

ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

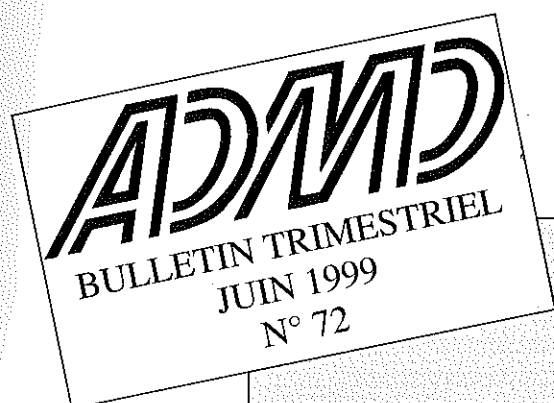
Belgique - België

P.P.

1050 Bruxelles 5

1/7203

Bureau de dépôt - Bruxelles 5



SOMMAIRE :

◆ Présidence de l'ADMD	1
◆ Editorial	2
◆ Belgique	
- Appel "Choisir sa Mort est un Droit"	3
- Avis du Comité consultatif de bioéthique	5
- Proposition de loi Lallemand, Erdman, Mahoux, Van der Wildt	7
- Prises de position : Centre Action laïque	12
Partis politiques	12
- Dans la presse	14
◆ Etranger : (France, Grand-Duché de Luxembourg, Australie, Etats-Unis),	16
◆ Dossier :	
- Euthanasie et suicide assisté : mise au point	20
- Soins palliatifs, soins supportifs et demande d'euthanasie. Impact sur la qualité de vie	21
◆ Avis à nos membres	23
◆ Témoignage	24
◆ Les livres	26



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

SECRÉTARIAT : 55, RUE DU PRÉSIDENT - 1050 BRUXELLES

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

Secrétariat : rue du Président, 55 - B - 1050 **Bruxelles** - Belgique -
Mme Janine Wytsman, Secrétaire générale

Tél. et Fax : (32).(0)2/502.04.85 – E-mail : admd@infonie.be

Cotisation annuelle : isolé(e) : 500 frs - couple : 700 frs
(respectivement 700 et 1000 frs pour les membres résidant à l'étranger)
Compte bancaire : n° 210-0391.178-29

Contact pour la région de Liège : Mme Liliane Valter
Quai Mativa, 24A, bte 021 – 4020 Liège
Tél. 04/342 91 42

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

Contact pour le Brabant wallon ouest
Maison de la Laïcité de Tubize et environs
Rue St Jean, 1 (accès par la rue J. Wautrequin) – 1480 Clabecq
Tél. 02/355.22.83 – Fax : 02/355.56.59 (prendre rendez-vous au préalable)

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

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
Édouard Klein
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 d'honneur

Jacqueline Herremans, Présidente
Darius Razavi, Vice-Président
Janine Wytsman, Secrétaire générale

Membres

Anne-Marie Bardiaux
Jacques Bredael
Dominique Bron
Alain P. Couturier
Paul Danblon
Michèle del Carril
Marc Englert
Fabienne Gavray
Louis Jeanmart
Édouard 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 (responsable du bulletin), Janine Wytsman, Marc Englert et l'aide de collaborateurs pour les traductions (Anne-Marie Fenez-Goossens, Jean-Paul Goyens, Madeleine Barna, Nane Pauli).

(Les articles signés n'engagent que leur auteur)

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

PRÉSIDENCE DE L'ADMD

Le Conseil d'Administration a le plaisir d'annoncer l'élection, à l'unanimité de ses membres, de Madame Jacqueline Herremans à la présidence de l'ADMD. Docteur en droit, collaboratrice de Me R. Lallemand, Madame Jacqueline Herremans est présidente du Service Laïque d'Aide aux Personnes et membre du Conseil d'Administration du Centre d'Action Laïque. Militante active de notre association depuis de nombreuses années, elle fait partie du Conseil d'Administration depuis 1996. Vice-présidente depuis la démission du Dr Kenis, elle a démontré ses compétences et son dynamisme pour la défense de nos idéaux, comme beaucoup de nos membres ont pu s'en rendre compte en assistant à l'une des nombreuses conférences qu'elle a données à Bruxelles et en Wallonie.

Le Conseil d'Administration la remercie, au nom de tous nos membres, d'avoir accepté cette charge et l'assure de son soutien le plus total. De son côté, notre président d'honneur, le docteur Kenis, continuera à œuvrer au sein de l'ADMD et de son Conseil d'Administration pour l'aboutissement du combat qu'il a si longtemps dirigé.

LA PROPOSITION DE LOI LALLEMAND-ERDMAN DÉPOSÉE AU SÉNAT

Le texte intégral dans ce bulletin

PUBLICATION DE L'AVIS DU COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE CONCERNANT L'ARRÊT ACTIF DE LA VIE DES PERSONNES INCAPABLES D'EXPRIMER LEUR VOLONTÉ

L'essentiel dans ce bulletin

OFFENSIVE DES MILIEUX OPPOSÉS À L'EUTHANASIE

Belgique : deux infirmières accusées d'euthanasie à Gand.

Grande-Bretagne : un médecin inculpé.

Etats-Unis :

Etat de Michigan : le docteur Kevorkian, pionnier de l'aide médicale au suicide, condamné à plus de dix ans de prison.

France : Christine Malèvre emprisonnée puis remise en liberté. Tentative d'interdiction de son livre « Mes aveux ».

Inculpation d'une infirmière à Nice.

Des précisions sur ces événements dans ce bulletin

EDITORIAL

On trouvera dans ce bulletin, d'une part, le texte intégral de la remarquable proposition de loi déposée le 2 février 1999 au Sénat par les sénateurs R. Lallemand, F. Erdman, P. Mahoux et F. Van Der Wildt, et d'autre part, les conclusions de l'avis du Comité consultatif de Bioéthique concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté.

La proposition de loi a notre appui total. Elle est l'aboutissement d'un long cheminement où l'ADMD a incontestablement joué un rôle majeur. Ce n'est pas par hasard qu'elle soit l'œuvre du sénateur R. Lallemand : coauteur avec Madame Michielsen de la loi dépénalisant l'interruption volontaire de grossesse, le sénateur R. Lallemand a consacré la plus grande partie de ses mandats parlementaires à la défense des droits humains fondamentaux.

L'avis du Comité consultatif de Bioéthique est aussi extrêmement important. Il complète le premier avis rendu il y a un an qui concernait l'euthanasie des patients conscients et donne ainsi une base éthique à la proposition de loi.

Le chemin parcouru est impressionnant. L'idée que l'homme devrait avoir le droit de choisir la manière dont sa vie se termine soulevait, il y a quelques années encore, des oppositions farouches et il a fallu à notre président d'honneur, le Dr Y. Kenis, un courage et une persévérance exceptionnels pour tenir tête, à l'époque, à des attaques parfois malveillantes et même calomnieuses.

La situation a bien changé. Nos adversaires, à de rares exceptions près, n'osent plus proclamer ouvertement leur opposition à l'euthanasie. Certains essayent de faire croire qu'une dépénalisation légale est superflue car les soins palliatifs résolveraient tout ; d'autres assurent que les médecins font « ce qu'il faut » et qu'il est donc inutile de légiférer ; d'autres encore proposent des conditions si restrictives à toute autorisation d'euthanasie qu'elle ne serait possible que dans quelques cas exceptionnels (avis obligatoire préalable d'un collège de médecins et d'éthiciens, par exemple).

A nous de déjouer ces manœuvres et de faire tout ce qui est en notre pouvoir pour que cette dépénalisation aboutisse. Nous nous y emploierons de toutes nos forces. L'appel aux parlementaires que nous avons publié dans notre dernier numéro a déjà recueilli, avec notre association sœur flamande, près de 300 signatures de scientifiques, d'hommes de lettres, de juristes, d'artistes, de professeurs d'université. Il sera adressé à tous les parlementaires et publié. Une conférence de presse est prévue. D'autres initiatives suivront.

Le Comité de rédaction

EN BELGIQUE

L'APPEL AUX PARLEMENTAIRES : « CHOISIR SA MORT EST UN DROIT »

Diffusé également par notre consœur flamande RWS, et destiné à démontrer que le monde intellectuel et artistique de notre pays partage l'opinion de la majorité de la population qui réclame ce droit, cet appel a rencontré un énorme succès : près de 300 signatures d'hommes de science, d'écrivains, d'artistes, de médecins, de théologiens, de professeurs d'université de diverses disciplines, d'hommes politiques ont été obtenues.

Nous les reproduisons ci-dessous, avec le texte de l'appel que nous avons déjà publié dans notre précédent bulletin.

CHOISIR SA MORT EST UN DROIT Un appel aux représentants de la nation

Au moment où se préparent dans notre pays des élections fédérales, régionales et européennes, les soussignés, qui appartiennent à diverses sensibilités philosophiques et religieuses de notre société, tiennent à rappeler avec force, à l'instar des signataires de la « Déclaration collective de désobéissance civique » en France, que la liberté de choisir l'heure de sa mort est un droit imprescriptible de la personne humaine et qu'à plus forte raison ce droit est acquis au malade incurable qui, à l'approche de la mort, endure des souffrances que lui seul est habilité à juger tolérables ou intolérables.

Nous affirmons aussi le droit pour un médecin d'accéder, en accord avec sa conscience, à la sollicitation d'un patient qui, se trouvant dans une telle situation, lui demanderait de hâter le moment de mourir. Un tel acte, considéré aujourd'hui par la loi comme un assassinat, devrait être reconnu pour ce qu'il est : un geste de compassion, de respect et de solidarité humaine.

Nous en appelons aux futurs représentants de la nation pour qu'ils créent enfin les conditions permettant l'exercice de ces droits. Les hommes ont réussi à s'affranchir de la fatalité dans le domaine de la procréation. Il est temps que ceux qui vivent la dernière période de leur existence et qui souhaitent ne plus subir les modalités aveugles de la mort puissent recevoir l'aide nécessaire pour faire de l'ultime moment de leur vie un dernier acte de liberté.

Liste des signataires (les titres et fonctions des signataires néerlandophones sont repris en néerlandais):

Ludo ABICHT, hoogleraar U.A. - H. ALEXANDRE, prof. ord. fac. médecine Univ. Mons-Hainaut - Jean-Jacques J. AMY, prof. dr. A.Z. / VUB., buitengewoon hoogleraar VUB., - Bernard ANSELME, ministre de la Région wallonne - F. ASSENHEIMER, kinderarts - Daniel BACQUELAINE, député-bourgmestre - Marcella BAETE, auteur - Marcel BAUWENS, journaliste, ancien président de l'Ass. gén. des journalistes professionnels de Belgique - Georges-Henri BEAUTHIER, président de la Ligue des Droits de l'Homme - Ivan BEGHIN, médecin, professeur hon. Inst. Méd. Tropicale - Michèle BELOT, syndicaliste, secrétaire nationale CGSP - Jan BERNHEIM, arts, hoogleraar VUB - Paul BERTELSON, professeur émérite ULB, prix Solvay 1995 - Yves BETERAMS, geneesheer - Wim BETZ, prof. dr., diensthoofd academisch centrum huisartsgeneeskunde VUB - Edmond BLATTCHEN, journaliste - Arthur BODSON, ancien recteur ULg - Annie BOONE, gewoon hoogleraar VUB - Pierre BOONS, journaliste - Hedwig BOUDREZ, dr. psychologie - Eddy BOUTMANS, Agalev-senator - Johan BRAECKMAN, prof. philosophie RUG. (docent) - Marianne BRATZLAVSKY-HEYNDERYCKX, gallery houdster - Jacques BREDAEL, journaliste - Pierre BREL, association sportive contre le cancer (rel.publ.) - Jean-Claude BROCHÉ, journaliste - Dominique BRON, professeur ULB, président du Comité d'éthique de l'Institut Bordet - Eddy BRUYNINCKX, ass. moreel consultant - Joseph BURON, directeur régional RTBF Namur - Frans BUYENS, schrijver / cineast - Eddy CAEKELBERGHS, journaliste - Jan CALEWAERT, advocaat - Maryse CASSIERS, correspondent - Erica CHAFFART, beeldend kunstenaar - Lydia CHAGOLL, cinéaste / auteur - Anne CHOTTEAU, assistante sociale psychiatrique - Robert CLARA, prof. dr. em. kindergeneeskunde - Hugo CLAUS, schrijver - Peter CLEMENT, gewoon hoogleraar VUB - Lucy CLERBOIS, employée Cepulb - Marina COECKELBERGHS, kinderarts - Michèle COERTEN, syndicaliste - Francis COLARDYN, hoogleraar, diensthoofd intensieve zorgen UZ Gent - Françoise COLMAN, employée - Pierre COLMAN, professeur émérit. Ulg, membre Acad. Royale des beaux-arts - F. COMHAIRE, prof. dr., inwendige ziekten UZ Gent - Ria CONVENTS, advokate - Frederik COOREMAN, directiesecretaris / moreel consultant - J. COULON, geneesheer - Willy COURTEAUX, erejournalist - Frans CREADO, moreel consultant ziekenhuizen, voorzitter OVM Antwerpen - Pierre CUGNON, chef de dépt. Observatoire Royal de Belgique - Jo CUYVERS,

