

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

Bureau de dépôt - Bruxelles 5



SOMMAIRE :

◆ Appel aux membres	2
◆ Le Mot de la Présidente	3
◆ Pays-Bas – L'euthanasie est légalisée	4
◆ Une réflexion de R. Lallemand	6
◆ Le débat au Sénat : où en sommes-nous ?	7
Contributions à ce débat	8
◆ En Belgique	14
◆ Nouvelles de l'ADMD	18
◆ A l'étranger (Espagne, Etats-Unis, Suisse)	19
◆ Dossier : Vingt années d'expérience aux Pays-Bas	21
◆ Les livres	24



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

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

Secrétariat : rue du Président, 55 - B - 1050 Bruxelles - Belgique -
Mme Janine Wytzman, Secrétaire générale
Tél. et Fax : 32.2/502.04.85 - E-mail : admd@infonie.be
<http://perso.infonie.be/admd>

Cotisation annuelle (à partir de 2001): isolé(e) : 750 frs - couple : 1000 frs
(respectivement 1000 et 1300 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 Spa et environs : Mme Marie-Henriette Pironet-Lognay

Joly-Bois, Balmoral 29/14 - 4900 Spa - Tél/fax :087/77 21 29

Contact pour la province de Luxembourg : Mme Viviane Godfroid

Fond des Naux, 6 - 6821 Lacuisine-Florenville

Tél. 061/32.05.57 - Fax : 061/32.04.51

Contact pour la région de Mons-Borinage : Mme Blanche Légat

rue des Dames, 72 - 7080 Frameries - Tél. 065/67 25 65

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. 02/355.22.23 - Fax 02/355.56.59 (sur rendez-vous)

Contact pour Mouscron et la région

Roger Douterluingne, président de la Maison de la Laïcité

rue du Bas-Voisinage, 169 - 7700 Mouscron - Tél. 056/33 33 57

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

E-mail : leon.favyts@pandora.be

COMITE D'HONNEUR

Ilya Prigogine, Prix Nobel

Jacques Bredael
Paul Danblon
Édouard Delruelle
Pierre de Locht
Roland Gillet
Philippe Grollet
Hervé Hasquin
Arthur Haulot
Claude Javeau
Roger Lallemand
Pierre Mertens
Philippe Monfils
Anne Morelli
François Perin
Georges Primo
François Rigaux
Roger Somville
Lise Thiry
Georges Van Hout
Jean Van Ryn

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Yvon Kenis, Président d'honneur

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

Membres

Anne-Marie Bardiaux
Jean-Jacques Body
Dominique Bron
Alain P. Couturier
Paul Danblon
Michèle del Carril
Marc Englert
Louis Jeanmart
Edouard Klein
Philippe Maassen
Wolrad Mattheiem
Monique Moreau
Maurice Opal
Anne-Marie Staelens
Claudine Urbain
Georgette Werbrouck

Les articles signés n'engagent que leur auteur

HEUREUSE ANNÉE
2001 !

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

VOUS SOUHAITE

BEAUCOUP DE BONHEUR

ET ESPÈRE

QUE CETTE ANNÉE VERRA

L'ABOUTISSEMENT DE NOS EFFORTS

APPEL IMPORTANT À NOS MEMBRES

NOUS AVONS BESOIN DE VOUS !

La bataille actuelle est décisive !

*Elle doit aboutir à obtenir la possibilité légale de choisir sa mort,
d'obtenir le droit à l'euthanasie et la reconnaissance du testament de vie*

Notre influence dépend du nombre de nos membres

Si chacun de vous recrutait un membre, nous serions deux fois plus nombreux

Notre influence dépend de nos possibilités financières

*Évitez-nous des rappels : acquittez vos cotisations en début d'année
750 fr. (1.000 fr. pour un couple)
(1000 et 1300 fr. pour les membres résidant à l'étranger)*

Si vous le pouvez, faites-nous un don (à partir de 1.000 fr., il est fiscalement déductible)

UN GRAND MERCI À CEUX QUI L'ONT DÉJÀ FAIT

COPIE CLIENT / KOPIE CLIËNT

montant en lettres / bedrag in letters

A

date même / meezedatum montant / bedrag

compte donneur d'ordre / rekening opdrachtgever

compte bénéficiaire / rekening begunstigde

210-0391178-29

nom bénéficiaire / naam begunstigde

**ADMD BELGIQUE ASBL
RUE DU PRESIDENT 55
1050 BRUXELLES**

communication / mededeling

date de remise / datum afgifte

signature(s) et date de signature
handtekening(en) en datum ondertekening

VIREMENT OU VERSEMENT
OVERSCHRIJVING OF STORTING

02

En cas de complétement manuel, un seul caractère par case
Bij manuele invulling, één karakter per vakje

Ne pas accepter en paiement
Niet ter betaling aanvaarden

date même / meezedatum

montant / bedrag

compte donneur d'ordre / rekening opdrachtgever

compte bénéficiaire / rekening begunstigde

BEF

nom et adresse donneur d'ordre / naam en adres opdrachtgever

nom et adresse bénéficiaire / naam en adres begunstigde

2 1 0 0 3 9 1 1 7 8 2 9

ADMD BELGIQUE ASBL / BXL

RUE DU PRESIDENT, 55

1050 BRUXELLES

communication / mededeling

Ne rien écrire ci-dessous / Hieronder niets schrijven

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

To be the first or not to be the first

Tel était le titre de ma communication pour le Congrès de la World Federation of Right to Die Societies qui s'est tenu à Boston au début du mois de septembre. A cette époque, la question était d'actualité. Deux parlements débattaient en effet de la question de la dépénalisation de l'euthanasie : celui des Pays-Bas et le nôtre.

N'avions-nous pas entendu certains de nos opposants argumenter que la Belgique n'allait quand même pas être le premier pays du monde à dépénaliser l'euthanasie...

Le 28 novembre, cette crainte pouvait être remise une fois pour toutes au vestiaire des mauvais arguments: la deuxième chambre des Pays-Bas, l'équivalent de notre Chambre des Représentants, votait à une large majorité une loi portant sur le "contrôle de l'interruption de vie pratiquée sur demande et de l'aide au suicide".

