

Le Peuple, 12 décembre 1998

*Certains, notamment des membres du parti libéral, disent qu'il n'y a pas de vide juridique, que, dans la pratique, les parquets ne poursuivent pas les médecins et que les euthanasies sont pratiquées relativement dans de bonnes conditions. Donc, pour eux, le statu quo n'est pas mauvais et il vaut mieux maintenir l'interdit légal. Qu'en pensez-vous ?*

Dire que la situation n'est pas mauvaise sur le terrain, c'est faux. Je ne suis pas d'accord avec cet argument-là. Premièrement, l'incohérence entre la loi et la pratique ne me semble pas bonne. Deuxièmement, cela ne se passe pas si bien que certains le prétendent et cela pour plusieurs raisons. D'abord, il y a des médecins qui seraient en mesure de pratiquer des euthanasies dans de bonnes conditions après un véritable dialogue avec le patient et qui ne le peuvent pas à cause de l'interdit. En parler explicitement c'est dangereux pour les médecins et les malades n'osent pas en parler à leur médecin car ils savent bien que le médecin ne peut pas et, si même ils lui en parlent explicitement, le médecin est obligé de répondre évasivement, surtout en présence d'un proche qui deviendrait alors un témoin de l'assassinat. Donc il y a des non-dits et des malentendus.

*Quelles sont les autres raisons ?*

Lorsqu'il pratique l'euthanasie - un tiers des médecins ont avoué l'avoir fait - le médecin est obligé de dissimuler l'acte euthanasique, de faire passer cela pour une mort naturelle. D'un point de vue strictement médical, il s'interdit d'utiliser les substances les plus appropriées, celles qui font le moins souffrir, qui donnent la mort la plus rapide, sinon ce serait à l'évidence une euthanasie. Donc, ils se servent de substances qui font passer la mort assistée pour une mort naturelle, un arrêt cardiaque par exemple. Cela n'est pas bon car les substances en question laissent le malade dans un état végétatif tout à fait dégradant, pendant un, deux voire trois jours.

Et puis, vous avez tous les médecins qui ne pratiquent pas l'euthanasie dans de bonnes conditions éthiques, par exemple ceux qui laissent un petit mot à l'infirmière de nuit, qui doit alors pratiquer

le geste et qui est très embêtée. Ou bien elle le fait alors que ce n'est pas à elle de le faire et elle tue quelqu'un, ou bien elle ne le fait pas et elle désobéit alors à son médecin.

Actuellement, nous sommes dans une situation où la bonne euthanasie n'est pas vraiment permise, pas vraiment possible, et où la mauvaise reste impunie. Cette situation n'est pas saine, ni sur le plan juridique, ni sur le plan pratique.

Propos recueillis par

Luc Ruidant

## L'avis du ministre de la Santé publique

ENFIN, NOUS SOMMES ASSEZ ADULTES,  
DANS CE PAYS...

La Wallonie, 11 décembre 1997

*En déclarant dans une interview accordée au mensuel du SP "Doen" en novembre 1995, qu'il avait demandé en 1989 aux médecins qui soignaient sa mère atteinte d'un cancer de mettre fin à ses souffrances, le ministre socialiste flamand de la Santé publique, Marcel Colla, avait jeté un pavé dans la mare et fait voler en éclats un des tabous les plus puissants de notre société. Reconnaisant à l'époque qu'au terme de la loi, il était "en fait un assassin", ce qu'il trouvait "inimaginable", il avait ajouté qu'il espérait que son témoignage permettrait de faire avancer ce débat de société. Deux années plus tard, il ne peut par conséquent que se réjouir de l'ouverture au Sénat du débat sur l'euthanasie.*

*Confirmez-vous la confession que vous aviez faite il y a deux ans, confession considérée comme courageuse par les uns mais indécente par les autres ?*

- Je ne vais pas revenir sur ce que j'ai dit il y a deux ans. J'ai dit ce que j'avais à dire. C'est chose faite. Je confirme uniquement que ce qui s'est passé à cette époque-là avec ma mère était conforme au code déontologique de l'Ordre des médecins.

*Vous aviez déjà l'intention de provoquer un débat...*

- Depuis toujours, mon intention était que nous puissions enfin avoir un débat serein sur la question de l'euthanasie. Ce n'était pas du tout une manoeuvre de ma part. Il n'y avait pas de but politique dans ma déclaration. Je ne pensais d'ailleurs pas qu'elle serait publiée comme elle l'a

été. Mais personne ne m'a cru.

*Deux années plus tard, le débat est enfin lancé.  
Qu'en pensez-vous ?*

- Je fais quatre constatations. Je pense tout d'abord que le fait même qu'un débat sur une question éthique de premier ordre, telle que l'euthanasie, se déroule au Sénat est un événement formidable et même historique. Enfin, nous sommes assez adultes dans ce pays pour mener un débat de fond sur des problèmes de société très délicats. Pour l'instant, il s'agit de l'euthanasie. J'espère bien que nous allons continuer dans cette voie-là car il y a évidemment d'autres problèmes éthiques qui se posent.

Deuxièmement, je constate que le débat a été très serein et surtout j'ai l'impression que les participants avaient l'intention de trouver une solution qui, dans une société pluraliste, donne la possibilité à chacun d'agir selon ses opinions philosophiques quelles qu'elles soient. Troisièmement, je crois que se développe un consensus pour dire qu'il faut un cadre légal, ce qui me paraît important si l'on veut donner les garanties nécessaires aux patients. J'ai toujours défendu cela alors qu'à un moment donné, même ceux qui étaient favorables à un système d'euthanasie n'étaient pas tellement chauds pour un cadre légal. Quatrièmement, il me semble que tout le monde se rapproche de la même philosophie, à savoir le droit de vivre mais aussi le droit pour tout le monde de vivre une vie qui vaille la peine et qui garantisse une qualité minimale.

*Le Comité consultatif de bioéthique a émis quatre propositions. Y en a-t-il une qui vous paraisse meilleure que les autres ?*

- Philosophiquement parlant, j'aime beaucoup la première piste. Mais je dois être réaliste. Ni la première ni la quatrième, ne seront suivies si nous voulons aboutir à un consensus et à une solution qui respectent le pluralisme des opinions. Donc, la discussion porte surtout sur les pistes deux et trois. Je pense qu'une combinaison de ces deux pistes-là pourrait faire l'affaire. Il faut tendre vers un équilibre entre le droit de chaque personne à disposer d'elle-même et la garantie que le corps médical ne fasse pas des choses qu'elle n'aurait pas vraiment voulues. Personnellement, j'espère qu'on ira vers une solution qui soit la plus proche possible de la piste deux, celle qui respecte la demande du patient et qui privilégie le colloque singulier entre ce dernier et le médecin.

Propos recueillis par  
Luc Ruidant

## L'avis d'un parlementaire européen

EUTHANASIE ET PRUDENCE

Le Soir, 7 janvier 1998

Le débat sur l'euthanasie s'est ouvert de manière intéressante au Sénat. Il s'agit d'un sujet de société difficile, qui peut concerner chacun d'entre nous, de nos proches, amis ou parents. Il mérite un large débat dans la société comme dans les partis. Il ne doit pas être artificiellement réduit à une répétition du débat sur la dépénalisation de l'avortement.

Je suis d'une génération de femmes dont le combat pour la libération des femmes, le droit à disposer de son corps, de procréer librement, de choisir d'avoir un enfant ou pas, ont motivé l'engagement politique.

Pour nous, ce combat n'était pas un combat pour le droit de tuer mais, au contraire, pour le droit de donner la vie dans des conditions assurant l'épanouissement de la femme et de l'enfant. L'assimiler à l'euthanasie serait donner raison aux intégristes qui, au nom du soi-disant "respect de la vie", voulaient nous empêcher de choisir.

Au Parlement européen, je vois l'intégrisme relever la tête. Une curieuse coalition, comprenant certains élus verts et la droite la plus réactionnaire, remet en cause, peut-être sans le vouloir, les conquêtes des femmes au nom du "droit à la vie". Ne facilitons pas cette offensive par une confusion irréfléchie et sans fondement.

Militante socialiste, j'ai appris qu'un droit, une liberté ne valent que dans des conditions concrètes d'exercice. Le refus de dépénaliser l'avortement ne violait pas le droit des bonnes bourgeoises, qui pouvaient toujours trouver des médecins accommodants sous d'autres cieux. Mais il condamnait au calvaire, à la tricoteuse et parfois à la mort les femmes qui n'avaient pas ces ressources.

Je ne crois pas que la comparaison vaille pour le problème de l'euthanasie, qui pose la question du droit à une mort digne, sans souffrances inutiles. Il s'agit de permettre à chacun de choisir à l'instant suprême, quelles que soient sa classe, sa race, sa religion, afin de mourir dignement. A cela, les réponses sont multiples et valent qu'on en discute. Mais que l'on sache que, parmi ceux ou celles qui ont défendu avec acharnement la dépénalisation de l'interruption de grossesse, qui rendent hommage à Roger Lallemand d'avoir mené à bien le changement de la loi, il en est qui ne souhaitent pas s'engager dans la voie pure et simple de la dépénalisation de l'euthanasie.

J'en suis. Bien sûr, la situation ne doit pas rester en l'état, et le débat au Sénat permettra de sortir de l'immobilisme actuel.

Au Parlement européen, lors de la précédente législature, Léon Schwartzberg a rédigé un rapport sur l'euthanasie. Nous nous sommes rendus compte que, comme pour toutes les questions éthiques, il s'agissait d'une affaire de conscience personnelle. Nous avons constaté des clivages et des situations multiples et parfois surprenantes : nos collègues hollandais nous ont rendus attentifs aux abus constatés dans leur pays, des Français ont plaidé pour les soins palliatifs alors que la France a pendant longtemps freiné l'usage de la morphine.

Nous nous sommes tous rejoints pour constater l'impossible solution à une trop grande échelle.