ere-senator en ere-volksvertegenwoordiger – Paul DAMBLON, journaliste – Els DANEELS, kleuteronderwijzeres op rust – Mathias DANNEELS, hoofdredacteur “*Dag Allemaal*” – Eric DAVID, professeur ULB – Luc DEBAENE, huisarts – Ann DE BELDER, RUCA – André DE BLUTS, avocat honoraire, professeur à l’ULB – A. DE BLUTS – Bruno DEBOEURE, hoofdofficier, burg. ir. – Richard DEBRUYNE, retraité – Corneel DEBULPAEP, gepensionneerd – Marc DEBUNNE, fonctionnaire – Oscar DEBUNNE, retraité – Baudouin DECHARNEUX, chercheur CNRS, chargé de cours ULB – Irma DE CLERCK, gepensionneerd – Vincent DECROLY, Ecolo – Hendrik DEELSTRA, gewoon hoogleraar UIA – Etienne. DE GROOT, vlaams volksvertegenwoordiger, prof. VUB – Philippe DEGUENT, journaliste en chef RTBF – Irène DE HERDT, moreel consulente – Luc de HEUSCH, professeur honoraire ULB – Luc DE KEUKELAERE, huisarts, provincieraadslid – Evelyne DELALIEU, accoucheuse, enseignante – Comte Jean-Pierre de LAUNOIT – Eric DE LEEUW, moreel consulent, hoofd van dienst Krijgsmacht – Olivier DELEUZE, député – Pierre de LOCHT, prêtre, théologien – Armand DE LOECKER, hoofddocent UA – Edouard DELRUELLE, professeur Ulg – Jean-Jacques DELTOUR, professeur Ulg – Hilde DE PAEPE, moreel consulent – Marcel DEPRAETERE, em. hoogleraar VUB – Janine DE ROP, auteur – Michael DERUYVER, huisarts – Claude DESAMA, député européen – Chantal DE SMET, hoogleraar hoge school Gent – Jessica DESMET, bediende – Sabine DE TAEYE, advocaat – W. Patrick DE WILDE, gewoon hoogleraar VUB – Roland DEWOLFS, docent UIA – Frans DILLE, kunstenaar – Pascal DISPA, conseiller députation permanente Brabant Wallon, président des jeunes libéraux (Bt W.) – Wim DISTELMANS, radiotherapeut AZ/VUB, voorzitter Federatie palliatieve zorg Vlaanderen – Valérie DRUITTE, journaliste RTBF – René DUJARDIN, emeritus gewoon hoogleraar – Paul DUMBRUCH, fonctionnaire VEC – Isabelle DURANT, secrétaire féd. Ecolo – Marc ENGLERT, professeur hon. médecine ULB – Yvon ENGLERT, professeur de déontologie méd. ULB, vice-président du Comité consultatif de Bioéthique – Jacques EVRARD, président “Alzheimer Belgique” – Francis FAES, criminoloog – Paul FALMAGNE, professeur ordinaire, fac. sciences univ. Mons-Hainaut – Léon FAVYTS, voorzitter “*Recht op Waardig Sterven*” – Henri FIRKET, professeur hon. Ulg – Frank FOLLMAN, moralist – Jacques FONTIER, kunstsriticus AICA – Hugo FRANSSEN, uitgever EPO – Georgette FRIX, lerares op pensioen – Janos FRUHLING, médecin-directeur Inst. Bordet – Hélène GALPERIN, professeur hon. génétique humaine ULB – Rita GEERTS, gepens. sociaal assistente – Roland GILLET, sénateur hon. – Guido GOELEN, arts, academisch centrum voor huisarts-geneeskunde VUB – André GOLDBERG, président du Conseil de la Morale Laïque – Frits GORLE, hoogleraar em. VUB – Pierre GOTHOT, professeur Ulg – Philippe GROLLET, président du Centre d’Action Laïque – Guy GUILLIAMS, informaticus – Guy HAARSCHER, doyen de la fac. philo ULB – Arthur HAULOT – Michel HECQ, professeur à l’université de Mons-Hainaut – Colette HENEN – René HENOUMONT, écrivain – Jacqueline HERREMANS, présidente du Service Laïque d’Aide aux Personnes, présidente de l’ADMD – Suzanne HIERNAUX, gepens. – Wim HUYBRECHTS, ir., voorzitter Volkskliniek – Léon INGBER, professeur ULB, dir. Centre de philos. du Droit – Jules JASSELETTE, échevin instruction publique ville de Liège – Frank JANSSENS, kinderarts – Baron André JAUMOTTE, président et recteur honoraire ULB – Claude JAVEAU, professeur de sociologie ULB – Louis JEANMART, professeur hon. médecine ULB, p-président Ordre des médecins du Brabant francophone – Yvon KENIS, professeur hon. médecine ULB, président d’honneur ADMD – Bernadette KINART, secretaresse – Jean KLASTERSKY, chef du service de médecine de l’Institut Bordet – Edouard KLEIN, sénateur honoraire – Roger LALLEMAND, sénateur, président de la commission “Justice” du Sénat – Werner LAMBERSY, attaché littéraire centre Wallonie Bruxelles à Paris – Hélène LAMBILOT, infirmière – Janine LAMBOTTE, journaliste – Yves LAREC, directeur du théâtre royal du Parc – Guy LEBEER, sociologue ULB – Lyzie LEBRUN, retraitée – Pierre LEGROS, ancien bâtonnier du barreau de Bruxelles – Frank LEMAHIEU, eindredacteur “*Plus 3 - Magazine*” – Hugues LE PAIGE, journaliste, co-dir. de la Revue Politique – Carine LESCOT, chargée de mission à la Communauté française – Hilde LEVY, huisvrouw – René LOS, Agalev – Georges LIENARD, past-président du Centre d’Action Laïque – Guy LUKOWSKI, artiste musicien – Jeanine LUYCKX – Martine MAGNÉE, secrét. dir. Assoc. Européenne – Philippe MAHOUX, sénateur – Edy MAILLARD, geneesheer-specialist – François MALAISSE, professeur Univ. Mons-Hainaut et Fac. Univ. Gembloux – Johan MALCORPS, vlaams volksvertegenwoordiger – Françoise MANDOUX, rédactrice – Fritz MANN – Marianne MARCHAND, voorzitter Humanistisch Verbond (H.V.) – Philippe MARTIAT, chef de clinique Inst. J. Bordet – Wolrad MATTHEIEM, professeur hon. médecine ULB – Wouter MATTHIJS, moreel consulent – Marc MAYER, assistant à l’Ecole de Santé publique ULB – Josette MATON, enseignante – André MEHEUS, hoogleraar sociale geneeskunde U.A. – Pierre MERTENS, écrivain – Jean MICHOT, professeur émérite ULB, recteur hon. ULB – Christiane MICHOTTE, au nom du pasteur Marius Michotte – Philippe MONFILS, député européen – Jacky MORAEL, secrétaire féd. Ecolo – Roger MORELLE, médecin, président de la Fédération Laïque des Soins Palliatifs de la région wallonne – Anne MORELLI, chargée de cours ULB – Patrick MORIAU, député-bourgmestre – Freddy MORTIER, prof. ethiek, RUG – Philippe MOUREAUX, ministre d’Etat, professeur à l’ULB Serge MOUREAUX, député – Nathalie NICAISE – Joris NOTE, schrijver – Nouria OUALI, sociologue ULB – Dick PAPOUSEK, hoogleraar sociale antropologie, VUB – Daniel PAROTTE, juriste – Stefaan PATTYN, ere-hoogleraar UIA – Guido PENNING, wetenschappelijk medewerker – François PERIN, professeur hon. Ulg – Michel PETTIAUX, vice-président de Bruxelles Laïque – Kim PIETERS, moreel consulent – Auguste PIRON, chef de travaux ULB – Eliane PLASTRIA, docente – David PRAILE, sociologue ULB – Vicomte Ilya PRIGOGINE, prix Nobel de chimie, professeur émérite ULB – Georges PRIMO, professeur hon. ULB – Paul PUT, provincieraadslid – Hugo RAES, auteur – Godfried-Willem RAES, prof. Hogeschool Gent & Orfeusinstituut, directeur Stichting Logos, componist – E.J. RASKIN, rechter i.r., ere-volksvertegenwoordiger – Darius RAZAVI, psychiatre – Odette RENODEYN, invalide – Bernard RENTIER, vice-recteur Ulg – André REYNTJENS, gepensionneerd geneesheer, ex vice-chairman Janssen Research Foundation – Monique RIFFLET, sénatrice hon. – François RIGAUX, professeur UCL – Jean RIGOT, pilote de ligne retraité – Yvonne ROEBBEN, gepensionneerd – Georgette ROOS, infirmière – Robert SACRE, oncologue – chirurg. AZ / VUB – Jacques SANTKIN, sénateur – Claudine SCHAILLEE, fonctionnaire – Jack SCHELFHOUT, ereprovincieraadslid – Claudine SCHOOVAERTS – Willem SCHUERMANS – Willy SEEUWS, eresenator – Marij SERCU, huisarts – Renée SERJACOBS, peintre – Jan SEVENS, advocaat – Jacqueline SIMON, ambtenaar – Hugo SOLY, hoogleraar VUB – Luc SOMERHAUSEN, magistrat honoraire – Gilberte

SOMERS, PR / RUCA - Roger SOMVILLE, artiste peintre - Sergine SPEYER, - Eddy STEVENS, bediende gepensionneerd - Maxime STEINBERG, historien - Jean-Claude STERCKX, dentiste, conseiller laïque - Guy STORME, diensthoofd radiotherapie OC-AZ/VUB - Elisabeth STRUYVELT, echtgenote van huisarts - Patrick SWEETLOVE, huisarts - Hugo TACK, notaris - Jacques TEGHEM, professeur Univ. Mons - Lise THIRY, professeur hon. médecine ULB, directeur hon. Institut Pasteur - Rik THYS, stafmedewerker SEVI - Françoise THYS-CLEMENT, Pro-recteur de l'ULB - Anna TIMMERMANS, apotheker - Yvon TOUSSAINT, journaliste-écrivain - Myriam T'SSOEN, werkloos - Jef TURF, journalist - Suzanne VALENNE, assistante sociale retraitée - Jean-Paul VAN BENDEGEM, hoogleraar VUB, wijsbegeerte - Alain VAN CRUGTEN, écrivain, professeur ULB - Françoise VAN DE MOORTELE, journaliste retraitée RTBF - Frieda VANDENABEELE, gewoon hoogleraar VUB - Jean-Luc VANDENBOSSCHE, cardiologue - Hugo VAN den ENDEN, prof. dr., ethicus, vice-voorzitter RWS - Dora VAN der GROEN, docente, actrice - Ivan VAN der VORST, advocaat - H.A. VAN de WALLE-METSELAAR, gepensioneerd leraar - J. VANDEWEERD, huisarts - Mark VANDEWEGHE, arts, prof. endocrinologie UZ Gent - Christine VAN DE WIELE - Paulette VAN GANSEN, professeur émérite ULB - Roger VAN GINDEREN, RUCA - Gilberte VAN GROOTEL, huisvrouw - Jean-Louis VAN HERWEGHEM, recteur ULB, professeur méd. ULB - Jean-Baptiste VAN HOOFF, arts - Michel VANHOORNE, arts, hoofddocent RUG - Frank VAN LAEKEN, zelfstandig journalist - Joseph VAN LANDUYT, hoogleraar wetenschappen RUCA - Jean VAN LIERDE, président du MIR-IRG, journaliste - Eric VAN LINDEN, huisarts - Antoine VAN LOON, assessor commissie VI Hof van Beroep Antwerpen - Gommaar VAN OOSTERWIJCK, hoogleraar emeritus VUB - Eugeen VAN OYE, professor emeritus VUB & ULB - Leo VAN PUYVELDE, ere-ziekenhuisdirecteur - Marcel VAN SPAANDONCK, ere-gewoon hoogleraar RUG - Georgette VANSTRAELEN-VAN RINTEL, ere-inspectrice nederlandstalig hoofdstedelijk onderwijs - Gustaaf VAN TENDELOO, hoogleraar RUCA - Guy VANTHEMSCHE, hoofddocent geschiedenis VUB - Erna VERCAUTERE, arts op rust - Jozef VEREMANS, dr. klass. filologie, em. prof. RUG & VUB - Elise VERHULOT, femme au foyer - Jan VERMORKEN, diensthoofd afdeling medische oncologie UZA - Anne VEROUGSTRAETE, gynaecoloog - Mario VERSTRAETE, medewerker directie communicatie SP - Marcel VOISIN, directeur-président de la Haute Ecole de la C.F. du Hainaut - Robert VRIELYNCK, erenotaris, docent o.r. Erasmus hogeschool - Karel VUYLSTEEK, em. hoogleraar RUG - Robert WANGERMÉE, professeur hon. ULB - Nicole WARNOTTE, secrétaire ULB - Françoise WOLFF-van ERMEMGEM, journaliste - Janine WYTSMAN, secrétaire générale ADMD - Djamal ZAHAF, président du Mrax.