Alors que les télévisions du monde entier étaient présentes aux Pays-Bas au moment de ce vote historique, la couverture de cet événement a été bien timide en Belgique, surtout du côté francophone. Lassitude devant un débat qui s'éternise chez nous? Peur devant une solution juridique proposée dans le cadre d'un débat éthique?

Car cette loi aux termes simples et non équivoques est une parfaite illustration du principe de ce qui se conçoit bien s'énonce clairement. De là à dire qu'il faut "copier" nos voisins est un pas que je ne franchirais pas: à chaque pays, ses spécificités. Mais nous pouvons à toute le moins nous inspirer des principes qui ont été dégagés par l'expérience des Pays-Bas et certainement des études qui ont pu y être réalisées sans cette chape d'opacité que nous avons trop longtemps connue en Belgique.

Autre argument sans cesse avancé par nos adversaires: l'attitude du corps médical. Sans espérer qu'en Belgique nous connaissions la même situation qu'aux Pays-Bas, à savoir la parfaite collaboration à la recherche d'une solution des différents corps de la société, en ce compris les autorités médicales, il s'agit de couper les ailes à ce canard. Le Conseil de l'Ordre, en son avis du 15 janvier 2000, s'est prononcé à la normale: ni pour ni contre une législation. L'Académie royale de médecine a adopté une attitude nuancée. Le Comité d'éthique de la Fédération des Maisons Médicales se déclare partisan d'une législation... Nous sommes fort loin des prises de position péremptives énoncées par quelques ténors de l'Absym.

Tout récemment, un "groupe de travail euthanasie", mené par le docteur Creplet et l'avocat Dayez, se présentait à la presse, fort d'une pétition ayant rassemblé trois mille signatures dont deux mille de médecins. Selon ces porte-parole de ce "groupe de travail," ces trois mille personnes se seraient prononcées contre la proposition de loi Mahoux et consorts. Bel exemple de désinformation. En réalité, ce texte, diffusé en juin 2000 par le Journal du Médecin à grand renfort de moyens, est un modèle d'ambiguïté: il y est question de l'organisation d'un débat authentique et ouvert dans la société. Qui pourrait s'y opposer? Il est également demandé que l'on ne touche pas au Code pénal. Les vœux des signataires étaient déjà exaucés depuis juillet...

En d'autres termes, quel beau pétard mouillé!

C'était nous tendre la perche pour présenter le résultat de notre appel aux termes clairs qui a recueilli douze mille signatures parmi lesquelles celles de plusieurs recteurs d'universités, de 2.500 médecins dont divers chefs de service de neurologie et d'oncologie... Que 2.500 médecins se soient donnés la peine de répondre est sans aucun doute un signe très encourageant.

Longtemps l'ADMD avait l'impression de plaider dans le désert pour que s'ouvre ce débat. Ceux qui hier s'opposaient au principe même de la discussion, paraissent aujourd'hui jamais rassasiés, même après 20 heures de discussion autour de la définition de l'euthanasie qui avait pourtant déjà été proposée par le Comité consultatif de bioéthique..

Il faut savoir conclure un débat. C'est déjà trop tard pour Charly Rayen et Jean-Marie Lorand qui ont tous deux tiré leur révérence, le premier dans des souffrances atroces, le second aidé par un médecin courageux qui avait su l'entendre. Mais pour reprendre l'expression de Jacques Pohier au congrès de Boston, il y a tous les patients inconnus qui, hier déjà, aujourd'hui encore, doivent aller jusqu'au bout de leurs souffrances sans pouvoir bénéficier de cet ultime acte de solidarité. Car, aux donateurs de leçons, je peux l'affirmer: il n'existe pas beaucoup de médecins au Royaume de Belgique prêts à subir des poursuites judiciaires pour accomplir ce dernier soin médical...

Jacqueline Herremans

PAYS-BAS

LA DÉPÉNALISATION EST INSCRITE DANS LE CODE PÉNAL

Après plus de 20 années de dépénalisation « de facto » de l'euthanasie et de l'aide médicale au suicide, la 2ème Chambre (assemblée) du parlement néerlandais a adopté le 28 novembre par 104 voix contre 40 le projet de loi "Contrôle de l'interruption de vie pratiquée sur demande et de l'aide au suicide" introduit par le ministre de la Justice, A.H. Korthals, et la ministre de la Santé publique, E. Borst. Le projet de loi doit encore être soumis à la 1ère Chambre (sénat) pour examen et ratification. Cette procédure devrait aboutir dans le courant de l'année prochaine. Le projet de loi découle de l'accord gouvernemental conclu par la seconde coalition "violette".

Modification du Code pénal

Le médecin pratiquant sur demande une interruption de la vie ou une aide au suicide ne commettra plus d'infraction pour autant que deux conditions soient remplies :

- il doit avoir satisfait aux « critères de minutie », stipulés par une loi distincte, à savoir la loi sur le contrôle de l'interruption de vie pratiquée sur demande et de l'aide au suicide.
- conformément aux dispositions de la loi relative à l'inhumation et à l'incinération, il est tenu de faire part de son intervention au médecin légiste de la commune.

Les « critères de minutie » impliquent que le médecin :

- a) ait acquis la conviction que le patient a formulé sa demande librement et de façon mûrement réfléchie ;
- b) ait acquis la conviction que les souffrances du patient sont sans perspective d'amélioration et insupportables ;
- c) ait informé le patient de sa situation et de ses perspectives ;
- d) soit parvenu, en concertation avec le patient et compte tenu de la situation de ce dernier, à la conviction qu'aucune autre solution n'était envisageable ;
- e) ait consulté au moins un autre médecin indépendant qui aura examiné le patient et se sera fait une opinion quant aux critères de minutie tels que stipulés sous a, b, c et d
- f) ait pratiqué l'interruption de la vie avec toute la rigueur médicalement requise.

Les commissions régionales de contrôle

Les commissions régionales de contrôle ont à établir si le cas d'interruption de vie sur demande ou d'aide au suicide satisfait aux critères de minutie. Si la commission concernée estime qu'il n'en est pas ainsi, le Ministère public est informé. Il va de soi que le Ministère public, s'il soupçonne des faits condamnables, est habilité à ouvrir lui-même une enquête.