Ce qui reste de cette confrontation et aussi d'expériences personnelles est l'observation de la plus grande prudence. La médecine s'est préoccupée de la maladie et trop peu de la souffrance. Or, le plus souvent, c'est la souffrance qui pose problème au patient et à son entourage. C'est la douleur que la médecine, les législateurs et la politique sociale doivent mettre au centre de leurs préoccupations et leurs efforts.

Le champ d'action est plus vaste et, même si je ne crois pas que la dépénalisation de l'euthanasie soit adéquate, la proposition du Sénat nous place tous face à nos responsabilités.

Raymonde Dury, députée européenne (PS)

Nous reproduisons ci-dessous le texte de la lettre que notre président, le Dr Kenis, adressa à Mme Dury après avoir pris connaissance de son article.

*Chère Madame,*

*J'ai lu avec intérêt, mais aussi avec perplexité, votre article "Euthanasie et prudence" dans Le Soir du 7 janvier. Je comprends bien vos appréhensions face aux tentatives des intégristes à remettre en cause la loi sur l'IVG. Venant de prendre connaissance du numéro d'Espace de Libertés [n°257, janvier 98] consacré à l'affaire Peers, il m'apparaît qu'il y a beaucoup de points communs entre la lutte menée à cette époque et le combat actuel pour la dépénalisation de l'euthanasie à la demande du patient. La façon dont nos adversaires présentent l'avis du Comité consultatif de bioéthique est fallacieuse en ce qui concerne la proposition 1. Personne – ni parmi les membres du comité, ni dans les associations pour*

*le droit de mourir dans la dignité, ni parmi les parlementaires qui ont déposé des propositions de loi – ne demande une dépénalisation "pure et simple" de l'euthanasie. Celle-ci est toujours accompagnée de conditions très strictes, garanties contre les abus. Roger Lallemand qui était aussi réticent au départ, a déclaré lors du débat au Sénat : "il convient de légaliser l'euthanasie". Ne pas changer le Code pénal revient à maintenir un lien entre euthanasie et culpabilité. Les nombreux médecins qui ont accepté d'aider un malade à mourir ont le sentiment de lui avoir donné la dernière preuve d'amour et de compassion. Ils ne se sentent pas coupables et n'attendent pas un pardon. Ils ont été bénis par leur patient au moment où ils accomplissaient cet acte. La relation de confiance qui s'installe entre le malade et le médecin qui accepte l'idée d'apporter son aide "le jour où..." est d'une qualité tout à fait exceptionnelle. Cette confiance peut parfois être en elle-même une raison suffisante pour que le patient supporte mieux les souffrances de la fin de sa vie et décide finalement d'attendre la mort naturelle.*

*S'il apparaît au cours du débat parlementaire qu'il est impossible d'arriver à un consensus (ou à une majorité) sur le changement du Code pénal, on pourrait alors, pour des raisons tactiques, accepter un autre type de régulation légale, par exemple une modification de l'A.R. sur l'art de guérir, comme le préconise le PSC, mais de toute façon en évitant le piège de la proposition 3 du Comité consultatif de bioéthique qui introduit une instance extérieure (certains ont dit "un tribunal") décidant à la place du patient et réduisant la responsabilité du médecin. Il est évident qu'un acte aussi grave demande une concertation préalable, mais celle-ci ne peut se faire qu'avec des personnes acceptées par le patient (ses proches, un ami, un prêtre ou un conseiller laïque, p. ex.) et seulement si celui-ci le souhaite. Le maintien du statu quo (l'euthanasie est assimilée à un meurtre) n'a été défendu au Sénat, dans les interventions des sénateurs, que par le représentant du Vlaams Blok, se prévalant des déclarations de Mgr Danneels. Tous les autres groupes (le PRL-FDF avec beaucoup d'ambiguïté) ont reconnu la nécessité de légiférer.*

*Je vous adresse, pour le cas où vous ne l'auriez pas déjà lu, le texte que j'ai rédigé pour les membres du Comité consultatif de bioéthique.*

*Je vous prie de croire, chère Madame, à l'assurance de mes sentiments les plus distingués.*

*(s) Dr Y. Kenis*

## L'avis d'un lecteur du journal Le Soir

Le Soir, 7 janvier 1998  
(rubrique "Courrier")

(...)

Plutôt que de légiférer sur les possibilités de tuer un malade, ne devrait-on pas lutter contre l'acharnement thérapeutique, développer les soins palliatifs et former les médecins et le personnel soignant à l'accompagnement des mourants (formation absolument insuffisante à l'heure actuelle !)?

La loi ne doit pas changer puisque déjà à l'heure actuelle, les cas "extrêmes" sont "couverts" par l'article 71 du Code pénal (prévoyant entre autres la force majeure).

M. Terlinden (Nethen)

*(ndlr) Ce lecteur oppose à une dépénalisation de l'euthanasie le développement des soins palliatifs, la lutte contre l'acharnement thérapeutique, l'éducation à l'accompagnement des mourants.*

*Devons-nous répéter que pour nous il n'y a pas opposition mais complémentarité. Nous sommes **contre** l'acharnement thérapeutique, **pour** le développement des soins palliatifs et **pour** l'éducation à l'accompagnement des mourants.*

*Mais nous nous préoccupons aussi de l'aide à ceux dont les soins palliatifs ne soulagent pas la souffrance et qui souhaitent qu'il y soit, à leur demande expresse, mis fin.*



*Les adversaires de l'euthanasie insinuent fréquemment que les crimes nazis constituaient une conséquence de lois autorisant l'euthanasie. Lors de l'adoption par le Parlement néerlandais des dispositions légales autorisant l'euthanasie, l'Osservatore Romano, organe du Vatican, accusa même les Pays-Bas de s'engager sur la voie du nazisme !*

*Pour mettre un terme à ces calomnies, notre président a fait publier dans la Revue Générale, l'article que nous reproduisons ci-dessous.*

## LE NAZISME ET L'EUTHANASIE

*L'euthanasie puisqu'il faut l'appeler par son nom à l'horrible sonorité...*

*Léon Schwartzberg, Changer la mort, 1977*

*L'euthanasie est un mot qui a malheureusement été écrit en lettres de sang. Tous les dictionnaires font une faute d'orthographe : on devrait l'écrire nazi. Euthanazi.*

*Jérôme Lejeune, dans : Chabanis, La mort, un terme ou un commencement ?, 1982*

*Le mot euthanasie ne plaît à personne - et pas seulement parce qu'il rime avec nazi.*

*Le Monde, 21 septembre 1984*

*La première loi autorisant l'euthanasie sur base de critères objectifs de dégradation de la santé, faut-il le rappeler, fut une loi nazie.*

*Roger Lallemand, Le Journal des Procès, 3 février 1995*

Dr Yvon Kenis  
Revue Générale, janvier 1996  
(Éd. De Boeck/Duculot)

Le mot euthanasie a eu longtemps mauvaise presse après la Seconde Guerre mondiale, à la suite de la révélation des crimes nazis, dont certains avaient été qualifiés d'euthanasiques. Utiliser le mot, c'était prononcer l'anathème ; brandir le spectre des crimes nazis semblait suffisant pour clore toute discussion (1). L'horreur de ces crimes avait entraîné l'horreur du terme lui-même ; les citations en exergue montrent que celle-ci était partagée par des personnalités aussi opposées par leurs convictions morales – notamment à propos de l'euthanasie – que Léon Schwartzberg et Jérôme Lejeune. Il s'agissait véritablement d'un tabou. Mais les choses ont évolué. Une revue d'extraits de la presse francophone de Belgique et de Suisse (et du journal *Le Monde*) rassemblés par l'ADMD (2) montre une diminution significative du nombre d'extraits contenant le rapprochement

euthanasie/nazisme, qui passe de 5 p. cent pour la période 1982-1987 à 1,2 p. cent en 1990-1994. Par cette approche grossière, on a donc l'impression que la presse d'information et d'opinion, au cours des cinq dernières années, a renoncé presque complètement à associer euthanasie et nazisme (3). Précisons que ceci concerne exclusivement la presse quotidienne et hebdomadaire. Il n'a pas été possible de faire la même recherche dans les périodiques, les revues et les livres, mais au hasard de nos lectures d'ouvrages de bioéthique ou d'articles sur la mort, nous avons souvent rencontré des références à l'Allemagne national-socialiste à propos de la législation sur l'euthanasie (4). On évoque ici l'argument du risque d'abus, de la "pente glissante" qui mènerait, de façon quasi automatique, de l'euthanasie pratiquée à la demande d'un patient en phase terminale, au

“meurtre par pitié” des malades inconscients et des nouveau-nés malformés, pour en arriver finalement à l’élimination des personnes séniles et des “bouches inutiles”. Il convient d’examiner si l’histoire de l’Allemagne de 1933 à 1945 apporte un argument en faveur de cette thèse.

On peut affirmer d’emblée qu’il n’y eut jamais de loi autorisant l’euthanasie *volontaire*, c’est-à-dire à la requête du patient. De plus, il n’y eut jamais de loi permettant aux médecins de hâter la mort de certaines catégories de malades. A la fin de l’année 1938 ou au début de 1939, Hitler autorisa, par l’intermédiaire de son médecin personnel Karl Brandt, l’euthanasie d’un enfant atteint d’une malformation congénitale grave (5). Cette décision à propos d’un cas particulier est souvent considérée comme le point de départ du programme d’“euthanasie” mis en œuvre dans le courant de l’année 1939. En mai 1939, Karl Brandt créa un “Comité scientifique pour le recensement des maladies héréditaires et congénitales graves” (*Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von Erb- und Anlagebedingter schwerer Leiden*) qui dépendait directement de la Chancellerie du Führer. Cette dénomination anodine, évoquant l’idée d’un registre à visée scientifique, camouflait la structure mise en place pour réaliser l’élimination des nouveau-nés et des enfants atteints de déficiences congénitales plus ou moins graves. L’opération devait être strictement secrète et réalisée à l’insu des parents, soit au moment de la naissance, soit dans les institutions où étaient hébergés les enfants. Les sages-femmes et les médecins étaient tenus de signaler aux autorités les naissances d’enfants atteints de “mongolisme, idiotie, micro- ou hydrocéphalie, difformités, malformations crâniennes, spina-bifida, etc.”. Sur la base des données recueillies, un comité de médecins décidait quels enfants devaient être envoyés dans l’une ou l’autre des institutions hospitalières où ils étaient exécutés. Les parents recevaient une lettre standard, utilisée par toutes les institutions, les informant de la mort inopinée de leur enfant à la suite d’une infection, d’un œdème cérébral ou d’une autre cause inopinée. Le nombre des victimes est évalué à plus de 5 000 enfants (6).