(liste arrêtée au 19 mai)

Au moment où ce bulletin paraît, une conférence de presse aura eu lieu pour présenter cet « Appel ». Nous en rendrons compte dans notre prochain bulletin.

AVIS DU COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE CONCERNANT L'ARRÊT ACTIF DE LA VIE DES PERSONNES INCAPABLES D'EXPRIMER LEUR VOLONTÉ

Le 9 mars 1999, le Comité Consultatif de Bioéthique a rendu un deuxième avis concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie. Ce second avis inclut cette fois le problème des personnes incapables d'exprimer leur volonté (le 1^{er} avis concernant les patients conscients a été rendu le 12 mai 1997 et nous en avons rendu compte dans notre bulletin n° 64 de juin 1997).

Nous en reproduisons ci-après l'essentiel.

Quatre positions ont été exprimées.

La position A est celle des membres du Comité qui souhaitent une reconnaissance légale de l'euthanasie et de l'arrêt actif de la vie. Ils se prononcent pour une intervention législative qui reconnaisse l'autonomie de la décision de chacun

devant la mort, ainsi que le caractère éthique de l'acte de solidarité et de respect de la dignité humaine qui consiste à mettre fin à la vie d'un patient dont la situation est sans issue. Une telle reconnaissance peut prendre des formes diverses, entre lesquelles ils considèrent n'avoir pas à se prononcer : modification de la législation pénale et civile, régulation judiciaire selon le « modèle hollandais », ou encore qualification de l'euthanasie ou de l'arrêt actif de la vie comme un acte médical relevant de l'art de guérir (et qui, de ce fait, ne pourrait être pénalement reproché au médecin qui l'aurait accompli).

Dans les cas où le médecin peut disposer d'une volonté exprimée par le patient, l'arrêt actif de la vie doit recevoir une reconnaissance légale. Si cette volonté est exprimée par le patient conscient dans le cadre du colloque singulier avec le médecin, celui-ci est autorisé à pratiquer une euthanasie (sous les conditions prescrites dans l'avis n°1 : voir en particulier la proposition 2).

Si le patient inconscient ou incapable a rédigé une *directive anticipée* et/ou a désigné une

personne de confiance, le médecin jugera de l'opportunité d'un arrêt actif de la vie avec cette personne de confiance et/ou conformément à la directive anticipée. Enfin, si le patient inconscient ou incapable en situation de maladie incurable n'a rédigé aucune directive anticipée et/ou n'a désigné aucune personne de confiance parce qu'il n'en a jamais eu la capacité, le médecin peut à la demande des représentants légaux du patient envisager un arrêt actif de la vie, après consultation de l'ensemble de l'équipe soignante.

Dans le cas où le patient est incapable d'exprimer sa volonté mais n'a ni rédigé de directive anticipée ni désigné de personne de confiance bien qu'il aurait pu le faire antérieurement, un arrêt actif de la vie peut être justifié d'un point de vue médical et éthique (comme geste de compassion) dans certaines situations exceptionnelles, mais ne doit toutefois pas recevoir de reconnaissance légale, en raison du risque de dérives possibles. Dans ce cas, le médecin devra pouvoir justifier son geste au titre de « l'état de nécessité ».

Dans tous les cas, le médecin devra informer *a posteriori* les autorités judiciaires, dossier médical à l'appui, que la mort de son patient est une mort médicalement induite.

La position B est celle des membres du Comité qui pensent que l'euthanasie peut être éthiquement justifiée dans des cas exceptionnels (état de nécessité), mais qui estiment ne pouvoir en aucun cas considérer comme justifié l'arrêt actif de la vie des personnes inconscientes ou incapables qui n'ont jamais rédigé de directive anticipée. Exceptionnellement, un arrêt actif de la vie peut être décidé si un tel patient a rédigé une directive anticipée, dans les cas où on peut faire valoir le principe « nécessité fait loi », mais lors de la prise de cette décision, il faudra comme pour l'euthanasie (proposition 3 du premier avis) respecter une procédure *a priori*.

La position C est celle des membres du Comité qui estiment que la troisième proposition du premier avis (*procédure a priori*) constitue la limite extrême d'une pratique médicale en état de nécessité mais que cette proposition ne peut, en aucune manière, conduire à pratiquer l'arrêt actif de la vie chez les personnes inconscientes ou incapables.

La position D est celle des membres du Comité qui souhaitent le maintien pur et simple de l'interdit légal tant de l'euthanasie que de l'arrêt actif de la vie (cfr. position 4 du 1^{er} avis). Les partisans de cette position entendent maintenir l'interdiction légale de l'homicide parmi les caractéristiques essentielles de l'Etat de droit. Ils refusent d'admettre, dans l'ordre juridique belge, d'une quelconque façon, même par le biais d'une procédure *a priori* ou *a posteriori*, la légitimité de l'euthanasie et de l'arrêt actif de la vie demandés par le malade.

Nos commentaires. En se limitant à l'essentiel, on peut résumer l'avis du CCB de la manière suivante :

La position A est pratiquement celle défendue par l'ADMD et est reprise dans la proposition de loi des sénateurs Lallemand et Erdman dépénalisant l'euthanasie volontaire des patients conscients dans les conditions précisées dans le 1^{er} avis, ainsi que l'arrêt actif de la vie des patients inconscients ou incapables qui ont rédigé une déclaration anticipée (« testament de vie ») dans ce sens et/ou désigné une personne de confiance. A noter que la décision de mettre fin à la vie, dans cette position A, est prise par le médecin et le patient en colloque singulier et, si le patient est inconscient ou incapable, par le médecin et la personne de confiance désignée antérieurement par le patient.

Les positions B et C reprennent, pour les patients conscients, la proposition 3 du premier avis (décision à prendre seulement dans des cas exceptionnels et *après* une large concertation, sans dépénalisation légale). La position C refuse toute euthanasie des patients inconscients tandis que la position B la limite à ceux qui ont laissé une directive en ce sens mais avec les mêmes restrictions de procédure que pour les patients conscients. Ces positions reflètent les vues de membres des partis chrétiens et de certains laïcs.

Enfin, la position D est celle qui refuse toute euthanasie, quelle que soit la situation du patient. Elle reflète la position de la hiérarchie de l'Eglise catholique et du Vlaams Blok.

**PROPOSITION DE LOI DÉPOSÉE PAR LES SÉNATEURS
R. LALLEMAND, F. ERDMAN, P. MAHOUX ET F. VAN DER WILDT
AU SÉNAT DE BELGIQUE LE 2 FÉVRIER 1999**

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 1998-1999

2 FÉVRIER 1999

Proposition de loi relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable

(Déposée par MM. Lallemand, Erdman et consorts)

DÉVELOPPEMENTS

Les auteurs de la présente proposition ont précédemment déposé une proposition de résolution « en vue de rassembler des informations afin d'organiser un débat sur les problèmes de fin de la vie ». (doc. n° 1-322/1 du 24 avril 1996).

Ils relevaient dans les développements de cette proposition que « différentes réponses liées aux problèmes de la fin de la vie existent, qui ne sont pas exclusives les unes des autres ».

Ils soulignaient l'importance des soins palliatifs, mais aussi « qu'il existe des souffrances et des situations qu'aucun traitement ne peut prendre en charge ».

Ils rappelaient également que des euthanasies étaient pratiquées, ensuite de demandes de patients qui ne voulaient pas être maintenus en vie contre leur volonté, parce qu'ils ne supportaient plus la dégradation de leur état.

Le Sénat a donné indirectement suite à cette proposition de résolution en organisant, les 9 et 10 décembre 1997, un colloque consacré à l'euthanasie ou à l'acte intentionnel par lequel une personne autre que l'intéressé met fin aux jours de ce dernier à sa demande.

Les débats ont été organisés autour de l'avis remis par le Comité national consultatif de bioéthique sur l'opportunité d'une réglementation légale de l'euthanasie.

Les débats ont clairement mis en évidence plusieurs aspects de la situation que nous connaissons aujourd'hui.

D'abord l'ambiguïté de la loi actuelle: certains ont en effet affirmé que l'interdit légal devait non seulement être maintenu, mais que rien aujourd'hui ne pouvait justifier sa transgression; d'autres, au contraire, ont souligné qu'un état de nécessité était une justification nécessaire mais suffisante qui permettait au médecin d'échapper aux poursuites ou en tout cas à une condamnation.

À supposer que la deuxième interprétation prévale, ce qui n'était pas certain pour tous les intervenants, les conditions qui permettent de déterminer l'existence d'un état de nécessité demeuraient soit floues, soit contradictoires dans le chef des uns ou des autres.

Les débats ont également mis en évidence les problèmes posés par la pratique.

De nombreuses euthanasies sont aujourd'hui pratiquées, souvent dans de très bonnes conditions, mais en contradiction avec la loi pénale ou les interprétations que l'on peut faire de celle-ci.

Mais il est aussi apparu que des médecins refusent des demandes, par hypothèse légitimes, par crainte de la loi.

D'autres médecins, pour ne pas donner de publicité à leur intervention, pratiquent des euthanasies à la sauvette, dans de mauvaises conditions: le dialogue avec le patient n'est pas approfondi, une prise en charge palliative ne lui est pas proposée, ... Certains ont affirmé, mais sans que cela soit vérifié, que des euthanasies auraient été pratiquées sur des patients conscients qui n'avaient pas donné leur accord, à la demande de la famille ou de membres de l'équipe soignante.

Il est apparu aux auteurs de la proposition que l'on ne pouvait à la fois maintenir l'interdiction pénale de l'euthanasie, et tolérer une situation qui n'est pas à tous égards satisfaisante.

La présente proposition veut prendre en compte ce problème, et d'abord en clarifiant la portée de la loi pénale: le médecin qui pratiquerait une euthanasie en respectant une série de conditions serait légalement justifié.

Mais la proposition veut aussi, en sortant l'euthanasie de la semi-clandestinité, favoriser au maximum la transparence et le dialogue entre toutes les personnes concernées.

Le colloque du Sénat a montré, à cet égard, un des aspects positifs de la situation hollandaise. Le dialogue approfondi entre le patient et le médecin, à propos de la demande d'euthanasie, conduit souvent à une prise en charge palliative pleinement acceptée par le patient. Souvent, disent certains médecins hollandais, les patients sont rassurés de savoir que nous sommes prêts, s'ils le demandent et dans des conditions fixées ensemble, à pratiquer une euthanasie; cela leur donne le courage de continuer à vivre...

La proposition se penche par ailleurs sur une question qui n'a pas été abordée lors des débats au Sénat: elle a trait à la situation du patient inconscient.

Il semble en effet qu'un grand nombre d'arrêts actifs de la vie soient pratiqués sur des patients inconscients en phase terminale: ces patients n'ont plus, en général, que quelque temps à vivre, dans des conditions particulièrement douloureuses. Mais certains dénoncent, là aussi, des abus, parce que l'intervention se ferait sans la connaissance des convictions et de la volonté du patient. Il semble à cet égard opportun d'organiser un système de déclaration qui permette à chacun, s'il le désire, de s'exprimer anticipativement sur le type de prise en charge, de traitement ou d'intervention qu'il souhaite.

La situation du patient conscient et celle du patient qui a fait une déclaration anticipée font aujourd'hui l'objet d'un consensus large, qui fait penser aux auteurs de la proposition qu'elles peuvent être réglées par la loi.

Il est par contre des situations que les auteurs de la proposition ne souhaitent pas régler dans l'immédiat: celle des patients incapables juridiquement (mineurs d'âge, personnes souffrant de troubles mentaux, ...), et dont la souffrance physique ne peut être apaisée, ainsi que celle des patients inconscients qui n'ont pas fait de déclaration anticipée.

Ces situations sont évidemment problématiques. La réflexion éthique doit en tout cas se poursuivre pour déterminer ce qui pourrait fonder l'intervention du médecin confronté à une demande d'euthanasie qui émane d'une personne juridiquement incapable, ou d'une demande d'arrêt actif de la vie d'une personne inconsciente, qui émanerait de tiers.

Mais il faut évidemment affirmer les principes qui doivent encadrer cette réflexion éthique: rien par exemple ne pourrait justifier une euthanasie pratiquée sur un incapable pour des raisons liées à son incapacité. Une telle intervention serait intolérable, et devrait être condamnée.

*
* *

Quelles sont les conditions que fixe la présente proposition?