Chaque commission se compose d'un nombre impair de membres, au minimum trois. Parmi eux figure toujours un juriste, qui préside la commission, un médecin et un expert en matière d'éthique. Pour chacun d'entre eux, un remplaçant au moins est désigné.

Le cas échéant, la commission pourra commenter ultérieurement son avis dans le cadre d'un entretien personnel avec le médecin concerné. Elle pourra ainsi faire preuve de transparence quant à la procédure d'évaluation suivie et donner son appréciation de la méthode de travail adoptée par le médecin.

Les commissions contribueront en outre à la transparence en matière de contrôle de l'interruption de la vie et de l'aide au suicide par la publication de rapports annuels présentant ouvertement, mais de manière anonyme, les cas concrets qu'elles auront évalués sur la base des critères de minutie. D'autre part, le nouveau rôle des commissions stimulera par tous ces aspects l'attitude rigoureuse et minutieuse des médecins.

Afin de veiller à l'uniformité des avis des différentes commissions, une concertation périodique aura lieu entre les présidents des commissions en présence de représentants du Collège des procureurs généraux et de l'Inspection du Service national de contrôle de la santé publique.

Mineurs d'âge

La nouvelle loi inclut également des dispositions concernant les demandes d'interruption de la vie formulées par des mineurs d'âge et l'aide au suicide de mineurs. En effet, on considère que les mineurs peuvent être capables du discernement nécessaire pour formuler une demande d'interruption de la vie à la fois justifiée et mûrement réfléchie. La législation rejoint les dispositions légales promulguées au sujet des actes médicaux concernant des mineurs, qui partent du principe que les jeunes de seize et dix-sept ans peuvent prendre librement leur décision. Dans les cas de demandes d'interruption de la vie et d'aide au suicide, les parents doivent toutefois être impliqués dans la prise de décision. Pour des jeunes âgés de douze à seize ans, l'autorisation des parents ou du tuteur est requise. Dans ce contexte également, le médecin doit satisfaire aux critères de rigueur et de minutie susmentionnés.

Testaments de vie

Enfin, la loi reconnaît explicitement la validité des déclarations de volonté écrites concernant l'interruption de la vie (ce que l'on appelle les "testaments de vie"). Le médecin est autorisé à faire droit à une telle déclaration, à moins qu'il n'ait des raisons valables de s'y refuser, comme, par exemple, les progrès faits par la médecine depuis la rédaction du testament ou le manque de clarté de la déclaration. Si le médecin est autorisé à faire droit à la déclaration, mais ce uniquement dans le respect des autres critères de rigueur et de minutie cités dans la proposition de loi, il ne peut toutefois y être obligé.

Il importe que le patient et le médecin aient discuté, autant que faire se peut, du contenu de la déclaration afin de clarifier et de préciser les souhaits du patient. Le médecin fera part au patient des conditions posées à l'acceptation de sa demande d'interruption de la vie.

Ce texte a été établi sur la base d'un communiqué de presse
du Ministère néerlandais de la Justice du 29/11/00.

Le texte intégral de la loi sera publié dans notre prochain bulletin

Voir aussi notre rubrique « Dossier » de ce bulletin qui retrace l'évolution de 20 années d'expérience de la dépenalisation de l'euthanasie aux Pays-Bas

UNE RÉFLEXION DE Roger LALLEMAND*

Le Journal du Théâtre de Poche n° 2, décembre 2000

La question de l'euthanasie suscite un des grands débats éthiques des dix dernières années. Elle s'inscrit dans la rupture d'un consensus ancien aussi unanime que silencieux. Car les évidences éthiques que l'on ne conteste pas se taisent, même lorsque les pratiques trahissent leurs exigences. Et puis une parole se lève pour demander une cohérence entre la norme et les actes. Nous vivons ainsi une expérience que nous avons connue lors du débat sur l'avortement. Il y a 10 ans, sous le règne d'une règle totalement déconnectée des pratiques, nous assistions à la multiplication quasiment publique de sa violation. Les centres dits « extrahospitaliers » pratiquaient ouvertement des interruptions volontaires de grossesse : ils publiaient même leurs statistiques. Les parquets ne réagissaient pas. Un député qui demandait le maintien de l'interdit pénal radical souhaitait aussi en même temps que l'on n'entrave pas les pratiques d'avortement. Il demandait même que « les juges ferment les yeux ».

Ce fut assurément chose faite.

La même problématique, le même divorce entre la loi et le réel, se manifeste aujourd'hui. Il est incontestable que des euthanasies se pratiquent. On en publie les statistiques. Mais c'est au niveau du débat théorique que la tension se déploie.

En vérité, personne, selon toutes les apparences, ne demande et ne souhaite l'application véritable de la loi. Personne ne requiert de poursuites contre les médecins. Ce qui fait problème, c'est la légalisation des pratiques, c'est-à-dire dans la loi ce que l'on admet implicitement dans les faits.

Deux questions dominent le débat. Et d'abord le statut de la volonté : une personne adulte, déterminée et lucide, qui subit un mal incurable et des souffrances inapaisables peut-elle obtenir, en accord avec son médecin, qu'il soit mis fin à sa vie ? La problématique s'appuie sur le statut de la personne et sur son autonomie : dispose-t-elle d'un droit de décider souverainement de sa mort ? Le débat est ancien. Dans toutes les sociétés dominées par les idéologies religieuses, à quelques exceptions près, la réponse fut toujours négative car, selon elles, la vie appartient à Dieu. Mais l'affirmation ne suscite plus l'unanimité aujourd'hui. Une proposition de loi, signée par les représentants de trois familles politiques reconnaît un droit à l'euthanasie et en définit les conditions de légitimité. L'évolution est flagrante et elle engage un avenir.

La deuxième question tient au statut des opinions dans un État de droit : une éthique se divise, suscite des opinions opposées, des courants divergents. Est-il admissible que la loi pénale consacre ce qui n'est plus qu'une opinion particulière, qu'elle sanctionne pénalement ceux qui la contestent dans leurs pratiques au nom d'une éthique opposée ?