En octobre 1939, Hitler signa une note, antidatée du 1er septembre 1939 (date de l’entrée en guerre avec la Pologne), autorisant le docteur Karl Brandt et Philip Bouhler, chef de la Chancellerie du Führer, “d’étendre les attributions de certains médecins pour leur permettre, selon une appréciation aussi rigoureuse que possible dans l’état actuel des connaissances humaines, d’accorder une mort miséricordieuse (*Gnadenstod*) aux malades qui auront été jugés incurables.”(7).

Cette note ou mémorandum était rédigée sur le papier à en-tête personnel d’Hitler et n’avait aucun caractère officiel. En fait, l’élimination de malades mentaux adultes hospitalisés avait commencé plusieurs mois auparavant et la note était destinée à “couvrir” Brandt et Bouhler chargés d’organiser l’extermination de ces malades sur une large échelle. Plusieurs organismes furent créés dans ce but, chacun sous une dénomination destinée à camoufler sa raison d’être réelle. L’organisation générale fut confiée à une “Association des établissements hospitaliers et de soins” (*Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten, RAG*), le financement à la “Fondation d’utilité publique pour les soins hospitaliers” (*Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege*), le transport des malades vers les établissements où ils étaient tués à la “Société générale du transport des malades” (*Allgemeine Kranken Transportgesellschaft*) (3). La RAG était installée à Berlin, au Tiergarten 4, d’où fut tiré le nom de code du programme : *Aktion T-4*. Toute l’organisation, comme dans le cas du meurtre des enfants, était sous la dépendance directe de la Chancellerie du Führer, avec une aide administrative du ministère de l’Intérieur. Le ministère de la Justice n’avait aucune connexion officielle avec le programme T-4. Il y eut même quelques poursuites contre des médecins mais qui furent rapidement suspendues à la suite d’interventions de la Chancellerie.

L’aspect technique fut confié à des médecins “sûrs”, souvent membres des SS. De respectables professeurs d’université, des psychiatres renommés acceptèrent de donner leur caution “scientifique” au programme. Dans la pratique, un petit groupe de psychiatres et de fonctionnaires établirent un questionnaire qui fut envoyé à tous les hôpitaux psychiatriques et aux institutions et homes pour malades chroniques. Le médecin de l’institution devait remplir un questionnaire pour chaque malade et y inscrire, outre ses nom, âge, sexe et “race”, la durée de l’hospitalisation, le diagnostic et le type d’activité dont il était capable (la réponse à cette dernière question devait être particulièrement précise). Un espace rectangulaire encadré était réservé à la partie inférieure du questionnaire (8). Ce document devait être renvoyé rapidement à l’organisme central où il était reproduit en plusieurs exemplaires et examiné séparément par trois “experts” psychiatres qui devaient inscrire dans le cadre prévu un “+” en rouge, qui signifiait la mort, un “-” en bleu pour le malade qui pouvait vivre ou un “?” dans les cas douteux. Les exemplaires ainsi annotés étaient revus par un “super-expert” qui prenait la décision finale, qui était soit positive, soit négative, les cas douteux (ceux qui comportaient

des avis divergents des trois psychiatres ou des points d'interrogation) étant tranchés sans appel par l'*Obergutachter*, qui n'était d'ailleurs pas obligé de tenir compte des appréciations de ses confrères (9).

J'ai cru utile d'exposer ce processus de sélection avec quelques détails pour montrer à quel point il est exactement à l'opposé des critères exigés aujourd'hui par les quelques législations existantes (aux Pays-Bas, dans l'État d'Oregon et dans le Territoire du Nord en Australie) et dans les propositions de loi appuyées ou rédigées par le mouvement pour le droit de mourir dans la dignité: il ne peut s'agir que d'euthanasie volontaire, c'est-à-dire une mort douce – conformément à l'étymologie – et pratiquée après un délai de réflexion par le médecin traitant avec l'avis d'au moins un second médecin, accordée par compassion à la requête pressante et réitérée du malade.

Dans l'Allemagne nazie, la décision était prise de façon administrative, peut-on dire, par un seul homme, qui n'a jamais vu le malade, à l'insu de celui-ci et de sa famille. Outre les "tares" héréditaires ou raciales, un critère important était la capacité de travail du malade. La guerre avait commencé ; il fallait éliminer les bouches inutiles mais utiliser toutes les capacités productives, même médiocres, pour remplacer celles qui étaient détournées vers l'armée. Le même principe sera appliqué dans les camps d'extermination.

Les malades destinés à la mort étaient envoyés en groupes, dans des établissements réservés à cette tâche. Il y en eut six : une ancienne prison, un château abandonné et des hôpitaux transformés (10) qui furent rapidement équipés de chambres à gaz, moyen jugé plus "humain" que les fusillades et plus efficace que les injections létales ou l'utilisation de camions aménagés pour asphyxier par les gaz d'échappement, qui avaient été utilisés dans la phase initiale de l'opération. Pour les enfants handicapés mentaux, on eut aussi recours à l'ina-

nition. On a estimé à 100 000 le nombre d'adultes victimes du programme T-4, du milieu de l'année 1939 à août 1941. Le programme fut interrompu à la suite des protestations de certaines autorités religieuses, dont la plus retentissante fut la lettre pastorale de l'évêque de Munster Clemens August, comte von Galen. Malgré les précautions prises, le secret n'avait pu être gardé. Le nombre de familles allemandes concernées, les erreurs inévitables dans un programme d'une telle ampleur introduisirent d'abord le doute et révélèrent ensuite l'horrible réalité. Hitler se sentit donc contraint de mettre fin à cette action, d'autant plus que le nombre de victimes était proche de celui qui avait été calculé au départ par les organisateurs du programme T-4.

A la suite de la campagne – officielle celle-là – de stérilisation forcée, et avant la décision d'exterminer les Juifs, le but qu'on s'était fixé était atteint : le sang allemand était purifié.

L'argument qui consiste à dire que l'exemple allemand démontre le danger d'une légalisation de l'euthanasie volontaire et que celle-ci risque d'entraîner l'élimination d'autres catégories de malades n'a donc aucun fondement. Le mot euthanasie n'a pas sa place ici. Comme le dit F. Mann, il s'agit "d'un abus langagier du régime nazi qui l'utilisait pour désigner, et camoufler en même temps, une action d'envergure consistant à tuer durant la guerre des handicapés physiques et mentaux" (11). Le secret et l'emploi d'euphémismes ont marqué d'un bout à l'autre le programme d'élimination des enfants anormaux et l'action T-4 (12). Nous avons vu les appellations données aux services créés dans ce but. On parle, dans les rapports et dans les notes de travail, de "sélection", de "traitements spéciaux", d'"opération de nettoyage", d'"installations spéciales", comme on dira plus tard "solution finale". L'adjoint de Bouhler, le docteur Brack, qui fut la cheville ouvrière de T-4, prit un faux nom : Jennerwein. Les chambres à gaz furent camouflées en salles de douches (elles furent transférées après la fin de l'opération vers les camps d'extermination) (13). Pour ces raisons, beaucoup d'auteurs spécialisés dans l'histoire de cette période mettent systématiquement le mot euthanasie entre guillemets pour souligner l'usage fallacieux qui en fut fait (14).

Il est aussi inexact de parler d'une *légalisation* de l'euthanasie, comme le font plusieurs auteurs (15). Une note d'Hitler à deux proches collaborateurs n'est pas une loi. Le secret qui fut imposé au départ et que l'on s'efforça de maintenir le démontre. C'est le contraire de la publicité des débats parlementaires dans une démocratie. Un projet ou une proposition de loi sont examinés en commission, discutés et éventuellement amendés en séance publique. La presse informe l'opinion pendant les débats. Les opposants et les partisans de la loi ont l'occasion de s'exprimer dans les journaux de diverses tendances, d'organiser des réunions d'information. Lorsque la loi est finalement votée par le Parlement, elle est publiée au journal officiel. Elle peut ultérieurement être abrogée ou modifiée. La décision d'Hitler n'est évidemment passée par aucune de ces étapes. L'éthicien Daniel Callahan, directeur du Hastings Center, a reconnu que "l'expérience nazie [à propos du risque d'abus d'une légalisation] n'est que partiellement pertinente. Ce ne fut pas une démarche ayant son origine dans l'euthanasie

volontaire légale aboutissant au meurtre imposé par la force. *La première phase fit toujours défaut et les nazis allèrent directement au meurtre.*" (souligné par nous) (16).

L'histoire dément donc formellement l'existence d'une "pente glissante" qui aurait conduit de la légalisation de l'euthanasie volontaire à l'élimination des enfants handicapés et des malades mentaux, pour aboutir au génocide. La séquence réelle fut la suivante : lois anti-juives et stérilisation forcée de malades atteints d'affections soi-disant héréditaires dès les premiers mois du régime nazi, mise à mort (secrète) d'enfants malformés et de malades mentaux d'avril-mai 1939 à août 1941, et enfin, génocide. Ces crimes avaient des origines communes : une idéologie raciste, l'antisémitisme et un "eugénisme" grossier. Ces tendances, présentes dès les débuts du nazisme, ont été exacerbées par des contraintes économiques, et le dernier stade a été rendu possible par l'état de guerre.