1. Pour ce qui est du patient conscient et capable:

Nous pensons que le dialogue entre le patient et le médecin doit être au cœur du traitement de la demande d'euthanasie, et que la responsabilité de l'un et de l'autre ne peuvent être amoindries par des interventions de tiers qui pourraient porter un jugement décisif sur une question qui ne les concerne, au mieux, qu'indirectement.

Mais ce dialogue doit évidemment être garanti et approfondi, et organisé autour de l'information la plus large possible donnée au patient à propos de son état de santé et des possibilités de prise en charge palliative existantes.

Quoi qu'il en soit du colloque singulier, dès lors que le patient le souhaite, le médecin doit évidemment consulter d'autres personnes: celles qui sont désignées par le patient. Nous pensons notamment aux proches et aux membres de l'équipe soignante.

Mais il est évident que le médecin doit aussi constater certaines conditions objectives avant d'intervenir.

La maladie qui est à l'origine de la souffrance du patient et de sa demande d'euthanasie doit être incurable, à défaut de quoi la demande n'aurait évidemment pas de fondement acceptable. Il est d'ailleurs exigé que le médecin consulte un confrère quant au caractère incurable de l'affection.

Mais, c'est essentiel, le patient doit être atteint par une souffrance physique ou être dans un état de détresse que rien ne peut apaiser. En vérité, c'est précisément la souffrance ou la détresse durable et inapaisable du patient qui sera au cœur de son dialogue avec le médecin. Celui-ci devra manifestement constater que rien de ce qu'il propose au patient n'est à même d'apaiser celui-ci.

2. Pour ce qui est du patient incapable de manifester sa volonté:

Par ailleurs, la proposition organise un système de déclaration anticipée qui permette à chacun d'indiquer ses préférences pour telle ou telle prise en charge. La déclaration permettrait notamment à toute personne consciente et capable de demander qu'un médecin interrompe volontairement sa vie s'il est incapable de manifester sa volonté, atteint d'une affection incurable, et qu'il n'existe aucun moyen de le ramener à un état conscient.

La déclaration, faite en présence de deux témoins, désignera un mandataire qui se substituera au patient dans la relation avec le médecin. Le mandataire ne peut être le médecin traitant du patient lui-même.

Cette déclaration de volonté vaut aussi longtemps qu'elle n'est pas révoquée oralement ou par écrit.

Pour faciliter la manifestation de la volonté du patient la proposition tend à instituer un système d'enregistrement et de communication de l'information similaire à celui qui existe en matière de prélèvement d'organes.

*
* *

La proposition règle d'autre part les conséquences du décès, notamment en ce qui concerne la communication des circonstances de la mort aux autorités, et en ce qui concerne les contrats d'assurance, et particulièrement d'assurance « vie » qu'aurait pu souscrire le patient.

La proposition précise également que nul n'est obligé de collaborer à une demande d'euthanasie. Mais le médecin qui le refuse doit évidemment informer les personnes concernées de son refus et des raisons de celui-ci : elles peuvent être d'ordre éthique, ou tout simplement liées à la situation du patient.

Enfin, pour que toutes les démarches entreprises puissent, si nécessaire, faire l'objet d'un contrôle, il est exigé du médecin qu'il les consigne au jour le jour dans un dossier médical ouvert au nom du patient.

*
* *

Les auteurs de la proposition pensent qu'une loi déterminant les conditions de l'euthanasie permettra des pratiques plus homogènes et plus responsables. La loi garantira mieux la relation de confiance entre le médecin et le malade ou ses autres interlocuteurs. Elle permettra de régler avec plus de cohérence les pratiques et mettra fin au refus de pratiquer des euthanasies demandées, fondé uniquement sur l'état actuel du droit.

Cet effort de cohérence et de clarté est souhaitable dans une société démocratique.

Mais au moment où les auteurs de la proposition demandent de prolonger par une loi le débat éthique qui s'est ouvert au Sénat, ils tiennent à faire rappeler deux idées essentielles, qui doivent encadrer toute discussion sur la question.

L'euthanasie n'est concevable que dans une société qui à la fois respecte l'autonomie des individus, et s'organise pour protéger de la même manière la vie de chaque individu, quelle que soit sa condition économique, sociale, son âge, son état de santé. Le refus de soigner pour des raisons économiques, entre autres, doit être d'autant plus combattu que l'euthanasie ou

l'acte intentionnel posé à la demande volontaire et persévérante de l'intéressé devient possible.

Il est clair enfin que la loi ne règlera pas tous les cas de conscience, toutes les situations de fin de la vie. Même si elle apportera à la pratique médicale une sécurité juridique nouvelle, elle laissera toujours le médecin face à son magistère, face à une responsabilité qui sera difficile à cerner.

Roger LALLEMAND.
Frederik ERDMAN.

*
* *

PROPOSITION DE LOI

Article premier

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE I^{er}

La prise en charge palliative

Art. 2

Le médecin qui traite une personne pour laquelle aucun traitement curatif n'est envisageable, ou une personne qui refuse la poursuite d'un traitement curatif, doit envisager avec son patient et avec les personnes que celui-ci désigne, les différentes possibilités de prise en charge palliative existantes.

L'ensemble des démarches du médecin et leur résultat sont consignés au jour le jour dans le dossier médical ouvert au nom du patient.

CHAPITRE II

La requête du patient ou de son mandataire

Art. 3

Lorsqu'un patient majeur ou mineur émancipé, capable et conscient, demande que sa vie soit volontairement interrompue, un médecin peut, en conscience, accepter de donner suite à cette requête si le patient fait état d'une souffrance ou d'une détresse constante et insupportable, qui résulte d'une affection

accidentelle ou pathologique incurable, et que le médecin ne peut apaiser.

Le médecin est, en outre, préalablement tenu :

1° d'informer complètement le patient de tous les aspects de son état de santé, ainsi que des différentes possibilités de prise en charge palliative existantes et de leurs conséquences;

2° de consulter un autre médecin quant au caractère incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation;

3° de s'assurer, au cours de plusieurs entretiens, de la souffrance ou de la détresse du patient et de sa volonté persistante.

À la demande du patient, le médecin est également tenu de s'entretenir de la requête avec les proches du patient, ainsi qu'avec les membres de l'équipe soignante avec laquelle le patient est en contact régulier.

Lorsque le patient a déclaré anticipativement, par écrit et conformément à l'article 4, sa volonté qu'un médecin interrompe sa vie s'il est inconscient et atteint d'une affection accidentelle ou pathologique incurable, et qu'il se trouve dans cette situation, le mandataire désigné dans la déclaration exerce les droits du patient.

La requête du patient ou celle de son mandataire, ainsi que l'ensemble des démarches du médecin et leur résultat, sont consignés jour le jour dans le dossier médical du patient.

CHAPITRE III

La déclaration anticipée

Art. 4

Tout majeur ou mineur émancipé, capable, peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, déclarer par écrit ses préférences ou ses objections pour certains types de prise en charge médicale.

Il peut également déclarer sa volonté qu'un médecin interrompe volontairement sa vie s'il est inconscient, atteint d'une affection accidentelle ou pathologique incurable et qu'il n'existe aucun moyen de le ramener à un état conscient.

La déclaration désigne le mandataire qui sera garant de la volonté du déclarant. Le médecin traitant du patient ne peut être désigné comme mandataire.

La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit, à peine de nullité, être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un ne pourra avoir aucun lien de parenté avec le patient, datée et signée par le déclarant et par les témoins.

La déclaration constate éventuellement l'incapacité de signer du déclarant et les raisons de celles-ci. Si l'incapacité est temporaire, la déclaration doit être confirmée par la signature du déclarant dès que celui-ci aura la capacité de signer.

La déclaration peut être révoquée par tout moyen et à tout moment.

Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du registre national.

CHAPITRE IV

Procédure

Art. 5

Le médecin qui a interrompu la vie d'un patient est tenu de le déclarer sans délai à l'officier de l'état civil du lieu du décès du patient, ainsi qu'au procureur du Roi.

La déclaration comporte :

1° les prénoms, nom, domicile, lieu et date de naissance du patient;

2° la mention de l'affection dont souffrait le patient;

3° la procédure suivie par le médecin;

4° les prénoms et nom de toutes les personnes consultées par le médecin, ainsi que la date de ces consultations;

5° La date et l'heure du décès.

À la demande du procureur du Roi, le médecin communique à celui-ci les éléments du dossier médical du patient relatif à l'interruption de vie.

Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation de la déclaration du médecin visée par le présent article.

CHAPITRE V

Dispositions particulières

Art. 6

Aucun praticien de l'art de guérir, ni aucune autre personne quelconque, n'est tenu de concourir à l'application des articles 3 et 4, alinéa 2.

Le médecin sollicité est tenu d'informer ceux qui requièrent son intervention des raisons de son refus. Lorsque celles-ci sont d'ordre médical, elles sont consignées dans le dossier médical ouvert au nom du patient.

Le médecin qui refuse de donner suite à une requête est tenu, à la demande du patient ou de son mandataire, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par le mandataire.

Art. 7

La personne décédée à la suite de l'application de la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Art. 8

L'application des articles 3 et 4, alinéa 2, est suspendue lorsque la patiente est en état de grossesse et porteuse d'un enfant viable.

CHAPITRE VI

Dispositions modificatives

Art. 9

Il est inséré dans le livre II, titre VIII, chapitre I^{er}, section 4, du Code pénal, un article 417bis, rédigé comme suit:

Commentaire. Cette proposition de loi qui est pour l'essentiel en accord avec la position A du Comité consultatif de Bioéthique rejoint les thèses que nous défendons depuis tant d'années. En particulier, elle donne force légale à la déclaration anticipée (notre « testament de vie ») pour les patients incapables d'exprimer leur volonté.

L'ADMD tient à exprimer aux sénateurs Lallemand, Erdman, Mahoux et Van der Wildt, et tout particulièrement au sénateur Lallemand, principal artisan de cette proposition, toute sa reconnaissance pour l'important et difficile travail accompli.

Tous nos efforts tendront dans l'avenir à faire adopter cette proposition de loi. La première initiative dans ce sens est notre « Appel aux Parlementaires » qui, en parallèle avec celui de notre consoeur flamande RWS, a recueilli les signatures de très nombreuses personnalités importantes de la vie scientifique, culturelle et politique du pays (voir plus loin).

« Art. 417bis. — Il n'y a ni crime ni délit lorsque les faits visés aux articles 393 à 397 ont été commis par un médecin, et commandés par la nécessité de mettre fin à l'état de détresse ou à la souffrance physique d'un patient incurable, pour autant que le médecin ait respecté les conditions et procédures énoncées dans la loi du ... relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable. »

L'article 77 du Code civil est complété par un alinéa 2, rédigé comme suit:

« En cas de décès survenu à l'intervention d'un médecin, conformément aux dispositions de la loi du ... relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, l'autorisation d'inhumer est soumise à l'accord préalable du procureur du Roi. Faute d'accord, il est procédé conformément aux articles 81 et 82. »

Art. 11

L'article 79 du même Code est complété par un alinéa 3, rédigé comme suit:

« En cas de décès survenu à l'intervention d'un médecin, conformément aux dispositions de la loi du ... relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable, l'acte énonce la cause du décès. La déclaration du médecin est conservée dans un registre spécial. »

Roger LALLEMAND.
Frederik ERDMAN.
Philippe MAHOUX.
Francy VAN DER WILDT.

GAND : DEUX INFIRMIÈRES ACCUSÉES D'EUTHANASIE

Le parquet de Gand a ouvert une enquête à la suite du décès d'une patiente à l'hôpital académique de Gand le 21 mars dernier. Agée de 77 ans, la malade était inconsciente à la suite d'une hémorragie cérébrale et, respirant à peine, avait été placée sous respiration artificielle. Elle était « cliniquement morte » et on estime que son état était irréversible. Les infirmières débranchèrent le respirateur, après avoir apparemment injecté un hypnotique.

L'hôpital déposa plainte et une infirmière fut immédiatement licenciée, une autre suspendue. L'enquête suit son cours.

Ndlr : il ne s'agit pas, dans ce cas, d'euthanasie proprement dite, mais d'« arrêt actif de la vie » selon la définition du comité consultatif de bioéthique, car l'euthanasie implique la demande du patient. Mais cette affaire démontre une fois de plus la nécessité de définir les règles à suivre dans le cas de patients irréversiblement inconscients. Actuellement, sauf en cas de « mort cérébrale » dont les critères sont stricts, il est légalement interdit de mettre un terme à la vie de tels patients, même s'il n'y a aucun espoir de récupération. Seule la reconnaissance officielle du testament de vie, prévue dans la proposition de loi Lallemand-Erdman, pourrait résoudre le dilemme devant lequel se trouvent fréquemment les soignants. Cette affaire démontre une fois de plus l'urgence d'une législation en la matière.