La réponse touche au cœur de la démocratie. Il y a aujourd'hui des milliers de médecins, de professeurs, trois recteurs d'université et d'innombrables citoyens qui, par écrit, ont demandé expressément la modification de la loi de l'interdiction d'euthanasie, comme ils l'exigeaient hier, en matière d'avortement. Leur engagement public révèle la rupture avec le passé. Le législateur doit répondre à ces demandes, car il lui incombe d'assurer la coexistence des idéologies qui s'opposent et non la suprématie intolérante de l'une d'elles.

La divergence des éthiques nous engage tous : elle renvoie le choix à la liberté de chaque citoyen, mais elle demande en même temps à la loi de définir le cadre de cette liberté et les conditions de son exercice : maladie incurable, souffrances inapaisables, existence d'un second médecin, rapport écrit, ...

En vérité, la réforme proposée veut instaurer la coexistence de morales divergentes, ce qui est le sol de toute démocratie. Et en même temps, elle veut garantir une transparence des pratiques, une médecine ouverte fondée sur la liberté des citoyens. Elle entend assurer une cohérence du réel avec la loi. Car, nous l'avons appris, la tolérance généralisée de l'illégalité, il faut le souligner, permet certes le meilleur, mais aussi le pire : elle détruit la cohérence entre le discours et la pratique, entre la norme et les comportements. Elle ouvre la porte à tous les abus qui marquent l'enfouissement des pratiques dans le non-dit, et dans la semi-clandestinité. La future loi, en vérité – on l'a constaté avec l'I.V.G. – n'augmentera pas le nombre des euthanasies. Elle ne les valorisera pas non plus. Mais elle changera le rapport du malade au médecin. Elle ouvrira le dialogue trop souvent rétracté par peur de l'illégalité. Elle remettra au jour et dans le respect profond de la volonté de chacun la discussion sur le sens de la vie et le débat à propos de la mort.

Notre société se grandira en regardant en face ses pratiques mais aussi en affirmant dans la rigueur, aussi loin qu'il soit possible, le respect de la dignité et de l'autonomie de chaque personne.

Telle est une des exigences fondatrices de la citoyenneté.

* Avocat, président honoraire du Sénat.

LE DÉBAT AU SÉNAT : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

Au moment de mettre ce bulletin sous presse, les discussions sont toujours en cours aux commissions de la Justice et des Affaires sociales du Sénat. Divers amendements ont été proposés à la proposition initiale dite Mahoux et consorts pour tenir compte des critiques de certains sénateurs de la majorité ainsi que des éléments recueillis lors des auditions.

On peut résumer comme suit l'essentiel de ces amendements :

- *Au lieu d'insérer une exception dans le code pénal, une loi particulière prévoirait que le médecin qui se conforme aux dispositions prévues ne commettrait pas d'infraction*
- *Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, deux médecins (et non un seul) doivent être consultés et un délai d'un mois doit s'écouler entre la demande initiale du patient et l'euthanasie.*
- *La déclaration de décès doit être transmise non au Parquet mais bien à une commission composée de médecins et de juristes.*

Le PSC et le CVP ont déclaré que ces amendements ne changeaient pas la philosophie de la proposition et que leur hostilité restait entière. Il faut regretter la défection de certains sénateurs PRL et écolos : le sénateur PRL A. Destexhe, après avoir eu une attitude ambiguë lors des auditions, a déclaré à la presse qu'il voterait contre la proposition de dépenalisation et déposerait avec d'autres une nouvelle proposition qui ne dépenaliserait pas l'euthanasie mais se limiterait à définir des règles pour l'accompagnement en fin de vie. L'attitude de certains sénateurs écolos dont notamment Paul Galand est également hostile. La sénatrice Marie Nagy, pourtant co-signataire de la proposition de loi arc-en-ciel avait, dans une interview, émis également des réserves (voir ci-après la lettre remarquable que lui avait adressée à cette occasion un de nos membres). Mais par la suite, Marie Nagy a tenu des propos rassurants quant à sa volonté de voir le Sénat adopter une législation claire en matière d'euthanasie.

L'opposition a déposé une centaine d'amendements, avec la volonté manifeste de faire traîner le débat. La proposition de loi ne sera vraisemblablement adoptée qu'au début de 2001 en commission. Mais il restera encore à franchir le cap du Sénat en séance plénière et

de la Chambre et on peut s'attendre à une rude bataille... Côté flamand, il semble acquis que les votes du VLD (libéraux), du SP (socialistes) et des écologistes (Agalev) seront favorables à la dépenalisation. Le sénateur Vankrunkelsven de la VU s'est joint aux sénateurs Mahoux et consorts pour le dépôt de certains amendements. Côté francophone, la situation est moins claire. Certains écolos s'abstiendront sans doute. La fédération PRL-FDF-MCC s'apprête à émettre plusieurs votes négatifs, notamment ceux de Nathalie de T'Serclaes, MCC et d'Alain Destexhe. Les libéraux seraient-ils plus tentés par un calcul politique (un renforcement via de nouveaux transfuges du PSC) que par un vote en accord avec leurs conceptions philosophiques du respect de l'autonomie de la personne qu'ils proclament pourtant ? En invoquant la liberté de conscience pour les votes en matière éthique, ils arriveraient au résultat paradoxal de refuser l'exercice de cette même liberté à celles et à ceux qui entendent vivre et mourir en fonction de leurs conceptions philosophiques ou confessionnelles..

LES CONTRADICTIONS DU SÉNATEUR DESTEXHE

Le sénateur Destexhe, qui est médecin et qui se présente comme un partisan de l'autodétermination et de l'autonomie de la personne, a déclaré au *Journal du Médecin* qu'il ne votera pas la loi sur l'euthanasie. Il reconnaît pourtant que « les soins palliatifs ne peuvent à eux seuls constituer la seule réponse pour assurer une fin digne ». Si la situation est telle (et c'est effectivement le cas), pourquoi veut-il le maintien du statu quo ? Car c'est bien à cela que revient le refus de voter pour la proposition de loi déposée par les six sénateurs chefs de groupe de la majorité.