L'argument même du risque d'abus, de la pente glissante, est sujet à caution. En fait, il ne s'agit pas d'un argument. On se contente d'affirmer que si on tolère A, qui peut paraître acceptable, on en arrivera automatiquement, nécessairement, à tolérer, voire à imposer B, moralement inacceptable. Un semblant d'argument pour soutenir cette proposition à propos de la légalisation de l'euthanasie, est de citer l'exemple du nazisme. Nous avons vu que cet exemple ne peut en rien s'appliquer dans ce cas. On pourrait donner par contre bien d'autres exemples où le glissement ne s'est pas produit. La loi sur l'interruption volontaire de grossesse n'a pas débouché sur une obligation de l'avortement ; aux États-Unis, les législations sur la stérilisation obligatoire n'ont pas été suivies, contrairement à ce qui s'est passé dans l'Allemagne nazie, de lois rendant obligatoire la mise à mort de malades ou de déviants : elles ont été abolies ou ne sont plus appliquées. La différence est que les États-Unis ont un régime démocratique alors que l'Allemagne d'Hitler, était une dictature. Certains peuvent penser qu'il serait dangereux de prendre aujourd'hui des dispositions légales qui seraient acceptables dans notre système démocratique, mais qui pourraient devenir effroyables dans les mains d'un dictateur. Rappelons d'abord qu'un dictateur n'a nullement besoin de lois (démocratiques ou non) pour prendre des dispositions qui lui plaisent (17). L'histoire que nous venons de résumer le démontre. Mais comme l'écrit Fritz Mann "la crainte d'abus possibles ne devrait jamais empêcher la prise de décisions qu'on estime justifiées quant au fond. Nous ne devrions pas nous interroger sur les conséquences que pourraient avoir nos dispositions

actuelles dans un hypothétique État totalitaire qui se substituerait à notre démocratie. Nous devons tout faire pour qu'une telle éventualité ne puisse jamais se réaliser". (*op. cit.*, p. 237).

La première leçon que l'on doit donc tirer de l'histoire du nazisme, c'est le danger mortel que représente l'absence de démocratie. Mais ce n'est pas la seule. Si une dictature a pu passer de la stérilisation forcée au génocide, avec l'étape intermédiaire de l'extermination de certaines catégories de malades, c'est parce qu'elle était basée sur une idéologie raciste qui admettait comme une vérité scientifique le concept mythique de la supériorité de la "race nordique". Selon cette idéologie, cette race était menacée de dégénérescence par des éléments malsains, tels les êtres humains atteints de maladies héréditaires ou soi-disant telles (l'alcoolisme, l'homosexualité, la délinquance, etc.), et mise en danger de mort par la "gangrène juive". Il fallait donc des mesures radicales pour la sauver. C'est ce que fit le Führer, incarnation du "Volk" ...(18).

#### Résumé et conclusion

Le mot euthanasie a souvent été associé au nazisme et, de ce fait, utilisé comme un repoussoir pour clore ou éviter tout débat sur le sujet.

Il est faux de prétendre que l'exemple de l'Allemagne nazie démontre qu'une légalisation de l'euthanasie volontaire peut déboucher sur le meurtre de personnes qui ne demandent qu'à vivre: 1) l'euthanasie volontaire ne fut jamais légalisée en Allemagne ; 2) les meurtres, qualifiés d'euthanasiques par les nazis, ont été le résultat d'une note secrète d'Hitler autorisant (en fait, ordonnant) la mise à mort, sans leur consentement, de nouveaux atteints d'affections congénitales, d'enfants handicapés et de malades mentaux adultes inaptes au travail ; 3) la séquence *stérilisation forcée - élimination de malades mentaux - génocide* est dans la logique d'une idéologie raciste et fasciste qui donne aux concepts mythiques de race, de *Volk*, la primauté sur les droits de l'individu et sur le respect de la personne humaine.

N.B. *Par manque de place nous n'avons pas repris les notes auxquelles se réfère cet article. Mais nous les enverrons volontiers à toute personne qui serait intéressée à en prendre connaissance.*

# NOUVELLES DE L'ADMD

## ASSEMBLEE GÉNÉRALE STATUTAIRE DE L'ADMD

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

Date : samedi 16 mai 1998 à 11 h 30

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

### Ordre du jour

1. Approbation du procès-verbal de l'assemblée générale du 19 avril 1997 (le texte en a été publié dans le bulletin n° 64, juin 1997).
2. Exposé du président sur les activités en 1997.
3. Rapport sur la situation comptable et rapport du commissaire aux comptes.
4. Approbation des comptes 1997 et du projet de budget 1998.
5. Nouveaux administrateurs à confirmer : Anne-Marie Bardiaux, Jacques Bredael, Paul Danblon, Louis Jeanmart.  
Mandats à renouveler : Michèle del Carril, Marc Englert, Yvon Kenis, Monique Moreau, Janine Wytsman.
6. Modification des statuts (sections locales).
7. Divers

N.B. Les membres qui souhaiteraient faire acte de candidature d'administrateur voudront bien écrire au président de l'ADMD pour le **8 mai** au plus tard.

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

Nous avons eu la tristesse d'apprendre le décès de Madame Gilberte François, collaboratrice bénévole, qui nous aidait régulièrement à traduire des articles pour notre bulletin. Tous les responsables de l'ADMD présentent leurs sincères condoléances aux proches de Madame François.

## Comité d'honneur

*Paul Danblon nous a fait parvenir son témoignage, annoncé dans notre bulletin précédent.*

Mon souvenir est étonnamment précis.

C'était à l'automne 1949. Tout jeune étudiant en première candidature chimie, j'assiste à un de mes premiers cours dans un grand amphithéâtre (un *auditoire*, comme on dit chez nous). Leçon inaugurale de biologie. Je découvre Jean Brachet. C'est un éblouissement.

L'homme, pourtant de comportement retenu, presque timide dans le contact direct, est – comme on dit au théâtre – une *présence*. Sa voix bien timbrée de baryton emplit l'espace sans effort. (À cette époque, on ne recourt pas encore au micro.) Il parle simplement, sans effet oratoire, mais ce qu'il dit a la puissance et la sérénité de l'évidence. Cette introduction à la science biologique est en fait un hymne à la vie, à sa complexité, à sa richesse, à sa lisibilité aussi, puisque l'homme, au long des siècles, s'est donné progressivement les moyens d'en déchiffrer les mécanismes.

Je ne sais pas encore – ce que j'apprendrai plus tard – qu'il est un de ceux qui ont jeté les bases de la biologie moléculaire et que son œuvre est une référence internationale de premier plan.

Je sais encore moins – car ma curiosité politique, j'en ai rétrospectivement honte, est tragiquement nulle – que, communiste sincère, frère d'un membre des Brigades internationales tué lors de la guerre d'Espagne, Brachet vit depuis un an un débat de conscience particulièrement aigu. Écartelé entre sa rigueur scientifique et sa fidélité à son engagement idéologique, il vient de rompre, douloureusement, avec le Parti à la suite de ce qu'on devait appeler bientôt l'Affaire Lyssenko.

A-t-on encore aujourd'hui idée de ce qu'a été cette crise, de ce qu'elle a pu amener de tensions, d'affrontements, de violences verbales ici, pire en Union Soviétique? Au départ de théories fumeuses d'un obscur agronome amateur dont les idées sur une prétendue *hérédité des caractères acquis* avaient flatté Staline dans le sens de ses préjugés, lui ouvrant en outre de magnifiques perspectives de roublardise démagogique qu'il a exploitées à fond, le pouvoir décrétant la validité d'une

théorie, proclamant la science prolétarienne vraie par essence et la science bourgeoise fausse par définition, le *politique disant la vérité scientifique*, comme aux plus beaux jours de la scolastique médiévale !

Non. Un homme de science digne de cette appellation ne pouvait accepter cela. Certains pourtant se sont soumis – un temps – d'autres ont tergiversé, louvoyé, adopté un profil bas. Brachet, non. La tension entre le PCB et lui fut intense, dure, mais brève. Devant cette atteinte essentielle à la liberté de pensée du chercheur – composante fondamentale de sa démarche, de sa fonction même – la moindre hésitation lui était impossible.

Au cours de cette leçon, il n'aborda pas avec nous ce sujet qui lui était personnel; il n'entraîna pas dans le caractère de l'homme d'étaler au grand jour ses crises de conscience et les usages du temps – contrairement à aujourd'hui – n'étaient guère favorables à des expansions par trop intimes. Mais j'ai le sentiment – quasiment la conviction – que le lyrisme de cet exposé était en quelque sorte sa réponse au drame qu'il venait de vivre. Je l'ai confusément ressenti ce jour-là comme un *maître*, au sens le plus noble du terme, c'est à dire, non seulement comme le dispensateur d'un savoir, mais plus encore comme le témoin d'un engagement, d'un homme conformant scrupuleusement son comportement à ses principes quoi qu'il puisse lui en coûter. Ce n'est évidemment que bien plus tard que j'ai pu rationaliser cette sensation toujours vivante en moi.

Pourquoi cette évocation?

On m'a demandé, pour marquer mon entrée au conseil d'administration de l'ADMD, un petit texte destiné à notre bulletin. Qu'écrire? Justifier cet engagement en argumentant du bien-fondé de l'action que l'on mène ici me paraissait superflu tant la pertinence de cette cause est, pour moi, évidente; mais peut-être valait-il la peine d'essayer de comprendre ce qui, précisément, au cœur de ma conscience, me faisait trouver naturelle une telle démarche.

J'appartiens à cette génération pour qui quelques figures majeures rencontrées à l'adolescence et dans les premières années de l'âge adulte acquièrent fonction de référence, pour ainsi dire *constitutive* de la personnalité de chacun et de sa

propre échelle de valeurs. Sans conteste, Jean Brachet – et pas seulement, on s'en doute, en raison de cette première leçon – a été déterminant dans la manière dont je pense devoir me situer face à certaines questions cruciales. La vie – j'écrirais volontiers *Vie*, avec un *V* majuscule – est certes une valeur majeure, sans doute même – tout au moins pour l'incroyant que je suis – la toute première, celle qui fonde et donne vie (c'est le cas de le dire!) à toutes les autres, mais il convient,

comme l'enseignait et le faisait Brachet – à l'instar de quelques autres de mes maîtres-références – de préserver toujours, jalousement, ce droit imprescriptible à la liberté personnelle de jugement quels que puissent être le poids, le prestige, la puissance d'une autorité qui prétendrait décider pour nous.