PRISE DE POSITION DU CENTRE D'ACTION LAÏQUE

Réunie à Liège, l'Assemblée Générale du Centre d'Action Laïque a adopté à l'unanimité la résolution suivante.

Euthanasie et responsabilité de la société

La société porte la responsabilité de la façon dont les hommes meurent. Pour que la mort dans la dignité soit rendue possible, l'accompagnement et les soins les plus attentifs ne suffisent pas toujours. Or, l'interdit légal et déontologique de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté prive d'une mort digne celui qui a fait ce choix en homme libre. Il est à l'origine d'euthanasies clandestines pratiquées dans des conditions non idéales.

Le Centre d'Action Laïque revendique que l'euthanasie devienne un acte médical légitime dans des conditions clairement définies : affection incurable et demande sans équivoque d'un patient dont les souffrances ne peuvent être apaisées par des moyens adéquats.

Dans le cas d'un malade irréversiblement incapable d'exprimer sa volonté, l'institutionnalisation de ce que l'on appelle communément le « testament de vie » devrait permettre de renouer le dialogue entre patient et médecin grâce aux instructions écrites laissées par le patient et la désignation d'un mandataire chargé de le représenter.

Le Centre d'Action Laïque demande donc que l'euthanasie et le suicide médicalement assisté soient légalement rendus possibles afin de permettre à tout homme de recevoir l'aide nécessaire pour faire de l'ultime moment de sa vie un dernier acte de liberté.

Cette position explicitée dans un document disponible au Centre d'Action Laïque a été adoptée ce samedi 20 mars 1998 par l'assemblée générale unanime du CAL.

PRISES DE POSITION DES PARTIS POLITIQUES

PARTI SOCIALISTE : COLLOQUE D'ÉTHIQUE ORGANISÉ PAR L'INSTITUT ÉMILE VANDERVELDE

Le 19 mars, s'est tenu à Bruxelles, en présence de M. Busquin, président du parti socialiste, un colloque intitulé « L'éthique face au changement ».

L'un des rapports, présenté par le professeur E. Delruelle, membre du Comité consultatif de Bioéthique et membre de notre comité d'honneur, traitait du problème de l'euthanasie. Nous citons ci-après un extrait significatif de la brochure éditée à cette occasion.

« Dans une société démocratique qui valorise l'autonomie de jugement de chacun pour déterminer ses propres fins et respecte le pluralisme des opinions, l'Etat doit permettre à chacun de choisir sa mort. Il doit assurer au médecin la sécurité juridique qui lui permet

d'accomplir un acte de solidarité avec celui qui sollicite une aide. Il convient donc de prévoir le cadre législatif qui autorise un médecin à mettre fin activement à la vie d'un patient atteint d'une maladie incurable et se trouvant dans une situation physique ou psychique qui ne correspond plus à l'idée que cette personne se fait d'une vie digne. L'euthanasie est un acte médical qui se fonde à la fois sur la volonté d'un patient et l'appréciation personnelle qu'il porte sur son état ».

PARTI ECOLO : RÉOLUTION SUR LA DÉPÉNALISATION CONDITIONNELLE DE L'EUTHANASIE

Au nom du respect de l'autonomie et de la dignité des personnes, nous convenons ce qui suit :

1. Le patient doit être impliqué dans les choix thérapeutiques, y compris en milieu hospitalier et dans les autres institutions de soins. Le patient doit avoir la garantie de pouvoir bénéficier de soins lui assurant une fin de vie et une mort dans la dignité suivant des modalités qui respectent son libre choix. Il doit également avoir la possibilité d'opter pour des traitements euthanasiques.
2. Personne en état de s'exprimer. Lorsqu'une personne est dans une situation sans issue et en état de s'exprimer, qu'elle bénéficie des soins nécessaires, y compris palliatifs et qu'elle a pu consulter les personnes qu'elle souhaite, situation constatée et attestée par deux médecins au moins, et après concertation avec l'équipe soignante, l'euthanasie active pratiquée par un médecin sur base d'une demande ferme, répétée et formelle de cette personne, doit être dépénalisée.
3. Personne qui n'est plus en état de s'exprimer. Quand une personne n'est plus en état d'exprimer sa volonté et que cet état d'incapacité est attesté irréversible, les deux médecins en concertation avec l'équipe soignante respecteront la demande d'une intervention euthanasique active, précédemment exprimée par écrit et qui sera, le cas échéant, défendue par une personne physique ou morale mandatée par elle. La famille en sera informée.

3. Information. Des moyens doivent être dégagés pour assurer l'information des citoyens sur leurs droits et sur les modalités du choix qui leur est laissé.

FÉDÉRATION PRL FDF MCC : UNE LETTRE DU PRÉSIDENT LOUIS MICHEL

Dans une lettre qu'il nous a adressée, le président Louis Michel nous écrit notamment :

« En matière d'éthique, la Fédération PRL FDF MCC ne croit pas que l'on puisse arrêter une fois pour toutes une position tranchée. En effet, tout ce qui touche à la vie concerne chacun de nous et personne ne saurait décider a priori ce qui est bon ou mauvais pour son voisin en ce domaine.

De plus, la Fédération est pluraliste, respectueuse de la liberté absolue de ses membres, qui peuvent avoir des perceptions différentes de la vie.

(...)

Vous comprendrez donc, je l'espère, qu'en tant que président de la Fédération, et quels que soient mes sentiments personnels sur la question, je ne peux me joindre à votre appel. Mais sans doute, d'autres parlementaires de la Fédération ne manqueront pas de répondre positivement, comme certains l'ont déjà fait dans le passé. »

Site internet de l'ADMD

L'ADMD est désormais présente sur le Web. Le site donne toutes les informations concernant notre association. Il peut être consulté à l'adresse : <http://perso.infonie.be/admd>

Demande de collaboration

L'ADMD recherche, pour travailler avec la secrétaire générale trois à quatre heures par semaine, une secrétaire (de formation) sachant rédiger et utiliser sur PC le traitement de texte Word 7 sous Windows.

LU DANS LA PRESSE

L'ÉTHIQUE MARQUERA LE DEBAT ÉLECTORAL

La Libre Belgique, 22 mars 1999

Le débat éthique sera-t-il un enjeu majeur de la campagne électorale qui s'ouvre ? Certainement, et de bien des façons.

D'abord, parce que le martyre des enfants et le drame vécu par leurs familles ont (r)éveillé des exigences morales. (...)

Ensuite, parce que l'euthanasie sera un des éléments forts, sur le plan moral, des débats du futur Parlement. Il n'est pas innocent que ces jours derniers, la famille socialiste, en les personnes conjuguées du PS RogerALLEMAND et du SP Fred Erdman, ait déposé une proposition de loi autorisant l'euthanasie et dépenalisant les médecins qui la pratiquent sous certaines conditions. L'espoir est évidemment de trouver une majorité après le 13 juin, un peu à l'image de ce qui s'était passé avec l'avortement. Et il n'est pas innocent que le vocabulaire utilisé dans l'interruption de grossesse comme dans l'euthanasie fasse référence à un « état de détresse » pour l'autoriser. Tout comme il n'est pas sans signification que le comité consultatif de bioéthique interrogé par le Parlement ait fourni trois réponses – et non une seule – à propos de « l'arrêt actif de la vie » ; elles apparaissent inconciliables, puisqu'elles vont de la reconnaissance légale, sur base ou non d'une directive anticipée du patient, au maintien pur et simple de l'interdit légal pour cause d'homicide.

Le désaccord est donc persistant entre ceux qui refusent à qui que ce soit de voler impunément sa vie à autrui et ceux qui évoquent le « droit de choisir » et la conscience individuelle. Et si les soins palliatifs, qui rencontrent globalement les besoins psychiques, physiques et spirituels des patients peuvent être l'alternative, si plus personne ne prône l'acharnement thérapeutique, il est bien clair que l'on se retrouve, en finale, devant deux conceptions philosophiques. En y ajoutant peut-être une dimension nouvelle, celle de « l'euthanasie économique ». On a connu, par le passé, et

pas uniquement dans les états nazis, la sélection des malades et des handicapés. Le vieillissement de la population et ses conséquences pour l'assurance maladie (deux tiers des dépenses de santé sont concentrées sur les dernières années de la vie) peuvent, si l'on n'y prend garde, déboucher sur des dérives hypocrites, au détriment de ceux que l'on ose appeler, dans certains documents, les « non-productifs ».

On parle aujourd'hui beaucoup de solidarité. C'est elle qui, peut-être, permettra d'éclairer le débat électoral à tous les stades de la vie, de l'enfance fragile à la vieillesse assistée.

Guy Daloze

Ndlr. Après avoir correctement rendu compte des débats qui s'annoncent, l'auteur ne peut s'empêcher d'utiliser des méthodes indignes d'un journal sérieux : être partisan de l'euthanasie volontaire c'est vouloir « voler impunément sa vie à autrui » ; l'euthanasie risque de déboucher sur « l'euthanasie économique » (mais qui donc défend un tel concept ?) et sur « les crimes nazis » (argument odieux cent fois répété), etc... Domage !

L'HORREUR GRADUÉE

La Libre Belgique, 16 mars 1999

L'avis rendu par le comité de bioéthique en matière « d'arrêt actif de vie » des personnes incapables de s'exprimer ouvre la porte à une violation considérable de la loi séculaire qui interdit à l'homme d'ôter la vie à son semblable. C'est grave...

(...) Ramasser la vie d'un être humain sous sa seule volonté... Comme s'il s'était lui-même mis au monde ! Comme s'il régnait souverainement sur les liens que les autres ont tissés avec lui. Quel impérialisme, sans doute ! Mais quelle angoisse surtout dans la tête et le cœur de ce malade qui sait que sa vie ne tient plus qu'à lui seul et que donc, à la limite, plus personne d'autre que lui ne souhaite le voir vivre. Quelle consécration atroce de sa solitude ! Et cela au moment même où les responsables de soins palliatifs cherchent encore à nous faire entendre que d'autres solutions existent, plus humaines que cet angoissant confinement du sujet dans les quatre murs de sa volonté.

L'autre raison de s'alarmer tient au piège qui se prépare : voici une personne en bonne santé qui, redoutant ce qu'elle appelle sa déchéance (mais en quoi est-ce déchoir que de tomber malade ?), rédige une déclaration en demandant sa mort en « fin de vie ». Mais si l'on sait que cette « fin de vie » peut signifier, selon le texte même de l'Avis, l'apparition d'une maladie mentale chez le signataire de la directive anticipée, il deviendrait parfaitement licite, si par malheur la première proposition du second avis devait être insérée dans notre ordre juridique, de procéder à l'homicide (« anticipativement consenti » dira-t-on) de ce malade mental.

(...) Oui, la question est grave car après l'exécution de ces homicides, si « anticipativement consentis » qu'ils fussent, les médecins

qui les ont commis seront en droit de se demander si ce n'est pas en eux-mêmes qu'ils ont tué la part la plus précieuse de leur humanité. (...)

Xavier Dijon

Ndlr. Dans cet article, le père Xavier Dijon, professeur aux Facultés Notre Dame de la Paix à Namur, l'un des adversaires les plus acharnés de tout droit à choisir sa mort, décrit, une fois de plus, l'euthanasie comme un assassinat et paradoxalement comme un « geste qui tue l'amour ».

Pour le père Dijon, la vie n'appartient pas à l'homme mais à Dieu. La liberté humaine « enferme l'homme ». Dès lors, il trouve normal qu'on prive l'homme de cette liberté dans le domaine de la fin de la vie...

Le témoignage d'une lectrice de « La Libre Belgique » que nous publions dans le présent bulletin constitue en fait une réponse émouvante et adéquate aux arguments du père Dijon.

A L'ÉTRANGER

FRANCE

Christine Malèvre emprisonnée, puis remise en liberté !

Christine Malèvre, l'infirmière de l'hôpital François-Quesnay de Mantes-la-Jolie, inculpée d'homicides volontaires pour des euthanasies qu'elle a pratiquées (voir nos bulletins précédents), a brusquement été arrêtée après neuf mois d'instruction sur décision du juge qui instruit l'accusation. Son avocat ayant interjeté appel de cette décision, qui n'avait aucune justification valable, la chambre d'accusation a déjugé le magistrat instructeur et ordonné sa remise liberté après une semaine d'incarcération. Nous rendons compte dans la rubrique « Livres » de ce bulletin de l'ouvrage qu'elle vient de faire paraître sous le titre « Mes aveux ». Une tentative de faire interdire le livre a échoué, le tribunal ayant estimé que rien ne justifiait une telle mesure.

Nouvelle inculpation d'une infirmière pour euthanasie

Le 4 février dernier, une infirmière de cinquante ans a été mise en examen pour « assassinats ». Elle a reconnu avoir aidé à mourir cinq personnes âgées dans la maison de retraite de Nice où elle travaillait. Elle a affirmé avoir agi à la demande des patients, tous très âgés, en grande souffrance et condamnés.