Ses arguments étonnent. Il reproche à la proposition d'amalgamer l'euthanasie des malades en phase terminale et la mort d'un malade qui souffre, mais qui peut encore vivre plusieurs années, la première étant la seule, à ses yeux, qui pourrait être légalisée. La seconde, dit-il, « doit être qualifiée de suicide médicalement assisté », affirmation péremptoire, qui change le sens des mots sans aucune justification.

Mais est-il logique (et humain) d'accorder la mort par compassion à un malade dont les souffrances seront de toute façon brèves, et la refuser à celui dont les souffrances sont non seulement insupportables, mais qui pourraient, en plus, durer des années ? Nos lecteurs connaissent le cas de J-M. Lorand, qui a trouvé un médecin courageux pour l'aider, et celui du malade qui n'en a pas trouvé et qui s'est jeté par la fenêtre du huitième étage de la clinique Saint-Luc.

La loi doit s'appliquer au plus grand nombre, dit le sénateur, et elle ne peut pas transgresser l'interdit de tuer. Autoriser l'euthanasie, dans des conditions strictement définies, ne supprime pas l'interdit de tuer en tant que valeur générale, pas plus que ne la fait la notion de légitime défense, qui est certainement une éventualité beaucoup plus rare que l'euthanasie et au sujet de laquelle on a pourtant jugé utile de légiférer.

« La société belge, contrairement aux Pays-Bas, n'a aucune expérience en matière d'euthanasie. Il n'y a que quelques études parcellaires, aux méthodes contestables... ». Nous avons justement l'avantage de pouvoir profiter de l'expérience acquise aux Pays-Bas depuis un quart de siècle. Il n'est pas étonnant que les études soient rares, alors que le phénomène étudié est interdit par la loi, et donc clandestin. L'étude qui a été faite malgré cet obstacle et à laquelle il est fait allusion dans notre lettre aux sénateurs citée dans ce bulletin, a été publiée dans une revue médicale du plus haut niveau scientifique, qui n'aurait certainement pas accepté un travail de méthodologie douteuse.

« Le risque économique ne peut être totalement écarté... Le malade pourrait demander à en finir, non parce qu'il le souhaite vraiment mais parce que c'est mieux pour sa famille, voire pour la société ». Les conditions imposées aux deux (ou trois) médecins impliqués dans le processus euthanasique représentent, à nos yeux, la meilleure garantie contre un tel abus. Aux termes de la loi proposée, le médecin peut refuser de pratiquer l'euthanasie parce qu'il considère celle-ci comme incompatible avec ses propres convictions morales (c'est la clause de conscience), mais il doit la refuser s'il n'est pas intimement convaincu que la demande est motivée par l'état de détresse ou de souffrance du patient.

Le sénateur Destexhe reconnaît au patient, même celui qui n'est pas en phase terminale, le droit de mourir, mais il ne lui donne aucun moyen d'exercer ce droit. L'expérience acquise comme président de l'ADMD m'a convaincu que beaucoup de malades qui souffrent au point de vouloir mourir ne trouvent pas de médecin prêt à transgresser la loi. Peut-on vraiment reprocher à quelqu'un d'hésiter à mettre en péril sa carrière, sa vie professionnelle et familiale en commettant un acte que la loi actuelle considère comme un assassinat ?

Yvon Kenis

CONTRIBUTIONS AU DÉBAT

EUTHANASIE : COMPRENDRE ET ADMETTRE
Nous reproduisons ci-après un article signé par six professeurs de l'Université catholique de Louvain qui montre que le corps professoral de cette université est loin de suivre unanimement la position partisane des autorités de cette institution. Nous saluons et nous remercions les signataires pour leur importante contribution à notre combat

LA LIBRE
BELGIQUE

10 et 11 novembre 2000

La question de la dépénalisation éventuelle de l'euthanasie demandée a fait l'objet de nombreuses discussions ou confrontations. Tout ce qui est imaginable a été dit, semble-t-il, dans les lieux et les moments réservés à cette importante question. La volonté d'aboutir à une conclusion acceptée par toutes les tendances présentes en Belgique ne manque pas, mais un consensus paraît difficile à obtenir, notamment en raison du refus de certains chrétiens d'admettre l'euthanasie, même en cas de souffrances extrêmes et même si elle est parfaitement encadrée par des dispositions légales et institutionnelles appropriées : la mort ne pourrait pas faire l'objet d'une décision humaine car il s'agit de l'aboutissement naturel de la vie, du passage vers une autre vie, surnaturelle, et dont le moment ne peut être fixé que par Dieu. Cette conception du sens de la mort charnelle est éminemment respectable, mais elle n'est pas partagée par l'ensemble des citoyens, ni même par tous les chrétiens.

Nous pensons qu'il est utile de considérer le problème sous un aspect fondamental que des implications socio-économiques et pénales éventuelles d'une euthanasie légalisée semblent constamment refouler au second plan. Il s'agit du respect mutuel de positions éthiques différentes et également respectables. Dans l'état actuel des mœurs en matière d'euthanasie, il semble bien que la revendication d'un droit de l'individu à choisir les modalités de sa propre mort soit exprimée par une partie du corps social qui se réclame d'une éthique centrée sur l'autonomie de l'individu. Peu importe ici le pourcentage d'une telle opinion dans la population ; le déterminer exactement serait d'ailleurs difficile, voire inutile, dans la mesure où l'expression même de l'opinion en la matière dépend fortement des conditions dans lesquelles elle est sollicitée. La question est de savoir s'il est acceptable dans une matière aussi sensible et personnelle, qu'une conception sur la manière de terminer sa vie, fût-elle majoritaire, soit imposée comme elle l'est

aujourd'hui à un individu condamné par la maladie et qui préfère la mort à la souffrance et qu'elle fasse considérer comme assassin un médecin qui, au plus profond de lui-même, a considéré qu'à partir d'un certain degré de souffrance et de dégradation, son aide était légitime.