Ma vie est à moi. Ma vie, c'est moi. Qui d'autre pourrait s'arroger le droit de m'interdire de la gérer en adulte responsable?

## AGENDA

**Le jeudi 7 mai 1998 à 20 heures**

au Centre culturel de Libramont

Conférence-débat sur l'**Euthanasie**

**Aspects législatifs - Aspects médicaux**

avec la participation de

Me Jacqueline **Herremans**, avocate, présidente du  
Service laïque d'Aide aux personnes

Dr Marc **Englert**, professeur (hon.) et médecine à l'U.L.B.

M. Gérard **Magnette**, Président de l'association de soins palliatifs  
"Au Fil des Jours"

**Le débat sera animé par Jacques Bredael, journaliste**

*Organisation : Centre d'Action laïque (CAL) avec la collaboration  
du Service laïque d'Aide aux Personnes (SLP), l'Association pour le Droit  
de Mourir dans la Dignité (ADMD) et "Au Fil des Jours",  
Association laïque de Soins palliatifs.*

*Pour tous renseignements : tél. 061/22 50 60.*

## EN BELGIQUE

### NON-LIEU POUR UN MÉDECIN À NIVELLES

Le Soir, 10 décembre 1997

La chambre du conseil de Nivelles a rendu en juin dernier une ordonnance de non-lieu au bénéfice d'un médecin originaire de Vilvorde, accusé d'assassinat en même temps que deux des frères de la victime. Les faits s'étaient passés à Court-Saint-Etienne dans la nuit du 13 au 14 octobre 1991. Six ans plus tôt...

L'issue de l'instruction menée par le juge nivellois Luc Maes ne faisait aucun doute, dans la mesure où le parquet de Nivelles, qui avait déposé un réquisitoire motivé après avoir reçu l'aval du parquet général, n'allait évidemment pas davantage faire appel que la défense, qui souhaitait l'acquiescement.

Ce réquisitoire peut se résumer ainsi. La victime – un homme de 37 ans qui avait été ce que l'on appelle couramment une force de la nature – souffrait d'une maladie incurable et irréversible. A plusieurs reprises, il avait manifesté son intention d'en finir avec la vie qui le faisait atrocement souffrir.

Deux de ses frères avaient pris contact avec un médecin ami. Ce dernier n'obtempéra pas à la première demande. Il finit par se laisser fléchir. Son client lui fit observer combien pénible avait été la mort de son père et celle d'un autre frère, atteints eux aussi d'un cancer.

Les relations entre les deux hommes dépassèrent celles qui s'instaurent en règle générale entre un patient et son médecin, au point que ce dernier se trouva dans une situation de contrainte irrésistible. Bref, la chambre du conseil estima que l'infraction n'existait pas. L'ordonnance de non-lieu souleva d'autant moins de vagues qu'il n'y avait pas d'intérêt civil en jeu.

Vous l'avez lu, l'instruction avait pris six ans. Les

faits avaient été portés à la connaissance du parquet par l'amie du patient qui les dénonça à des gendarmes bruxellois. Ils n'auraient vraisemblablement pas été connus s'ils s'étaient déroulés en milieu hospitalier.

Il semble que, dans un premier temps, le parquet n'ait pas fait preuve d'un zèle particulier face à un dossier délicat. Le large boulevard de la prescription fit cependant place à une route nationale et internationale à circulation dense.

La défense demanda en effet des devoirs complémentaires afin de cerner la personnalité du médecin.

Par voie diplomatique, le magistrat instructeur lança des commissions rogatoires en France, Angleterre, Suisse, Pays-Bas et Etats-Unis. Des médecins belges furent également entendus. Ils confirmèrent l'existence de certaines pratiques de soins palliatifs confinant à l'euthanasie.

Jean Vandendries

*ndlr.* Cette information confirme ce que nous avons souligné à plusieurs reprises : s'il n'y a pas de procès pour euthanasie, c'est parce qu'en général, le secret est bien gardé et que si les faits sont portés à la connaissance de la justice, une instruction est ouverte pour assassinat ; ensuite, si dans le cas présent, l'affaire se termine heureusement par un non-lieu, le médecin a, pendant plus de six ans, été inculpé d'assassinat avec toutes les conséquences pénibles d'une telle situation.

### COMPTE-RENDU DE LA CONFÉRENCE-DÉBAT organisée à Wavre le 2 décembre 1997

La province du Brabant wallon et la plateforme de concertation en soins palliatifs du



Brabant wallon proposaient aux intervenants de terrain, médecins, infirmières, kinésithérapeutes ou aides familiales, une soirée de réflexion sur l'avis rendu par le Comité consultatif de Bioéthique sur l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie.

(...)

Concernant le thème central de la soirée, trois arguments ont été avancés par les participants, justifiant une initiative du Pouvoir législatif.

- En premier lieu, on décèle dans la pratique courante des médecins la crainte d'évoluer dans un univers non balisé légalement et le risque, dès lors, de poursuites s'ils ont donné la mort à quelqu'un qui l'a demandée mais dont on ne saurait prouver la réalité du consentement. Dans ces conditions, une législation procurerait un cadre de référence et une garantie dans la pratique.

- En deuxième lieu, il s'avère capital d'éviter la banalisation de la problématique de l'euthanasie ; celle-ci doit ressortir d'instances de légitimation consacrées et concerne tout un chacun, dont les juristes. À terme, si l'euthanasie devient un fait normal dans notre société sans garde-fous légaux, on peut se demander où les vieillards et les faibles trouveront les ressources humaines et sociales pour continuer à vivre, face à des arguments de type gestionnaire.

- Enfin, troisième argument en faveur d'une volonté de légiférer le domaine de l'euthanasie, celui de ne pas laisser aux médecins le monopole de cette matière. Comme le citait le professeur Van Orshoven, Georges Clémenceau, médecin de son état et, par ailleurs, Président de la République française, proclamait que "la guerre était chose trop sérieuse que pour la laisser aux seules mains des généraux", même si l'on conçoit que, malgré tout, ce sont eux qui, au dernier moment, donneront l'ordre de sortir des tranchées. Dans cet ordre d'idée, la mort est affaire trop sérieuse que pour la laisser aux seules mains des médecins.

A contrario, certaines remarques ont également été faites souhaitant introduire un moratoire à une législation ; ainsi, à la nécessité de se prononcer actuellement sur l'euthanasie, certains auraient préféré qu'on introduise, préalablement, cette préoccupation dans l'enseignement des médecins ou qu'on procède au développement du secteur des soins palliatifs.

En guise de conclusion, il paraît utile de préciser certains acquis de cette soirée-débat :

- Tout d'abord, l'intérêt porté par le public à un débat dont il est tenu à l'écart ; ce dernier demeure confiné, pour l'instant, aux cénacles scientifiques et politiques.

- Ensuite, le caractère pluridisciplinaire de la réponse à apporter au problème de l'euthanasie.

- Enfin, la responsabilisation équitable de celles et ceux qui participent à la phase finale de la maladie.

Dr Corinne Van Oost  
Présidente de la plate-forme  
de concertation en soins palliatifs  
du Brabant wallon

Yolande Deleuze  
Députée permanente

*ndlr.* Nous pensions pouvoir rendre compte de deux réunions qui se sont tenues à Liège, mais les informations ne nous sont pas parvenues à temps pour la mise sous presse de ce bulletin.

*Il s'agissait de :*

- "Vivre et Mourir dans la dignité". Euthanasie ? Soins palliatifs ? Testament de vie ?

Table ronde organisée par le Conseil des Femmes francophones de Belgique - Section Liège avec notamment le concours du Dr Daniel Bacquelaine, le Père Xavier Dijon, M. Édouard Delruelle, le Dr Philippe Maassen, le Dr Didier Vander Steichel.

*ainsi qu'une réunion sur des sujets identiques, organisée par le PRL.*

*Nous espérons en rendre compte dans notre prochain bulletin.*

# À L'ÉTRANGER

## PAYS-BAS

INTERVIEW D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE  
NÉERLANDAIS

Dans le numéro d'octobre 1997 de la revue néerlandaise "RELEVANT", le docteur Joop Stam confie à la journaliste Marleen Peeters que le fait de pratiquer une euthanasie représente pour lui l'acte le plus difficile de sa profession. "A chaque fois qu'un patient m'a demandé ce que je pense de l'euthanasie, j'ai répondu : vous pouvez compter sur moi. Je me rends compte aujourd'hui que bien des choses n'étaient pas dites, ce qui a pu entraîner bien des malentendus."

Le Dr Stam a adressé une lettre ouverte à ses patients et ses collègues afin de leur expliquer sa position concernant l'euthanasie et l'assistance au suicide. Il n'est certes pas opposé à l'euthanasie et dit en avoir pratiqué environ dix au cours de ses vingt-cinq ans de pratique professionnelle. Mais il ajoute que cela lui fut toujours difficile, source de stress et d'émotion. Il ne promet jamais fermement de recourir à l'euthanasie. "Chaque cas est différent et requiert une approche particulière. L'expérience m'a appris que je ne puis pratiquer un tel acte que lorsque la mort est imminente et que le malade n'est plus en état de se prendre en charge de manière indépendante."

*"Voulez-vous dire que vous n'assistez que les malades en phase terminale ?"*

"Huit fois sur dix, l'euthanasie est sollicitée par des malades cancéreux. Je suis prêt à aider un malade qui souffre de rhumatisme chronique et demande à mourir. Je pense en effet qu'une maladie chronique peut se comparer à une maladie en phase terminale. Le critère déterminant dans ce cas est la possibilité de "fonctionner". Par contre, je n'assisterai pas un patient qui requiert une euthanasie parce qu'il se sent psychologiquement incapable de supporter une longue durée de vie. Je ne nie pas son problème mais ce problème n'est pas de mon ressort, mais de celui du psychiatre."