Une enquête a été ouverte et l'infirmière dont l'identité n'a pas été révélée a été laissée en liberté.

ITALIE

C'est avec une grande satisfaction que nous annonçons la naissance officielle de l'Association italienne pour le Droit de Mourir Dignement. Précédemment « Centre de documentation sur

l'euthanasie », EXIT-ITALIA se félicite d'avoir pu mettre en place des centres de coordination couvrant l'ensemble du territoire national. D'autre part, elle a constitué une commission éthique et scientifique en son sein.

Le Centre d'études et de documentation, quant à lui, est maintenu en activité au service des membres et des associations étrangères.

Exit Italia

Associazione italiana per il diritto ad una morte dignitosa.

Corso Monte Cucco 144 – 10141 Torino

Tél./Fax 011-77.07.126

Tél. mobile du président Coveri : 0330-512.712

E.Mail : exit.itcnet.it

GRAND DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Une large majorité est favorable à une certaine pratique de l'euthanasie

D'après Zeitung vum Lëtzebuurger Vollek, 27/2/99

En juillet-août 1998, le Ministère de la Santé a fait réaliser une enquête par sondage sur le thème « La fin de la vie en dignité et sérénité ». L'objectif était de connaître l'opinion de la population sur la mort, les soins palliatifs, le testament de vie, le vieillissement, l'euthanasie et le don d'organes. Les résultats en ont été rendus publics à l'occasion de la visite de Bernard Kouchner¹ à Luxembourg.

Il semble qu'une grande majorité soit favorable à une certaine pratique de l'euthanasie, opinion partagée par toutes les catégories de la population y compris par une majorité de catholiques pratiquants même s'ils y sont moins favorables que les catholiques non pratiquants.

¹ Secrétaire d'Etat français à la Santé

Les soins palliatifs sont très peu connus puisque la moitié des personnes interrogées n'en a jamais entendu parler. Le testament de vie est peu usité : 2 % seulement des « sondés » en ont fait un, 34 % ont l'intention de le faire, 27 % n'ont pas cette intention et les autres sont sans opinion (soit 37%).

L'enquête montrerait un consensus en vue d'une action législative concernant l'euthanasie.

Un rapport de la Commission spéciale « Éthique » de la Chambre des Députés

Cette commission a publié récemment (le 2.2.99) sous le titre « Encadrement en fin de vie » un rapport en vue du débat d'orientation sur la médecine palliative, l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie. Signalons tout d'abord avec satisfaction la haute tenue de ce document. Il se garde de tout anathème, de toute affirmation a priori, en particulier à propos du problème le plus controversé, celui de l'euthanasie. Il expose objectivement les données disponibles, recherche les points sur lesquels un consensus est possible et, sur les questions qui font l'objet de controverses, développe avec impartialité les arguments des diverses parties.

Les membres de la commission constatent l'insuffisance des soins palliatifs au Grand-Duché et la nécessité de les développer.

« Tous les membres de la Commission spéciale sont d'accord pour dire qu'aucune loi, ni aucune morale, ni d'ailleurs aucune déontologie ne doivent limiter, voire empêcher le pouvoir d'un médecin d'administrer à un malade gravement atteint les doses d'analgésiques nécessaires pour calmer sa douleur..., même au risque d'accélérer la mort ».

La commission est aussi unanime à condamner « l'acharnement thérapeutique abusif et insensé qui va à l'encontre de ce que le malade veut et de ce qu'il décide ».

A propos du « testament de vie » (la commission adopte ce terme), les membres estiment qu'il faut encourager les personnes à remplir un tel document, « élément supplémentaire facilitant les prises de décision concernant un traitement ou un non-traitement en fin de vie », et

que « le médecin doit respecter la volonté exprimée par le patient dans la mesure du possible ». L'argument souvent avancé qu'un tel testament, « vu qu'il est souvent signé des mois, voire des années à l'avance, ne sert plus à rien le moment venu » est explicitement réfuté : « Il paraît évident que les signataires de tels testaments de vie peuvent à tout moment changer d'avis et révoquer tout ou partie de leurs déclarations. D'ailleurs la très grande majorité des modèles de déclarations qui existent réservent par principe et expressément à leur auteur le droit de changer d'avis et précisent que les volontés exprimées par écrit sont à prendre en considération pour le cas où leur auteur serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. (...) Il est évident qu'on peut toujours invoquer qu'il est impossible d'exclure la possibilité que la personne considérée aurait pu changer d'avis le moment venu. Bien entendu, cela est vrai, mais rien ne le prouve, alors que le document donne au moins une preuve irréfutable que c'était le choix de la personne avant qu'elle ne tombe dans la situation la rendant incapable de s'exprimer ».

Le rapport réserve le terme d'euthanasie à ce qu'on désigne souvent comme euthanasie « volontaire », c'est-à-dire pratiquée à la demande expresse du sujet. Les points de consensus sont les suivants : l'euthanasie « involontaire », c'est-à-dire effectuée à l'encontre des vœux d'une personne capable ou d'une directive préalable valide, est unanimement condamnée et « dans tous les cas criminelle ». Quant à l'euthanasie « non volontaire » (c'est-à-dire « effectuée sans que soient connues les volontés d'une personne capable ou incapable »), les membres de la commission sont d'avis à l'unanimité qu'il faut aussi la rejeter dans tous les cas, « le risque étant trop grand (...) de glisser d'euthanasies agoniques (...) à des euthanasies eugéniques définies pour les catégories de patients, tels que les nouveau-nés, les enfants débiles profonds, les grands vieillards, les malades mentaux, les patients comateux, etc. ».

La commission reconnaît que la maladie peut « soumettre la survie à des conditions inacceptables pour la personne concernée et amener celle-ci à préférer la mort et à demander une aide active à mourir ». Elle est unanime pour insister sur le caractère réfléchi et réitéré de la demande d'eutha-

nasie, pour « exclure à tout prix ... la demande d'euthanasie émanant de tiers » et pour condamner l'usage de cocktails lytiques « qui visent à abrégier la vie d'une personne inconsciente de manière banalisée et clandestine ».

En dehors des points de consensus décrits ci-dessus, la commission s'est divisée sur la légitimité de l'euthanasie, certains membres l'excluant dans tous les cas, d'autres étant en faveur d'une dépénalisation. La plupart des adversaires de l'euthanasie admettent cependant que « dans certains cas extrêmes, il peut y avoir des exceptions à la règle générale qui interdit tout acte euthanasique. Ils acceptent alors l'euthanasie en tant que transgression éthique exceptionnelle qui répondrait au cas individuel sans mettre en cause le discours social ». La commission estime que, dans ce cas précis, conformément à l'avis de la Commission Nationale d'Éthique, « il est éthiquement légitime que les autorités judiciaires en tiennent compte de façon appropriée ».

Sur l'opportunité de légiférer en matière d'euthanasie, trois positions ont été défendues : 1°) continuer à interdire l'euthanasie ; 2°) la dépénaliser ; 3°) prévoir des causes de justification et d'excuse.

Les arguments en faveur et contre ces trois positions sont clairement exposés et correspondent à ceux qui sont développés dans l'Avis du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique et dans notre texte « Légiférer pour permettre l'euthanasie volontaire ». Nous ne les reprendrons pas.

Citons, pour conclure, le texte d'un encadré concluant l'exposé de ces différents arguments : « *La commission est unanime pour souligner que personne, ni ceux qui choisissent pour eux-mêmes l'euthanasie volontaire, ni ceux qui choisissent pour eux-mêmes les soins palliatifs, n'ont le monopole de l'humanité ou de la dignité. Rappelons à cet endroit que soins palliatifs et euthanasie volontaire ne s'excluent nullement. Il s'agit de différentes façons d'envisager la fin de la vie et ceux qui plaident pour une dépénalisation de l'euthanasie volontaire estiment simplement qu'il faut laisser à la personne considérée le choix entre ces alternatives qui sont aussi humaines et dignes l'une que l'autre* ».

Yvon Kenis

Ndlr. A la suite de ce rapport, un débat s'est engagé le 16 mars à la Chambre des députés. Une résolution a été adoptée par 26 voix contre 22, invitant le gouvernement à dépénaliser l'euthanasie dans des conditions à définir.

AUSTRALIE

Un spot télévisé en faveur de l'euthanasie

De Standaard, 16 mars 1999

Des stations de télévision australiennes ont donné leur accord à la retransmission de la déclaration d'une femme de 54 ans, atteinte d'un cancer, annonçant qu'au cas où personne ne l'aiderait à mourir, elle se suiciderait.

Des associations « Pro Vita » avaient tenté, sans succès, de faire interdire la programmation de cette émission.

Le directeur général de la Fédération des stations de télévisions commerciales australiennes a déclaré que le but de ce spot était de plaider pour un changement de législation (pour rappel, la législation qui autorisait l'euthanasie dans le Territoire du Nord de l'Australie a été abrogée par le parlement fédéral en mars 1997).

ÉTATS-UNIS

État d'Oregon

D'après E-mail ERGO 2-7 avril 1999

Le Sénat de cet État a mis au point et voté le mois dernier une proposition de loi (« Bill ») corrélative au Dying with Dignity Act (DDA) autorisant le suicide médicalement assisté.

D'après les documents dont nous disposons, il s'agit de préciser les diverses modalités d'application de cette loi, essentiellement dans les hôpitaux et les lieux publics. La Chambre doit encore se prononcer sur ce texte ainsi que sur la question du financement de l'aide médicale au suicide, officialisée par le DDA. Nous ferons part de ces décisions dans notre prochain bulletin.

Condamnation du Docteur Kevorkian

Le docteur Jack Kevorkian, militant de l'euthanasie, affirme avoir aidé, à leur demande, quelque cent trente personnes à mourir dignement. Il avait été traîné par cinq fois en justice et acquitté. Récemment, il avait filmé la mort d'un de ses patients qui souffrait de sclérose latérale amyotrophique et autorisé, avec l'accord de ce dernier, la diffusion de ce document par la chaîne de télévision CBS.

C'est à la suite de cette diffusion qu'il fut à nouveau inculpé d'assassinat et, cette fois, condamné par un juge de l'état de Michigan à une peine de dix à vingt ans de prison. Les jurés qui l'ont reconnu coupable de meurtre n'ont cependant pas retenu la préméditation et ils lui ont donc évité la détention à perpétuité. Tout en se défendant de prendre parti pour ou contre l'euthanasie, le juge a justifié sa sentence par la déclaration suivante : « *Alors que vous n'étiez plus autorisé à pratiquer la médecine (tel était en effet le cas depuis huit ans), vous avez eu l'audace de montrer au monde ce que vous aviez fait et mis volontairement au défi le système judiciaire* ».

Les partisans de l'euthanasie aux USA font remarquer que ce procès a été totalement truqué car seul le point de vue de l'accusation a été entendu par le jury. Le docteur Kevorkian, lui, avait déclaré qu'il se laisserait mourir de faim s'il était condamné à la prison.

Faut-il ajouter que, malgré les controverses concernant la personnalité du Docteur Kevorkian, nous nous insurgeons avec indignation contre cette condamnation d'un homme qui a, avec ténacité et un remarquable courage, vécu ses convictions et lutté pour notre cause.

Nous enverrons un message de soutien au Dr Kevorkian. Ceux de nos membres qui ont exprimé le souhait de pouvoir témoigner leur sympathie au Dr Kevorkian peuvent lui écrire à l'adresse :

Dr Jack Kevorkian
Prisoner number 284797
Oaks Correctional Facility
EASTLAKE MI 49626
USA

DOSSIERS

Euthanasie et suicide médicalement assisté

Mise au point

A plusieurs reprises, des lettres de membres nous ont interrogés sur les différences qui existent entre l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. Certains membres, parfois, déclarent refuser l'euthanasie mais accepter le suicide assisté. Une confusion semble exister dans les esprits quant à la signification de ces deux notions et aux conséquences des choix ainsi exprimés. Il nous paraît donc utile de rappeler les données essentielles sur ce sujet, même si elles sont superflues pour beaucoup d'entre vous.

L'euthanasie. Le mot « euthanasie » dérive directement d'une étymologie grecque : « eu » = bon, « thanatos » = mort. Cette origine se retrouve dans le dictionnaire de Littré en 1881 : « bonne mort, mort douce et sans souffrance ». Dans l'édition de 1985 du « Grand Robert de la langue française », la définition est précisée et l'euthanasie est définie comme « l'usage des procédés qui permettent de hâter ou de provoquer la mort pour délivrer un malade incurable de souffrances extrêmes ou pour tout autre motif d'ordre éthique ».