Il nous semble que chacun devrait avoir le droit de vivre et surtout de mourir selon ses conceptions et ses croyances et que la possibilité de choisir une mort volontaire 'anticipée' par le recours à un médecin dont les conceptions vont dans le même sens devrait pouvoir être admise, en particulier avant que la dégradation rende le grand départ inutilement pénible. À l'argument légitime de certaines équipes de soins palliatifs selon lequel leurs malades entrant en phase terminale 'naturelle' bénéficient souvent d'un approfondissement soudain et authentique de la relation avec les proches, on peut opposer celui, tout aussi légitime de l'impact psychologique bénéfique d'un épisode organisé de 'départ' plus précoce, avant l'apparition des symptômes les plus invalidants qui peuvent précisément altérer cette relation et même la rendre impossible ; au cours de celui-ci peuvent aussi s'instaurer paisiblement des rapports très profonds et positifs que les avatars de la vie ordinaire et la crainte de la mort renvoient toujours à plus tard.

Recentrer le débat autour de l'individu et de son droit d'interrompre sa vie lorsqu'elle risque à ses yeux de perdre son sens, pourrait être également susceptible de faire progresser le débat autour des cas de perte irréversible de conscience ou d'entendement, tels qu'on peut les rencontrer lors d'accidents de la route, d'accidents vasculaires ou dans des maladies graves du système nerveux. Lorsque ces troubles graves surviennent à un âge où les ressources vitales sont amoindries, le pronostic d'un rétablissement satisfaisant devient improbable et le patient n'a plus, et n'aura sans doute plus jamais l'occasion d'exprimer sa volonté quant à son désir de prolonger ou non une existence radicalement modifiée. Est-il raisonnable d'interdire à un individu d'obtenir une mort calme dont il aurait exprimé clairement et à plusieurs reprises le souhait, notamment dans un testament de vie, dans l'hypothèse où son état le priverait de pouvoir rappeler cette volonté ? Et dans le cas d'un coma irréversible, pourquoi refuser ce droit lorsque le sujet devenu totalement incapable avait depuis longtemps envisagé le cas et signifié sa demande ? Un refus reviendrait, nous semble-t-il, à imposer à cet individu, contre sa volonté, une aliénation croissante et à le précipiter, impuissant, dans une séquence douloureuse, le plus souvent hors de ses murs et privé des stimulations familiales.

Un minimum de tolérance devrait permettre de coexister dans le respect mutuel. Anticiper sa propre mort peut être, pour certains, à la fois un moyen de la conjurer, de lui jouer en quelque sorte un mauvais tour,

et de contrôler plus sereinement la souffrance psychique que la perspective du délabrement physique et de la perte de l'autonomie, probablement plus que celle de la souffrance physique, ne manque jamais d'entraîner lorsque le processus de mort a commencé à se manifester. L'acceptation d'une telle anticipation n'empêche en rien ceux qui souhaitent supporter stoïquement la souffrance jusqu'à l'ultime moment de suivre la voie qu'ils ont choisie. Il faut cesser, nous semble-t-il, de prétendre au monopole de l'Éthique et même de vouloir établir une hiérarchie entre des valeurs également respectables.

Jean Bricmont, professeur à la Faculté des Sciences,
Jean-Yves Carlier, professeur à la faculté de Droit,
Christian Panier, maître de conférence à la Faculté de Droit,
François Rigaux, professeur ém. à la Faculté des Sciences,
Jacques Weyers, professeur ord. à la Faculté des Sciences,
Marc-Henri Weyers, chef de travaux à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
de l'Université catholique de Louvain (UCL)

POUR LA LIBERTÉ DE CHOISIR UNE MORT DIGNE



23 octobre 2000

Le débat éthique sur l'euthanasie pose la question centrale de l'homme face à la souffrance et à la mort. La mort que notre société a eu tendance à rejeter dans l'ombre, dans le silence des hôpitaux. En Belgique, nous sommes quelque 70 % à mourir dans les institutions hospitalières. La souffrance, question éternelle qui a traversé l'histoire de la philosophie. Sublimée dans la tradition judéo-chrétienne, liée à la notion de faute, la souffrance a la vie dure. Que l'on songe à la difficulté à faire accepter l'accouchement sans douleur... ou encore à ces curetages à vifs qui étaient pratiqués dans les années septante sur des femmes qui se présentaient dans les hôpitaux après des avortements clandestins.

Le traitement de la douleur représente une dimension récente de l'art de guérir, la médecine s'étant bien plus intéressée à la maladie qu'au malade. Lorsque l'être humain est envahi par la souffrance, qu'il n'est plus que douleur, il n'y a plus de place à la communication avec les autres, à la liberté de faire des choix.

Nul ne conteste l'absolue nécessité de développer la médecine palliative que je préfère nommer "supportive". Mais il reste des questions auxquelles la médecine ne peut répondre.

La lutte contre la douleur ne peut être un hédonisme plat, ni la suppression de toute douleur un but en soi. Assommer une personne de sédatifs de telle sorte qu'elle se trouve coupée du monde extérieur représente

une atteinte à l'intégrité humaine. La médecine se grandit lorsqu'en luttant contre la douleur, elle réintègre le malade dans la société et restitue à l'homme et à la femme son autonomie, sa capacité de maîtriser son destin.

La souffrance est la première cause des demandes d'euthanasie. Non pas seulement la douleur physique mais surtout le sentiment de déchéance, de perte de sens de sa vie, de devenir le témoin impuissant de sa propre dégradation, la crainte aussi d'une mort atroce imposée.

Le caractère intolérable des souffrances morales ou physiques ne peut être apprécié que par la personne elle-même. Notre exigence humaniste interdit tout critère dit objectif, toute généralisation fût-elle basée sur des critères pseudo scientifiques. Il n'est pas non plus acceptable que des tiers s'érigent en juge de notre propre souffrance.

Aujourd'hui, à la suite du large débat qui s'est développé tant dans l'enceinte du Sénat que dans la société, sont devenues marginales les rares voix qui s'expriment pour la condamnation d'un acte qui consiste à mettre fin, à sa demande, aux souffrances insupportables d'une personne atteinte d'une maladie incurable. Il est reconnu une légitimité éthique à ce geste de profonde solidarité humaine même auprès de ceux qui demeurent hostiles à une dépénalisation de l'euthanasie.