*"Vous dites que vous n'acceptez d'euthanasier un malade que lorsque celui-ci est pleinement conscient."*

"Je ne puis en effet pratiquer une euthanasie que si le malade a toute sa conscience. Il est important pour moi que mon patient confirme sa demande

juste avant que je lui fasse l'injection."

*"Qu'en est-il lorsque le patient vous a demandé auparavant de l'assister même lorsqu'il n'aura plus toute sa conscience ?"*

"Lorsque le malade est à moitié comateux, qu'il ne réagit plus à la douleur et qu'il n'a plus que un ou deux jours à vivre, pourquoi chercherais-je à l'euthanasier ? Songez au chirurgien qui n'a plus de raison d'opérer car le symptôme a disparu, la nature l'ayant pris en charge."

*"Comment réagissez-vous à la demande d'un mandataire ?"*

"Je ne prends en compte que la demande de la personne concernée, non celle de la famille ou d'autres personnes – pas même mon propre désir – quelle que soit leur peine ou la mienne. Certains pensent que l'euthanasie et le suicide assisté sont un droit et que ces pratiques font partie intégrante des soins médicaux. Il n'en est rien. Un médecin a légalement le droit de refuser tel ou tel traitement, mais le patient n'a pas le droit d'exiger tel traitement. On oublie trop souvent que tout médecin a ses propres valeurs, ses propres normes et qu'il éprouve lui aussi des émotions. En ce qui me concerne, je ne serai jamais du type "vous commandez, je m'exécute". C'est pourquoi j'ai jugé utile de rédiger cette lettre : ma position est ainsi précisée et chacun comprendra jusqu'où j'accepte d'aller."

*"Reste le fait que le patient est entièrement dépendant : c'est le médecin qui détient les clés de l'armoire aux médicaments."*

"D'accord, nous détenons la clé. Mais nous ne l'avons pas exigée. C'est un problème d'ordre socio-politique que le gouvernement est incapable de régler et qu'il rejette sur le médecin. On attend de plus en plus souvent du médecin qu'il résolve des problèmes qui relèvent de la société. Cela, je ne le supporte plus. Je ne nie pas que des personnes âgées, fatiguées, abandonnées, aient le droit de demander une euthanasie ou l'aide au suicide, mais je refuse, moi, d'y prendre une part active."

*"Prenez-vous toujours conseil auprès d'un collègue ?"*

"Chaque demande d'euthanasie est discutée entre collègues, infirmières visiteuses et assistants sociaux. Je demande aussi l'avis d'un collègue indépendant qui peut ou non rendre visite au

patient. Que ce dernier doive examiner le malade ne ressort pas clairement de la jurisprudence, mais l'association des médecins, le KNMG, estime quant à lui que cela est indispensable. Je préférerais personnellement que cela soit laissé à l'appréciation du médecin, car cette intrusion peut paraître au malade comme une sorte d'inquisition sur son désir de mort."

## GRANDE-BRETAGNE

### LE CAS D'ANNIE LINDSELL

Mme Lindsell, âgée de 47 ans, était atteinte d'une maladie incurable, entraînant une paralysie progressive et emportant le malade en quelques années : le sclérose latérale amyotrophique (en anglais Motor Neurone Disease ou M.N.D.).

Membre actif de la Voluntary Euthanasia Society, Annie Lindsell voulait à tout prix échapper aux souffrances qu'inflige le stade avancé de la maladie et elle déposa une *requête* en justice en septembre 1997 afin d'obtenir une *déclaration* autorisant légalement son médecin à lui donner des médicaments pour atténuer ses souffrances, même s'ils devaient abrégé sa vie. Cette démarche a été entreprise par Mme Lindsell afin de se rassurer quant à l'aide finale qu'elle pouvait recevoir, mais aussi pour épargner à son médecin des poursuites judiciaires après son décès.

La British Medical Association avait estimé, pour sa part, cette demande légitime et ne posant pas de problème éthique ou juridique.

Annie Lindsell a retiré sa requête à la fin octobre, car toutes les parties (la High Court, les médecins consultés et même le Procureur général) étaient d'accord pour répondre favorablement à sa demande en approuvant le traitement proposé par le Dr Holms, médecin de la malade, pour aider celle-ci en lui donnant de la morphine.

Il n'y eut donc pas de déclaration de la part du juge (a fortiori pas de jugement), mais le Dr Holms s'estima rassuré et prêt à offrir à Mme Lindsell une mort digne et paisible. Cependant, il n'eut pas à le faire, car, dit-on, un accident respiratoire emporta sa patiente.

#### Commentaires

En réalité, la pratique de l'acte "à double effet" dont il est question dans ce cas, est courante en Grande-Bretagne et admise comme *traitement de la douleur en fin de vie par administration de*

*morphine, au risque de hâter la mort.* C'est l'euthanasie qui est interdite. Il semble que, dans ce cas-ci, la High Court ait approuvé l'administration de morphine pour soulager la souffrance physique *et* morale. Mais nous ne disposons pas d'un texte émanant de la Cour en question. Et l'allusion qu'y fait la British Medical Association n'est pas très claire non plus.

L'initiative courageuse d'Annie Lindsell avait sans doute pour but de faire approuver ouvertement une pratique installée dans le flou et l'hypocrisie : en quoi elle aura parfaitement réussi.

D'après V.E.S. Newsletter

Sept. 1997 - p. 1 et 2

Janv. 1998 - p. 1 et 2

### LE PARLEMENT VOTE CONTRE LE PROJET DE LOI SUR LE SUICIDE MÉDICALEMENT ASSISTÉ

(10 décembre.1997)

Le projet du parlementaire Joe Ashton visait à autoriser les médecins compatissants à *fournir une dose létale de médicaments* aux patients qui en feraient la demande expresse. Ceux-ci devaient être des adultes incurables ou au dernier stade de la maladie ou souffrant d'une détérioration physique permanente. Et *l'acte devait être effectué par le patient lui-même.*

Ce projet de loi avait été soutenu par la Voluntary Euthanasia Society et l'on sait, d'après les sondages d'opinion, que la grande majorité des Anglais (plus ou moins 80 %) est favorable à l'idée d'aider à mourir ceux qui le souhaitent. Ajoutons que la jurisprudence reconnaît la validité du testament de vie (Living Will).

Joe Ashton fait remarquer que le petit nombre de votants favorables (89 contre 234 et plus ou moins 200 abstentions) ne reflète pas l'opinion réelle des parlementaires qui étaient, ou préoccupés de résultats électoraux, ou travaillés spécialement par les groupes religieux (catholiques et musulmans) et qu'en outre, le vote a eu lieu dans des conditions anormales, empêchant une partie des députés d'y prendre part. Mais le projet de loi a reçu l'accueil le plus favorable de la part du public et des médias.

Et pour J. Ashton, ce n'est que partie remise.

D'après V.E.S. Newsletter

Janv. 1998 - p. 3-7

## TEMOIGNAGES

JE NE PARVIENS PAS À M'Y RÉSOUDRE...

La Semaine Médicale, 20 novembre 97

Il y a plus de vingt ans qu'il déambule dans les rues du village, parcourant les campagnes de son pas immense, le regard fixé sur l'horizon et fuyant tout contact. Il n'a jamais pu s'habituer, René, à devoir s'adresser aux gens en laissant découvrir son orifice de laryngectomie. Et pourtant, il se débrouillait bien...

Toutes ses phrases étaient compréhensibles, même son chien le comprenait et l'entendait lorsqu'il le rappelait du fond du jardin.

Il n'avait jamais été grand tribun, mais ses fonctions de responsable syndical de la petite entreprise dans laquelle il oeuvrait en attendant sa retraite, l'avaient habitué aux contacts humains. Imaginez dès lors sa tête face au verdict : *"Cancer du larynx, Monsieur, il faut vous opérer et retirer les cordes vocales"*. Bon gré, mal gré, il s'était laissé glisser sur la table d'opération.

En dépit de la réussite de cette intervention, il me disait fréquemment : *"Docteur, j'ai souvent été à deux doigts de vous demander de me faire mourir, mais je n'en ai pas eu le courage. Si je vous le redemandais, il faudra m'aider !"* Plutôt embarrassant, ce discours. Il me partageait entre le souhait d'accéder à sa demande : *"Ne vous en faites pas, Monsieur, je n'ai jamais laissé personne en difficulté"* et mon incapacité à gérer cette situation précise : *"Je ne saurais effectuer le geste volontairement"*.

A l'heure où l'euthanasie est largement médiatisée, tant chez nous que nos voisins, je n'ai jamais pu me faire à l'idée d'effectuer un geste actif d'euthanasie. Pourtant, comme tout-un-chacun, j'ai déjà donné *"un petit coup de main"* en augmentant substantiellement des doses de morphine et/ou de Valium, mais de là à passer en phase active... il y a un gouffre que je n'ai pas encore pu me résoudre à franchir.

Malgré cela, j'avais entretenu René dans l'idée que je donnerais le coup de pouce nécessaire lorsque le moment viendrait. Est-ce de la lâcheté de n'avoir pas parlé de mes états d'âme ? L'impression que je pourrais parvenir à dominer mes chimères ? La sensation qu'un texte de loi,

lorsqu'il arriverait, me dédouanerait ? Je ne sais, mais peut-être tout cela à la fois.

Vingt ans, jour pour jour, après le diagnostic du cancer du larynx, René m'appelle et me montre une tuméfaction linguale. A l'analyse, celle-ci était multiple : un second adénocarcinome indépendant du premier. Radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie irréalisable... ont suivi le diagnostic. Sans résultat. La langue, de plus en plus grosse finit par ne plus pouvoir rentrer dans la cavité bucale. Je lui propose alors une hospitalisation dans un service de soins palliatifs, pour lui assurer une fin de vie correcte. Ce qu'il refuse, arguant de ma promesse. Que je suis incapable de tenir. Il ne m'a plus rappelé depuis lors.