Cette définition est aujourd'hui quasi universellement admise. Elle introduit deux notions : la première est l'idée d'une action, c'est à dire d'un geste ou d'un acte, positif ou négatif (une omission), pour « provoquer la mort » ; la seconde est celle d'une intention, « délivrer de souffrances extrêmes », c'est à dire celle d'une aide par compassion. Une telle définition n'exclut pas l'emploi de précisions : l'euthanasie peut ainsi être qualifiée de « volontaire » c'est à dire être effectuée en fonction de la volonté exprimée par le sujet qui l'obtient, ou « involontaire » c'est-à-dire effectuée sans l'accord du sujet, notamment lorsque celui-ci est incapable d'exprimer sa volonté et n'a pas rédigé de déclaration anticipée

(on parle cependant plus volontiers dans ce cas d'« arrêt actif de la vie ») ; elle peut être « active », c'est à dire être le fait d'un acte posé par la personne qui provoque la mort ou « passive », c'est à dire être le fait d'une omission d'un acte qui pourrait empêcher la mort ; elle peut être « médicale », c'est à dire effectuée par des moyens médicaux adéquats, ou « non médicale », c'est à dire effectuée par des moyens non médicaux.

Actuellement, toutes les revendications des organisations qui militent pour la dépénalisation de l'euthanasie, les législations qui ont été proposées dans certains pays, dont le nôtre, et la jurisprudence actuellement en vigueur aux Pays-Bas concernent uniquement **l'euthanasie médicale active volontaire pratiquée chez un patient atteint d'une affection incurable et en souffrance, à sa demande insistante s'il est conscient, ou, s'il est inconscient ou incapable, à sa demande rédigée par écrit au préalable dans un document de directives anticipées, quelquefois appelé « testament de vie »**. Lorsqu'il s'agit de patients inconscients ou incapables, on préfère cependant parler d'« arrêt actif de la vie », le terme d'euthanasie étant réservé aux patients conscients. Depuis le rapport publié en 1991 par la commission gouvernementale de médecins, de juristes, de magistrats et d'éthiciens, placée sous la présidence du Procureur Général des Pays-Bas pour étudier le problème de la fin de la vie et, plus particulièrement, celui de l'euthanasie, l'arrêt d'un traitement prolongeant une agonie sans raison valable (appelé parfois « euthanasie passive ») ou l'administration de sédatifs ou d'analgésiques destinés à soulager les souffrances et qui peuvent éventuellement abrégier la vie, sont considérés comme des attitudes médicales normales et les termes « euthanasie passive » et « euthanasie involontaire » devraient donc être abandonnés. Depuis, tant aux Pays-Bas que pour les associations qui militent pour obtenir que l'euthanasie ne soit plus considérée comme un crime, il est admis aussi que l'euthanasie médicale

implique de la part du médecin l'utilisation de techniques et de produits adéquats pour provoquer une mort effectivement « rapide, douce et sans souffrances », ce qui nécessite pratiquement toujours l'injection intraveineuse de ces produits.

Le suicide médicalement assisté diffère de l'euthanasie par le fait que c'est le patient lui-même qui s'administre les substances létales, qui sont prescrites ou fournies par le médecin. Dans ce cas, les substances létales sont pratiquement toujours prises par la bouche, ce qui peut avoir des inconvénients de divers ordres : l'action est moins certaine que lors de l'administration par injection et la durée d'action est plus longue et plus variable (elle peut atteindre plusieurs heures, voire plusieurs jours). De plus, il ne faut pas perdre de vue que certains patients peuvent se trouver dans l'impossibilité de manipuler les produits à ingérer (en cas de paralysie par exemple), ce qui peut rendre le suicide médicalement assisté impossible.

Bien qu'il n'y ait pas de différence éthique fondamentale entre l'aide au suicide et l'euthanasie, la participation du médecin est moins directe dans le cas du suicide médicalement assisté que dans le cas de l'euthanasie, ce qui explique qu'il peut être plus facile d'obtenir une législation autorisant le suicide médicalement assisté que l'euthanasie.

La situation actuelle. En dehors des Pays-Bas et de l'Etat d'Oregon aux Etats-Unis, l'euthanasie et l'aide médicale au suicide sont toutes deux actuellement interdites partout par le code pénal et par le code de déontologie médicale et considérées comme un assassinat ou un empoisonnement.

Aux Pays-Bas, elles sont autorisées l'une et l'autre dans les mêmes situations et avec les mêmes conditions. Si le patient ou le médecin choisit le suicide médicalement assisté, il est de règle que le médecin reste auprès du patient jusqu'à ce que la vie ait cessé et que, si la mort tarde à survenir, le médecin doit normalement intervenir activement pour la provoquer.

Dans l'Etat d'Oregon aux Etats-Unis, une législation autorisant l'aide médicale au suicide (mais non l'euthanasie) chez des patients en fin de vie (décès prévisible dans les 6 mois) a été adoptée et est en application depuis 1998. Nous avons

rendu compte, dans notre précédent bulletin, du rapport de la commission de la santé de cet Etat après une année d'expérience.

Dans le Territoire du Nord, en Australie, le Parlement avait voté en 1995 une loi autorisant l'euthanasie qui a été appliquée pendant quelques mois avant d'être annulée par décision du Parlement fédéral plaçant les décisions d'ordre médical dans les matières fédérales. Quatre patients avaient pu bénéficier de cette loi.

Marc Englert

Soins palliatifs, soins supportifs et demande d'euthanasie Impact sur la qualité de vie

Ce titre est celui d'un travail réalisé à l'Institut Jules-Bordet, centre des tumeurs de l'Université Libre de Bruxelles, et qui a valu à ses auteurs, Madame Myriam Obiols-Portis, infirmière, et le docteur Dominique Lossignol le « Prix Astra Medica 1998 ».

Ce travail aborde le problème de la demande d'euthanasie et de la réponse à y apporter dans le cadre d'un service de soins palliatifs. Les auteurs préfèrent l'appellation de soins continus ou de confort, soit, au prix d'un néologisme, de soins supportifs.

Il n'y a pas que l'intitulé qui est nouveau, le concept l'est aussi, la plupart des médecins n'étant pas préparés à une approche qui abandonne l'idée de guérison et où l'attitude des soignants est au moins aussi importante que les soins prodigués.

Les problèmes « techniques » ne prêtent pas à controverse. Le plus important est le traitement de la douleur. L'équipe de l'Institut Bordet est pionnière dans cette recherche comme le prouve une récente étude publiée par les mêmes auteurs sur les antagonistes des récepteurs NMDA. Les progrès dans ce domaine sont importants et significatifs mais tous les problèmes ne sont pas résolus et la douleur non contrôlée existe même si elle n'est pas fréquente.

La nutrition artificielle, l'assistance respiratoire et circulatoire posent plus le problème de leur arrêt (quand commence l'acharnement thérapeutique ?) que de leur réalisation.

C'est à leur propos que la question de l'euthanasie passive se pose, plus souvent en tout cas que celle de l'euthanasie active par « double effet » où le patient succombe aux doses de calmants nécessaires pour atténuer sa douleur.

L'attitude de l'équipe soignante devant le patient en fin de vie est avant tout le respect : respect de la dignité du mourant, de ses besoins et de l'expression de sa volonté. Cette relation doit aussi s'établir avec l'entourage, sans projeter sur celui-ci des critères qui ne seraient pas les siens.

La question de la demande d'euthanasie «vraie» dans ce contexte peut revêtir des aspects bien différents.

Un patient peut avoir formulé une demande d'euthanasie bien avant d'avoir à l'envisager. Le cas échéant, il est clair que cette demande doit être confirmée et motivée.

La majorité des demandes persistantes résultent du refus de mener une existence qu'une déchéance physique ou psychologique rend insupportable.

La douleur ne vient qu'au deuxième rang des demandes effectives d'euthanasie. Comme certaines douleurs même très intenses peuvent être contrôlées, il faut vérifier que le patient ne passe pas par une phase dépressive qui peut n'être que transitoire.

Sans théoriser, l'équipe de l'Institut Bordet a voulu rapporter son expérience vécue au quotidien sur ce sujet.

Première constatation, et contrairement à ce qu'avancent certains, la demande d'euthanasie existe.

Sur 120 patients admis pendant la durée de l'étude, 14 ont émis une demande claire d'euthanasie, motivée par la dégradation physique (8), la douleur (5) ou l'épuisement (4).

Deux patientes avaient formulé leur demande de très longue date. Un seul patient n'agissait pas dans le cadre d'un consensus familial.

Aucun patient n'avait ou n'a tenté de se suicider.

Après une mise au point générale, psychologique et physique, tous les patients ont bénéficié d'une prise en charge complète.

La douleur a pu être contrôlée rapidement chez tous les patients, 8 ont reçu un traitement antalgique dont un seul a dû être maintenu.

Les demandes d'euthanasie (12 sur 14) ont été retirées après 5 jours en moyenne (2 à 10 jours).

Deux patientes qui n'ont à aucun moment présenté de syndrome dépressif ont maintenu leur demande. Huit patients sont décédés des suites de leur cancer avec un bon contrôle de leurs symptômes.

Ce travail est important car il permet de situer le problème de l'euthanasie dans la réalité vécue du cadre d'un service dont certains pensent que la multiplication devrait abolir toute demande de mort volontaire.

Je crois qu'il faut en retenir les conclusions suivantes.

Les demandes d'euthanasie existent. Beaucoup de celles formulées longtemps d'avance ne trouvent pas matière à se concrétiser ou sont remises en question lorsqu'elles se retrouvent sans objet, grâce surtout au bon contrôle de la douleur.

La prise en charge pluridisciplinaire efficace des fins de vie difficiles fait partie de la revendication du droit de mourir dans la dignité, mais elle n'efface pas le droit au recours à l'euthanasie pour celui qui le revendique.

Il n'est question ici que d'euthanasie revendiquée par un individu responsable, il ne s'agit pas d'imposer quoi que ce soit à quiconque. Le médecin reste totalement libre de prêter ou non son concours à celui qui le lui demande.

Il ne s'agit pas, comme certains veulent le faire croire, d'un «droit de tuer» mais d'un «permis d'assistance».

Une loi dépénalisant l'euthanasie lorsque le patient qui bénéficie de soins palliatifs optimaux persiste dans sa demande ne crée pas le risque de la fameuse pente savonneuse redoutée par certains. Le nombre d'avortements n'a pas augmenté depuis qu'ils ne sont plus clandestins.

Une loi permettra par contre à ceux qui le désirent de savoir qu'un ultime recours pour une mort digne existe, sans devoir se poser le problème de conscience des suites possibles qu'un acte d'euthanasie pourrait entraîner pour le médecin et les proches qui accepteraient de les aider.

L'expérience rapportée par l'équipe de l'Institut Bordet montre bien que beaucoup de ces demandes seront en définitive sans objet, mais que

même dans un milieu soignant considéré par les adversaires de l'euthanasie comme optimal, il reste des demandes de mort digne qu'il convient de respecter.

En fait, ce que nous revendiquons, c'est la reconnaissance de la réalité de la diversité des choix en fin de vie. C'est l'assurance du respect de la volonté librement exprimée de chaque individu, avec l'aide si nécessaire d'une équipe comme celle responsable de l'étude rapportée ci-dessus.

Wolrad Mattheiem

AVIS À NOS MEMBRES

**Exceptionnellement, le bulletin de juin 1999
a été adressé aux membres qui ne se sont pas
encore acquittés du paiement de la cotisation 1999.**

**C'est pour l'ADMD un effort financier important...
que nous ne pourrions pas rééditer en septembre.**

**Nous espérons donc que tous nos membres
se mettront rapidement en règle !**

Pour rappel, le montant de la cotisation est de
500 frs pour un membre isolé, 700 frs pour un couple
(n° de compte : 210 0391 178 29)

Pour tout versement égal ou supérieur au montant
de la cotisation, une quittance sera envoyée en temps utile
pour obtenir l'exonération fiscale

TÉMOIGNAGE

« La Libre Belgique » publie dans sa page « Opinions », en date du 30 mars 1999, le témoignage suivant :

OPINION

Vous avez dit "euthanasie" ?

La Libre
Belgique
30.3.1999

Celui qui, atteint d'une maladie terminale dont il connaît l'issue inéluctable, et donc susceptible de vivre une souffrance intolérable, ne peut qu'être atterré face à la conception qu'ont les bien-portants de son droit à une mort digne

BÉATRICE HAUBERT

Une nouvelle fois, les sénateurs⁽¹⁾ et, à leur suite, les spécialistes des problèmes éthiques rouvrent le débat du statut juridique de l'euthanasie⁽²⁾. Il ne peut être question de nier l'intérêt de ce débat fondamental, ni son importance politique et le droit de tout citoyen d'y prendre part.

Néanmoins, ce qui frappe l'observateur, c'est la quasi-expropriation de la parole des personnes concernées au premier chef par cette lancinante question au profit de celle des experts.