Il est vrai qu'à côté de la morale qui voulait que la vie soit un bien suprême qui n'appartenait pas à l'homme et auquel il ne pouvait toucher sous aucun prétexte (sauf la peine de mort...), s'est développée une autre conception qui veut que l'homme dispose d'un droit sur sa propre vie. Cette conception va au-delà des clivages classiques entre les croyants et les non-croyants. L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité est fondamentalement pluraliste et compte parmi ses membres nombre de croyants qui veulent vivre leur foi en hommes libres et revendiquent le droit de décider de la manière dont ils veulent vivre les derniers moments de leur existence.

Cette conception s'appuie sur le respect de l'autonomie de la personne sans que toutefois cette autonomie soit idéalisée. Notre degré d'autonomie dépend d'une série de facteurs dont nous ne sommes pas toujours maîtres. La douleur, l'isolement, notre place dans la société, l'absence d'information éclairée, sont autant de causes qui peuvent altérer notre raisonnement. Cette autonomie ne peut s'exercer valablement qu'au sein d'une société démocratique et solidaire qui inscrit parmi ses priorités l'accès de tous à une médecine de qualité.

Il est essentiel que chacun puisse vivre et mourir en fonction de ses convictions religieuses ou philosophiques. Or, ce libre choix est entravé aujourd'hui par l'interdit légal relayé par le code de déontologie médicale. Un des effets de cet interdit dont on

n'apprécie pas toujours l'importance est en effet de pervertir profondément le dialogue médecin-patient sur la question de la mort. Comment ne pas comprendre la tentation du médecin d'éluder une question qui peut éventuellement le conduire à devoir répondre d'un acte qualifié aujourd'hui d'assassinat ? Une loi qui dépénaliserait sans équivoque l'exception d'euthanasie tout en précisant les nécessaires limites et contrôles est indispensable pour nous permettre de nous exprimer librement sur la manière dont nous concevons la fin de notre vie et pour donner au médecin la possibilité de remplir jusqu'à son terme, y compris par une aide active à mourir, sa mission d'aide et de soutien. Une société démocratique et pluraliste se doit de permettre la coexistence de conceptions différentes touchant à la vie et la mort et de créer un espace de liberté dans le respect des convictions de chacun et sans rien imposer à personne.

Jacqueline Herremans

UNE LETTRE À MADAME MARIE NAGY

Madame la Sénatrice,

Concerne : euthanasie

En septembre je vous avais adressé copie d'un courrier que j'adressais aux secrétaires fédéraux du parti Ecolo. Contrairement à ceux-ci d'ailleurs, vous m'avez aimablement répondu en me communiquant le texte de votre déclaration au Sénat.

Ce jeudi 9 courant, je lis dans le journal « Le Soir », une mini-interview que vous auriez accordée à la presse à l'occasion de la reprise des travaux de la commission du Sénat sur l'euthanasie.

Permettez-moi de réagir à ce texte. Pour ma part que l'on dépénalise l'euthanasie ou qu'on l'autorise au travers d'une loi de procédure spéciale, peu me chaut : l'important est de rendre possible l'euthanasie, dans le cadre de règles précises cela va de soi, sans risquer d'encourir les foudres de l'un ou l'autre représentant de la justice un peu trop zélé.

Pourquoi dites-vous que l'euthanasie n'est pas mettre fin à la vie ? Figure de rhétorique ? Mais si, l'euthanasie est bien mettre fin à la vie de quelqu'un, de manière délibérée, à sa demande, et par un médecin, conformément à des règles procédurales bien définies. Bien sûr en vue de soulager les souffrances de cette personne. Et là, première difficulté : s'agit-il uniquement de souffrances physiques ou accepterez-vous de prendre également en compte la souffrance psychique.

Cela dit, je dois bien constater que l'on continue toujours d'agiter les vieilles craintes des abus, qui pour moi ne sont que le reflet de notre propre peur face à cet événement pourtant inéluctable qu'est notre mort.

Pas plus tard que le 7 courant, dans le cadre d'une conférence sur l'euthanasie, votre collègue Josy Dubié brandissait le spectre de la dérive « économiste », ayant été alerté, d'après ses propres dires, par l'une ou l'autre audition au Sénat. Il parlait d'une crainte de voir dans les homes s'exercer une pression sur les pensionnaires afin qu'ils demandent l'euthanasie, pour ainsi libérer des places. Encore que je ne vois pas l'intérêt économique de cette pratique : cyniquement je dirais que plus ils vont mal, plus ils rapportent. La dérive économique se situe plutôt dans l'excès de visites médicales et de prescriptions. Et ne peut-on pas craindre des dérives en ce sens dans le cadre d'un acharnement au niveau des soins palliatifs, ce qui n'empêche qu'il faut absolument les développer et en généraliser l'accès.

Je vous dirai en outre que si un jour il devait être procédé à l'euthanasie d'un vieillard, impotent, incontinent, sénile au point de ne plus reconnaître les siens, alors qu'il n'aurait pas formulé un tel désir quand il en était encore capable, je n'en ferais pas un drame. Mettre en prison un innocent en pleine santé me paraît un délit bien plus grave.

Ce qui revient le plus dans les homes, ce sont des personnes qui en ont assez de vivre et qui n'attendent plus qu'une seule chose : le mort, en répétant cette demande chaque jour. Comme nous n'avons pas de réponse à ces demandes, dans le home où vit ma mère, trois dames ont trouvé comme seule issue de se jeter par la fenêtre. Ce qui, au niveau de l'institution fait plutôt désordre : aussi a-t-on depuis limité l'ouverture des fenêtres. Alors deux autres dames ont opté pour une autre solution : elles se sont couchées en refusant dorénavant de s'alimenter. L'une des deux avait réglé la chose avec ses enfants et le personnel a respecté leur décision. Mais sont-ce vraiment des solutions dignes de notre société ? Cela pose le problème de redonner goût à la vie à des personnes qui en ont assez. Or ce n'était pas le cas de personnes atteintes de maladie incurable ou abandonnées par les leurs, alors que faire ? Bien sûr il n'est pas question de donner suite à la première demande car il pourrait effectivement s'agir d'un coup de cafard, mais lorsque la demande se répète jour après jour, il faudra apporter une réponse, peut-être dans le cadre d'une forme de suicide dont l'initiative resterait à la personne ? Ce cas n'est pas simple, je le reconnais.