Quinze jours plus tard, j'ai appris par la rumeur publique que René était mort, pendu.

Dr B. De Naelin

### EUTHANASIE

Le Vif/L'Express, 2 janvier 1998

L'engouement actuel pour les soins palliatifs, par ailleurs certainement motivé par des sentiments humanistes, reste pour moi suspect d'opportunisme.

En effet, cela fait plus de dix ans que nous essayons de développer une culture palliative au sein des hôpitaux publics bruxellois. Notre démarche n'a pas rencontré à ses débuts que des encouragements. Responsable du traitement de la douleur, j'ai vécu ce type de problème avant que ne soit reconnue l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire des symptômes douloureux. Côté la souffrance tant physique que morale m'a tout "naturellement" amené à me positionner face à la fin de vie, face à la mort, face aux demandes d'euthanasie. Ce n'est évidemment pas seul que l'on peut assumer sereinement une telle charge et il n'est pour moi plus possible d'envisager mon travail sans l'aide précieuse de toute une équipe partageant une grande ouverture d'esprit et un sens élevé d'humanité. Le portrait de

Mme Helin, sous la plume toujours agréable de Pascale Gruber, va dans ce sens (*Le vif/L'Express du 19/12*).

(...)

Pourtant, bien que nous fassions tout ce qui est possible pour que les patients gardent l'envie de vivre, il existe des situations où le désir de la personne malade est de terminer dignement son existence au jour et à l'heure qu'elle aura choisis. Il faut à ce moment pouvoir faire preuve de compréhension, d'écoute et surtout s'abstenir d'émettre un quelconque jugement de valeur à l'égard de la personne. La demande est claire, réfléchie, fruit d'une démarche intérieure de longue date. C'est par la négation de cette réalité que naît l'hypocrisie encore trop souvent présente dans nos institutions.

Nous sommes favorables au développement des soins palliatifs et surtout à leur reconnaissance. Assurer le confort des patients est possible dans la majorité des cas ; la volonté du patient guidera notre intervention. Mais nous savons aussi que les soins palliatifs n'apportent pas toujours de solution acceptable, et qu'ils ne constituent pas un rempart absolu aux demandes d'euthanasie.

Mon métier me permet de rencontrer chaque jour des femmes et des hommes qui "mériteraient" un portrait dans votre journal. Je leur rends cet hommage, et ils se reconnaîtront certainement dans ma lettre.

Dr Dominique Lossignol,  
Soignies

\* \* \*

Rubrique courrier des lecteurs  
Le Soir, 7 janvier 1998

J'ai lu dans votre journal que l'un de nos grands partis nationaux souhaitait ne rien changer à la législation actuelle sur l'euthanasie ... sous le prétexte qu'il n'existerait à l'heure actuelle aucun mouvement social d'importance réclamant la révision de cette législation. A titre personnel, mais aussi au nom de beaucoup de mes proches et de mes amis, je m'élève en faux contre cette assertion.

Voici deux mois ma Maman, quasi aveugle et impotente, est décédée après dix mois d'une lente et pénible agonie. Pendant quarante ans, elle avait cotisé à l'association "Mourir dans la Dignité"

(ndlr. L'ADMD n'existe que depuis 1982). Durant dix mois, elle a réclamé de pouvoir mourir dans la dignité et la sérénité. Cela lui a été refusé par plusieurs médecins, même laïques, pour deux raisons : 1) elle ne souffrait pas physiquement (on ne tient pas compte de la souffrance psychologique !) ; 2) le risque de poursuites pénales serait trop élevé. (...)

M. Bolle de Bal  
(Linkebeek)

(...) Qu'il me soit permis, à titre personnel, d'évoquer, par mon vécu, une opposition totale à l'écharnement thérapeutique et de souhaiter un vote en faveur d'une euthanasie réfléchie, dans les cas les plus douloureux et les plus inhumains. (...) Ma mère a souffert longtemps, faute de médicaments et de thérapie appropriés (c'était la guerre). J'entends toujours ses cris et son délire. L'autre cas, plus récent, fut celui d'une amie proche, unique, gaie, complice, travailleuse, hors pair, réduite à l'état de plante. Je ne pense pas que l'on puisse parler de souffrance physique. Incapable de parler, de déglutir, de bouger, de sourire, qu'aurait-elle fait de la morphine ? Elle n'était plus qu'une morte en sursis ...

Les soins palliatifs apportent, paraît-il, un "soutien moral" au malade en phase terminale. Une bonne conscience de la médecine, en quelque sorte, à laquelle on ajoute la morphine distillée à doses de plus en plus fortes. Quelle aberration ! (...)

Il est urgent que soit votée une loi rédigée clairement, sans influence ou portée philosophique, évitant les dérives et permettant au malade condamné de partir en paix, comme un humain et non comme un végétal.

E. Fekete  
(1200 Bruxelles)

(ndlr) Ces témoignages montrent à quel point la souffrance est parfois liée à l'interdiction de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Ils nous confortent dans notre exigence d'obtenir enfin une dépénalisation qui permettrait d'assurer à ceux qui le souhaitent, une mort digne et tranquille. En ce qui concerne les remarques sur la nature de la souffrance, nous soulignons qu'à nos yeux, il n'y a pas lieu d'établir une distinction entre souffrances physiques et morales : seule l'intensité de la souffrance, telle qu'elle est exprimée par le patient, est à considérer – ce que d'ailleurs la jurisprudence hollandaise reconnaît également.

## LIVRES ET REVUES

**EUTHANASIE, van taboe tot recht** (EUTHANASIE, du tabou au droit)

Léon Favys, président de l'association soeur "Recht op Waardig Sterven", a réuni dans ce livre bien documenté (paru en flamand uniquement) des articles et des témoignages tant de spécialistes du monde médical ou juridique que de simples citoyens. Articles théoriques et témoignages sur la vie et la mort, la maladie, la dignité, le droit à l'assistance en fin de parcours, le droit légal éventuel au suicide assisté.

### *Bref rappel du sommaire :*

Partie I : Introduction : Muss es sein ? Es muss sein ! (Beethoven)

1. Faut-il légaliser l'euthanasie ? *Hugo Van den Enden*
2. Rendre le choix de l'euthanasie légalement possible. *Yvon Kenis*
3. Problèmes éthiques liés à l'euthanasie. *Etienne Vermeersch*
4. La Fédération mondiale et le mouvement international pour la reconnaissance de l'euthanasie. *Aycke Smook*
5. L'euthanasie aux Pays-Bas. *Josephus Jitta*
6. Réflexions sur la vie et la mort. *Jan Bernheim*
7. Pratiques médicales concernant la fin de vie : plaidoyer pour un large débat sur l'euthanasie. *Luc Deliens*

Partie II : Introduction : Plus de lumière !  
(Suit une série de témoignages de cas vécus)

Partie III : Introduction : L'ultime droit de l'homme

1. Les propositions de loi introduites auprès du Sénat et de la Chambre au cours de la législature 1995-1999. Analyse et commentaires de *Michèle del Carril, Marc Englert et Yvon Kenis*

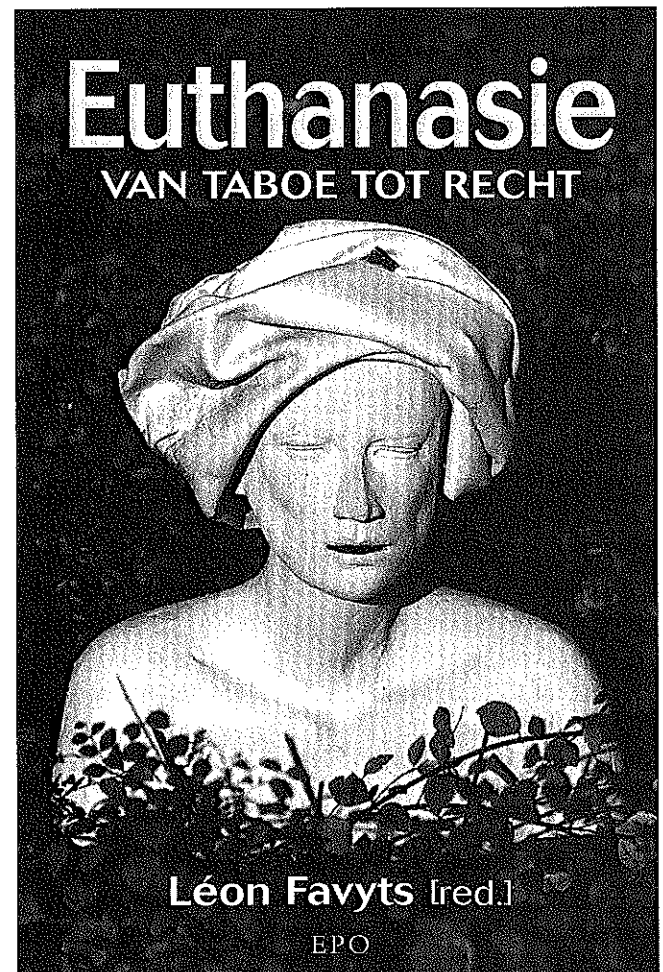
2. Avant-projet pour une loi sur l'euthanasie de la Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie

3. Vlaamse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie : une présentation

4. Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie : une présentation

5. L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité : une présentation

6. Autres associations dans le monde



La revue *Ethica Clinica* consacre son numéro de décembre 1997 à l'avis n°1 du Comité consultatif de Bioéthique (avant d'avoir pu prendre connaissance, semble-t-il, du débat qui s'est déroulé au Sénat les 9 et 10 décembre). La parole a été donnée essentiellement aux "professionnels de la santé". Le numéro s'ouvre par le texte de l'avis du Comité consultatif de Bioéthique. Il présente ensuite trois "récits" – anonymes – concernant des demandes d'euthanasie, respectivement au domicile du malade, à l'hôpital et dans une "maison médicalisée de long séjours pour personnes âgées". Viennent ensuite les réactions d'un médecin intensiviste, d'infirmières de la Clinique Notre-Dame à Waremme, d'infirmières d'une équipe de soins palliatifs à domicile, d'un médecin généraliste spécialisé en soins palliatifs et d'un groupe d'infirmières du Centre Hospitalier du Grand Hornu. Le choix des intervenants ne laissait guère de place à ceux qui défendent l'autonomie du patient et la légalisation de l'euthanasie. Les avis publiés sont bien différents de ceux que nous avons relevés dans les extraits de presse cités plus haut.