Celui qui se trouve précisément dans la situation d'être atteint d'une maladie terminale (cancer, sida, etc.) dont il connaît l'issue inéluctable, et de vivre une souffrance intolérable – que les médicaments ne peuvent totalement annihiler, quoi qu'on en dise –, ne peut qu'être atterré face à la conception qu'ont les bien-portants de son droit à une mort digne. On avance la nécessité de l'accord préalable d'un comité éthique, du personnel soignant, des proches ou d'un conseil de famille, pour que puisse être exécutée la volonté libre et consciente du patient de mettre fin à une vie dont la qualité s'est envolée. Bien sûr, il s'agit là de louables intentions destinées tant à justifier maladroitement⁽³⁾ cette entorse



Illustration Vincent FORTEM

au tabou de l'homicide qu'à prévenir les abus de médecins peu soucieux de la déontologie, tout en protégeant ceux qui prennent courageusement le risque du geste euthanasique. Et il ne peut être nié qu'à cet égard, des solutions doivent être trouvées. L'exemple hollandais offre à ce propos des pistes intéressantes (contrôle a posteriori).

Il n'empêche : convient-il d'avoir un flacon de cyanure dans sa poche si l'on souhaite partir librement dans la discrétion, sans imposer à des tiers, et surtout pas à des proches que l'on chérit, l'horrible obligation de donner le feu vert à l'abréviation de votre existence ? Ou peut-on sereinement, dans le cadre d'un colloque singulier avec son médecin de confiance, exprimer en pleine conscience et liberté sa décision de ne pas voir se prolonger au-delà d'une certaine limite une existence sans qualité, en étant assuré de recevoir dans une totale confidentialité l'aide appropriée du thérapeute au moment où on le choisira, fût-on alors devenu incapable de confirmer cette déclaration non équivoque ?

Certes, on peut penser avec Magritte (dont la mère, neurasthénique, se supprima) que "le suicide équivaut à une sottise prétention : celle de croire qu'on connaît les limites de la pensée". Mais il s'agit là d'une opinion individuelle d'un être en bonne santé qui n'a pas connu les affres d'un corps qui vous aban-

donne et vous persécute au point de supprimer ce qui fait la quintessence de la vie. Vouloir arrêter un processus irréversible de dérégulation de soi ne relève pas d'un manque de courage : il en faut au contraire une certaine dose pour abandonner sciemment ceux que l'on aime, en tentant de leur laisser une dernière image estimable.

On objectera que très souvent la demande d'euthanasie masque la crainte du patient de donner à sa famille un spectacle intolérable et son sentiment d'être rejeté en raison de sa dégradation physique⁽⁴⁾. L'expérience des soins palliatifs conforte, il est vrai, cette analyse et on ne peut que se réjouir de voir ainsi résolues un certain nombre de situations de détresse, dans le cadre de services appropriés ou au terme d'un dialogue fructueux entre le patient et son entourage. Il importe effectivement que le médecin s'assure de la pertinence de la demande de son patient, étant entendu que celle-ci doit demeurer exceptionnelle. Reste que cette situation existe et doit être reconnue sans fard ou obscurantisme.

Pour ma part, il me paraît particulièrement réducteur de résumer à un manque d'amour la volonté de mourir dans la dignité qu'exprime librement le patient dans l'hypothèse où il estime – et lui seul en est maître ! – que la balance entre la qualité de la vie et la déchéance que lui impose la maladie, est défi-

nitivement déficitaire.

De même, il est particulièrement insécurisant pour ce malade de savoir que le médecin qui se rendra "complice" de sa volonté et l'aidera, dans un geste d'amour, à "passer le gué" risque une sanction pénale⁽⁵⁾. Formé à l'art de guérir – les textes législatifs sont éloquentes à cet égard –, le médecin accepte encore très difficilement de jouer le rôle de celui qui donne la mort ou qui la facilite. Pourtant, la noblesse d'une telle tâche n'échappe pas à celui ou à celle qui se demande, dans l'angoisse, si son médecin sera bien au rendez-vous quand l'heure en sera venue.

⁽¹⁾ Voir la récente proposition de loi "relative aux problèmes de fin de vie et à la situation du patient incurable", déposée par les sénateurs R. Lallemant et F. Erdman, suite à l'avis rendu par le comité de bioéthique ("La Libre Belgique", 15 mars 1999; "Le Soir", 17 mars 1999).

⁽²⁾ Voir notamment les articles de X. Dijon, "Euthanasie : la triple erreur des solutions de compromis", "La Libre Belgique", 21 janvier 1998; "L'horreur graduée", "La Libre Belgique", 16 mars 1999.

⁽³⁾ Selon le point de vue de X. Dijon qui rappelle avec force le caractère sacré de la vie – fût-ce à l'état de légume inconscient – l'emportant, selon lui, sur toute autre considération ("La Libre Belgique", 21 janvier 1998).

⁽⁴⁾ Voir l'interview du P. Clumeck, "L'euthanasie, la mort de la mort", in "D. Santé", janvier 1998. Dans son dernier article ("La Libre Belgique", 16 mars 1999), X. Dijon conteste le droit de "ramasser la vie d'un homme sous sa seule volonté", y voyant la consécration d'une atroce solitude et postulant l'angoisse "dans la tête et le cœur de ce malade qui sait que sa vie ne tient plus qu'à lui seul et que donc, à la limite, plus personne d'autre que lui ne souhaite le voir vivre".

⁽⁵⁾ X. Dijon (ibidem) s'étonne de se retrouver, avec le seul Vlaams Blok, parmi les partisans du maintien pur et simple de l'interdit pénal qui irait de pair selon lui avec l'humanité des patients, mise sur le même pied que celle des étrangers. Bonne question, en effet, qui devrait le conduire à s'interroger sur la pertinence de son intransigeante position.

... se demande,
dans l'angoisse,
si son médecin
sera bien
au rendez-vous
quand l'heure
en sera venue.

Nous avons appris le décès, survenu quelques jours après la parution de cet article, de Madame B. Haubert, suite à une longue maladie.

LES LIVRES

MES AVEUX, par Christine Malèvre

Editions Fixot 1999 (246 p.)

« Face à la mort, il n'y a que deux attitudes. La fuir en écoutant la peur, la sienne et celle de l'autre. Ou affronter. J'avais choisi d'affronter. Je dois aujourd'hui m'expliquer ».

Cette citation de Christine Malèvre, l'infirmière de l'hôpital de Mantes-la-Jolie actuellement inculpée d'euthanasie, résume le sens du livre. Celui-ci est la confession bouleversante d'une jeune femme fragile et sensible, confrontée à des malades en fin de vie dont certains la supplient de les aider à mourir, et qui est finalement prise dans la tourmente d'interrogatoires policiers voulant à tout prix lui extorquer des aveux.

Les récits des trois euthanasies que Christine Malèvre avoue avoir pratiquées et d'un quatrième cas où elle n'a fait qu'augmenter la dose de calmants d'un mourant dans des proportions qui n'ont pu jouer de rôle dans son décès survenu plusieurs jours plus tard, sont précis, détaillés, émouvants.

Ce livre illustre les désarrois qu'entraîne l'interdiction de l'euthanasie : pour les mourants qui souffrent dans leur chair et dans leur âme et pour les soignants qui doivent choisir entre le refus de voir et d'entendre la souffrance ou le risque de se retrouver pris dans l'engrenage de la justice. Il conforte notre conviction qu'il faut lever l'hypocrisie d'une société qui nie les réalités pour continuer à fonctionner selon des règles soi-disant « morales » mais totalement inhumaines.

Marc Englert

P.S. Comme nous l'avons signalé plus haut, une demande d'interdiction du livre pour « violation du secret professionnel et de l'intimité de la vie privée » avait été introduite auprès du tribunal de Versailles mais a été rejetée par ce tribunal.

CHRISTINE MALÈVRE



© Jean-François JOLY

mes aveux

“ J'avais franchi une frontière invisible, et je l'avais franchie en silence, dans une totale solitude, puisqu'elle est interdite. J'avais aidé un être humain à mourir, parce qu'il me l'avait demandé. Courage ou faiblesse de ma part ? Qui étais-je, moi, petite infirmière diplômée, pour oser tenir la main de ce mourant, et abrégé sa souffrance ?

J'étais celle à qui le mourant avait fait promettre. J'étais celle qui regardait la mort arriver du même regard que lui, et accompagnait son angoisse.

Face à la mort il n'y a que deux attitudes. La fuir en écoutant la peur, la sienne et celle de l'autre. Ou affronter. J'avais choisi d'affronter. Je dois aujourd'hui m'en expliquer. ”

Ce livre n'est pas un plaidoyer pour l'euthanasie. Il retrace avec des mots simples le quotidien d'un hôpital, la terrible relation, le face-à-face qui s'établit entre une infirmière et un mourant. Il raconte comment une infirmière modèle, un jour, a pris la décision incroyablement difficile de tenir la promesse faite à des malades. La force de ce récit ne laissera personne intact.

99-III/119 F
18,14 € TTC FRANCE



FIXOT



9 782221 089460

AIDEZ-NOUS A MIEUX FAIRE CONNAITRE LES OBJECTIFS QUE DEFEND NOTRE ASSOCIATION

**Renvoyez-nous ce feuillet avec les coordonnées d'amis ou de connaissances
à qui nous enverrons, de votre part, notre brochure d'information**

(Merci de nous indiquer vos Nom : _____ et Prénom : _____)

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

AIDEZ-NOUS A MIEUX FAIRE CONNAITRE LES OBJECTIFS QUE DEFEND NOTRE ASSOCIATION

**Renvoyez-nous ce feuillet avec les coordonnées d'amis ou de connaissances
à qui nous enverrons, de votre part, notre brochure d'information**

(Merci de nous indiquer vos Nom : _____ et Prénom : _____)

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____

Code postal : _____ Localité _____

QUELQUES ADRESSES UTILES

<u>Association contre le Cancer</u> , 1030 Bruxelles, ch. de Louvain, 479	02/736.99.99
ligne verte	0800/15800
<u>Oeuvre belge du Cancer</u> 1210 Bruxelles, rue Royale, 217	02/225.82.11
<u>Ecoute-Cancer</u> ligne verte	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
	04/221.10.99
<u>Télé-Secours</u> (24 h/24 - appel portatif), 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	02/640.65.65
<u>S.O.S. Solitude</u> , 1000 Bruxelles, rue du Boulet, 24	02/513.45.44
<u>Service d'aide aux grands malades</u> , 4420 Saint-Nicolas, rue Likenne, 58	04/252.71.70
<u>Centrale de services à domicile (C.S.D.)</u>	
1060 Bruxelles, rue Saint-Bernard, 43	02/537.98.66
4100 Seraing, rue de la Boverie, 379	04/338.20.20
<u>Soins à domicile</u> 1000 Bruxelles, rue des Moineaux, 17-19	078/15.60.20
<u>Home Clinic</u> , 1060 Bruxelles, rue de Suisse, 29	0477/48.74.01
<u>AREMIS</u> * (Soins à domicile) 1050 Bruxelles, ch. de Boondael, 390	02/649.41.28
<u>DOMUS</u> * (Soins à domicile) 1390 Archennes, rue des Moulins, 10	010/84.15.55
	010/86.70.08
" <u>Au fil des jours</u> ", Ass. laïque de soins palliatifs et d'accompagnement à domicile	
Province de Namur : 5600 Philippeville, rue de Namur, 53	071/66.00.83
Province de Luxembourg, 6870 St Hubert, pl. de la Mutualité, 1	061/61.31.50
6700 Arlon, rue Porte Neuve, 30	063/23.37.16
Région du Centre et de Soignies, 7170 La Hestre, rue Ferrer, 114	064/27.94.14
<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>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 continus et palliatifs</u>	
1050 Bruxelles, ch. de Boondael, 390	02/649.41.28
<u>Fédération wallonne des soins palliatifs</u> , 5000 Namur, rue des Brasseurs, 175	081/22.68.37
<u>Plate-forme de concertation en soins palliatifs</u>	
- Brabant wallon	010/84.15.55
	02/366.04.48
- Est francophone (Verviers)	087/23.00.10
- Hainaut oriental	071/37.49.32
	071/33.11.55
- Liège	04/366.70.01
- Luxembourg	063/21.27.11
- Namur	081/47.00.50
<u>C.E.F.E.M.</u> * (Centre de formation à l'écoute du malade) 1190 Bruxelles, av. Pénélope, 52	02/345.69.02
<u>SARAH</u> asbl * (Promotion, coordination des équipes palliatives et formation en soins continus) 6041 Gosselies, rue Franklin Roosevelt, 26,	071/37.49.32
<u>Service laïque d'Aide aux Personnes (S.L.P.)</u> , 1050 Bruxelles, Campus Plaine ULB - Cp. 237 - Accès 2, av. Arnaud Fraiteur	02/627.68.70
<u>Infor-Homes</u> , 1000 Bruxelles, Bd Anspach, 59	02/219.56.88

N.B. Vous pouvez également consulter utilement votre mutuelle ou le CPAS de votre commune

* Ces organismes proposent des formations en accompagnement en soins palliatifs

Publié avec l'aide
de la
Région wallonne
et de la
Commission communautaire française