Après avoir donné la parole aux soignants, le comité de rédaction de la revue publie ses propres réactions. Le moins qu'on puisse dire est que celles-ci sont plutôt confuses. On y perçoit cependant un malaise et une réticence à aborder l'aspect moral de la question et à examiner les arguments pour ou contre une législation. Le texte consiste surtout en questions, mais la forme interrogative n'est pas toujours innocente et on a souvent l'impression qu'on a recours à elle pour prendre certaines positions sans avoir à les appuyer sur une argumentation<sup>1</sup>. Le comité de rédaction se demande, par exemple, "pourquoi le Comité consultatif de Bioéthique a-t-il choisi d'entamer sa tâche de réflexion en s'interrogeant sur l'euthanasie? S'agit-il, en regard de la pratique, de la question la plus urgente? (...) La définition de l'euthanasie (choisie par le Comité consultatif de Bioéthique) est-elle la plus pertinente pour entamer ce questionnement? L'autonomie se cantonne-t-elle dans le seul binôme médecin-patient? Quand on parle de "qualité de vie", de "dignité", de quoi parle-t-on et en référence à quelle vision de la personne

malade?", etc. Ce qui ressort le plus clairement du texte du comité de rédaction est la nécessité de faire participer au débat "tout acteur de soin", ce qui me semble aller de soi, mais il ne faudrait pas écarter les juristes, les philosophes, les moralistes et, surtout, les principaux intéressés, les malades en fin de vie et nous tous qui le serons un jour.

Y.K.

<sup>1</sup> Si je ne me trompe, il y a quinze points d'interrogation dans les 3,5 colonnes du texte, sans tenir compte des questions sous forme indirecte !



## Dépénaliser l'euthanasie?

La parole aux professionnels de la santé ...

## COURRIER DES LECTEURS

Une de nos membres Mme Ch. M. de Bruxelles nous écrit au sujet d'une affirmation qu'elle juge erronée, relevée dans les Nouvelles de Belgique de notre dernier bulletin (décembre 97, p. 11) : "Il y a trois mois à peine (depuis juin) que l'INAMI rembourse quelques actes techniques prestés à domicile".

Il s'agit, en fait, d'un article du journal Le Soir du 19 août 97 et non du point de vue de l'ADMD, comme a cru comprendre notre lectrice.

Nous publions bien volontiers des extraits de sa lettre et nous la remercions de son émouvant témoignage.

*"Mon mari a été plusieurs années malade chez moi. Il était affilié à la Fédération des Mutualités Socialistes. Il payait la cotisation complémentaire (750 f par trimestre pour le couple). Pendant deux ans ou plus, une infirmière de la mutuelle est venue chaque matin faire sa toilette (même le samedi ou le jour de Noël). Je n'ai rien payé. J'ai donné simplement une vignette. Un kiné de la mutuelle venait trois fois par semaine. Comme mon mari était un cas de pathologie lourde, le kiné était payé directement par la mutuelle et moi je lui donnais un supplément de 40 f par visite... Tous les deux mois, un pédicure de la mutuelle venait. Je payais beaucoup moins que si j'avais dû prendre un pédicure indépendant privé.*

*Je pense qu'il n'est pas toujours possible de garder son époux à domicile. Mon mari ne parvenait que difficilement à marcher, il tombait souvent, j'étais affolée, je ne parvenais pas à le relever toute seule. Il avait beaucoup maigri, mais il ne faisait plus aucun effort lui-même.*

*Il était très incontinent, ce qui me posait aussi des problèmes.*

*Je pense que la mutuelle, que la société a fait beaucoup pour m'aider financièrement lorsque mon mari était malade (...).*

*Dans les nouveaux projets de loi, il faudrait que l'on envisage le cas, non seulement des malades qui souffrent énormément, mais aussi de ceux qui*

*sont atteints, comme mon mari, de démence sénile. La généraliste où je vais, trouve qu'il faut aider à mourir ceux qui souffrent mais il ne faut pas aider à mourir des malades séniles. Elle dit qu'elle est d'accord avec l'euthanasie (...)"*

Lettre de Mme Josiane Rosselli-Selliez.

*Monsieur,*

*J'ai lu le bulletin de décembre 1997 et je ressens l'envie d'apporter mon témoignage car il me semble que, si le droit à l'euthanasie n'est toujours pas reconnu en Belgique, l'état d'esprit de la médecine a quand même bien évolué.*

*J'ai connu en cette année 1997 le drame que peut représenter la maladie dans une famille. Mon mari, âgé de 61 ans a été reconnu atteint d'un cancer "nécrotique" des poumons au mois de janvier. Il a subi une intervention qui, lui a-t-on dit, devait permettre d'espérer un sursis car il s'agissait d'un mal (qui ne fut pas nommé) à évolution lente, aucun traitement chimio n'était considéré utile dans son cas.*

*Mon mari s'est bien remis de l'intervention, mais, après 5 mois de sursis, il s'est plaint de douleurs de plus en plus fortes dans le côté où avait eu lieu l'intervention (...).*

*Son état général a commencé à se dégrader et fin août mon mari a été victime de graves problèmes respiratoires. On a dès lors entrepris les soins palliatifs à domicile, mais uniquement dans le but de soulager le malade et de lui apporter tout le confort possible, et l'on m'a fourni tout ce qui devait m'aider à le soulager.*

*Mon mari a encore vécu quelques jours d'échanges agréables avec sa famille et les amis qui venaient le voir, et il s'est éteint le 17 septembre avec un minimum de souffrances par rapport à son état. Je peux vous affirmer que rien*



n'a été tenté dans le but de le prolonger et que les soins de confort à domicile ont été couverts par notre mutuelle de façon satisfaisante. Mon mari possédait le Testament de vie, mais il n'a pas été besoin d'en faire mention (...).

Je pense que la relation malade-médecin-famille est très déterminante.

Extrait de la lettre de Monsieur Claude Ruwet.

"Mon épouse et moi sommes devenus membres de votre association en 1995. Ma femme est morte fin 1996 et le document "dernières volontés" a été un élément déterminant pour lui permettre de mourir sereinement. Ce document remis par moi au médecin a incité ce dernier à "enfin" oser aborder avec sa patiente le sujet de la mort, permettant ainsi à ma femme de lui faire part de sa volonté pendant qu'elle en avait encore la force et de convaincre le médecin de respecter cette volonté.

J'ai parlé de ce sujet avec deux amis qui souhaitent être davantage informés et avoir la possibilité d'adhérer eux aussi à l'ADMD".

Lettre de Monsieur M. Jaspard.

Mesdames, Messieurs,

Depuis très longtemps déjà je suis, avec le plus grand intérêt, l'évolution du problème relatif à l'euthanasie.

Le récent débat au Parlement à propos du document établi par le Comité consultatif de Bioéthique m'a profondément déçu car j'ai le sentiment que les "opposants" n'ont en rien assoupli leur position et ne sont pas prêts de vouloir en discuter.

Abstraction faite de la négation de la liberté individuelle, ce qui me choque le plus c'est le fait de présenter les soins palliatifs comme la seule solution humainement correcte.

En annexe, je joins une réflexion personnelle sur le sujet qui, me semble-t-il, n'a pas encore été évoquée dans les pages de votre bulletin.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, mes plus vifs remerciements pour le combat que vous

menez et qui est approuvé, j'en ai la conviction, par de très nombreux citoyens de notre pays.

### Soins palliatifs et euthanasie : quelle différence ?

Beaucoup d'adversaires de l'euthanasie se déclarent, paradoxalement, favorables aux soins palliatifs. Pourtant ces derniers signifient, en clair, l'arrêt de tout traitement pour combattre la maladie.

Il s'agit, par conséquent, d'une euthanasie déguisée puisque le renoncement délibéré à l'usage de moyens thérapeutiques abrège la durée de vie.

Il est dès lors étonnant que pareille pratique soit légalement admise alors que la volonté de certains malades de mettre un terme à leur existence est jugée inacceptable car, soi-disant, contraire à l'éthique médicale.

Par ailleurs, sauf erreur de ma part, les statistiques fournies par un établissement hospitalier révèlent que la durée moyenne d'une prise en charge en Soins Palliatifs est de 12 jours.

Si cela est exact, est-il humain de refuser d'abréger de quelques jours la détresse et la souffrance de ceux qui, eux-mêmes, le demandent ?

**COMMUNICATION À NOS MEMBRES**

**LE PROCHAIN BULLETIN  
NE POURRA PLUS ÊTRE ADRESSÉ  
AUX MEMBRES QUI N'AURONT PAS RÉGLÉ  
LEUR COTISATION 1998**

## 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>Oeuvre belge du Cancer</u> 1210 Bruxelles, rue Royale, 217	02/225.82.11
<u>Ecoute-Cancer</u> Accueil tél., lu. de 10 à 15 h, je. de 12 à 17 h. appel gratuit	0800/11.888
<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>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 la Région wallonne</u> 4000 Liège, Bd d'Avroy, 43	04/232.70.40-
<u>Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs</u> (renseignements attendus)	
<u>Plate-forme de concertation en soins palliatifs</u>	
- Brabant wallon	010/84.15.55
- Hainaut oriental	02/366.04.48 071/37.49.32
- Liège	071/33.11.55
- Luxembourg	04/366.70.01 063/21.27.11
<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 (S.L.P.)</u> Campus de la Plaine ULB - cp 237 - Accès 2 - avenue Arnaud Fraiteur, 1050 Bruxelles	02/627.68.70