Nous venons de fêter les 95 ans de ma mère. Elle vit dans un home et respire la joie de vivre. Mais régulièrement, désignant des compagnes en pleine déchéance, elle nous supplie, mon frère et moi en nous disant : « Surtout ne me laissez pas vivre ainsi. » Et je trouve sa demande très digne et éminemment respectable et que personne n'a à s'en mêler. C'est son choix et ce serait bien la moindre des choses que de respecter ses dernières volontés.

Alors quand je lis que vous voulez, loin de s'en tenir au colloque singulier patient-médecin, vous voulez en

plus y ajouter, non seulement l'équipe soignante ce que je veux encore bien admettre, mais en plus le kiné et surtout un psychiatre. Alors là je crois rêver. En fait vous rejoignez le discours du PSC : oui à l'euthanasie en cas de souffrances intolérables, de maladie incurable, et en phase terminale. Pour de tels cas est-il vraiment nécessaire de tant s'agiter.

Il me semble enfin que toutes ces craintes témoignent d'une grande défiance vis-à-vis du corps médical. Car enfin, nous leur confions régulièrement notre santé et leur faisons confiance pour des décisions extrêmement importantes. Mais là tout d'un coup, en fin de parcours, nous considérons qu'ils sont capables des pires crimes, et qu'il faut les entourer de garde-fous et surtout ne pas les croire s'ils disent que tel patient leur a demandé de l'aider à mourir. Qu'il faille prévoir un minimum de procédure, afin de pouvoir exercer un contrôle, a posteriori pour moi et uniquement sur plainte, tout à fait d'accord.

Un bon point cependant, vous dites, en parlant de patients, conscients ou non, dont le traitement curatif est devenu insensé, qu'il « faut permettre aux médecins de continuer à agir ainsi », c'est-à-dire mettre fin à la vie de ces patients.

Finalement ce qui m'importe le plus c'est que la loi reconnaisse la valeur du « testament de vie ». Car il s'agit là de la démarche la plus claire et la moins ambiguë possible. C'est la demande formulée par celui qui dit à l'avance, en pleine conscience, qu'il refuse une vie indigne de l'homme, c'est-à-dire de la perte de tout ce qui fait sa spécificité d'homme par rapport au reste de la création. Pour moi cela consiste essentiellement en la possibilité d'encore exercer une activité intellectuelle et de pouvoir communiquer de manière consciente, par la parole ou l'écrit. Et cela indépendamment de toute notion de souffrance physique et du temps que pourrait encore battre mon cœur. La survie des fonctions physiologiques d'un légume ne m'intéresse guère.

Il s'agit donc simplement de faire connaître ma volonté lorsque je ne suis plus en mesure de l'exprimer, ce qui devrait plutôt soulager le médecin et simplifier la procédure. J'espère que vous ne partagez pas ce qu'en dit la brochure du PSC : « cette déclaration anticipée prive le patient inconscient de la possibilité éventuelle de se rétracter ». C'est ridicule : si le patient est inconscient, je le vois mal se rétracter. Restons sérieux. Par contre je suis entièrement d'accord pour limiter la durée de validité d'un tel testament, en prévoyant sa confirmation annuelle, par exemple, en le signant et le datant.

J'ose espérer que la loi qui sera finalement adoptée, respectera au mieux la liberté du patient, exprimée de vive voix ou dans un testament de vie, de même que celle du médecin, et que la loi ne sera pas vidée de tout sens pratique à la suite d'une série de compromis entre partis.

Quand on pense à la manière dont les choses se passent en Hollande, on se dit que nous avons perdu beaucoup de temps et d'énergie, à vouloir à tout prix faire autrement. Mais c'est un peu le propre des politiques me semble-t-il, de chaque fois vouloir réinventer la roue, sans se préoccuper de ce qui fonctionne déjà chez d'autres.

Espérant pouvoir continuer à accorder ma confiance aux Écolos, veuillez agréer, Madame la Sénatrice, l'expression de mes salutations les meilleures.

J.-P. Jaeken

DÉBAT TÉLÉVISÉ « MISE AU POINT »

(RTBF 26 novembre)

UNE LETTRE DE NOTRE PRÉSIDENTE AUX PARTICIPANTS

Aux sénatrices Marie Nagy, Clotilde Nyssens, et sénateurs Georges Dallemagne, Alain Destexhe, Paul Galand, Philippe Mahoux, Philippe Monfils

Mesdames les Sénatrices, Messieurs les Sénateurs,

Dans l'émission « Mise au point » du 26 novembre, il a été dit par l'un de vous qu'il n'était pas légitime de légiférer sur l'euthanasie parce qu'elle ne concernerait que **0.1 à 0.2 %** des patients.

Nous nous permettons d'attirer votre attention sur les résultats de la première étude de grande envergure faite dans notre pays qui viennent d'être publiés dans le « Lancet »². Réalisée en Flandre, cette étude montre que **4,4%** des décès sont dus à un geste actif du médecin avec l'intention de provoquer le décès (soit plus de **4.000** personnes chaque année pour l'ensemble du pays), dont **1,2%** à la demande explicite du patient et **3,2%** sans cette demande. Il est particulièrement intéressant de rappeler que l'étude de l'École de Santé publique de Rotterdam, publiée en 1995³ a montré qu'aux Pays-Bas, **3,3%** des décès sont dus à un geste actif du médecin avec l'intention de provoquer le décès, dont **2,6%** à la demande explicite du patient et **0,7%** sans cette demande.

Ces chiffres ne prennent pas en compte l'administration d'opiacés à des doses éventuellement susceptibles de raccourcir la vie qui s'élèvent, tant en Belgique qu'aux Pays-Bas à près de 18% des décès.

Le fait que dans notre pays la proportion de décès délibérément provoqués sans demande explicite du patient est plus de **4 fois supérieure** à celle des Pays-Bas (alors que le nombre total de décès dus à un geste actif est similaire) est interprété dans cette étude comme liée au moins en grande partie à l'interdit de l'euthanasie qui interfère avec une discussion franche

sur l'administration éventuelle de drogues létales.

Nous restons à votre disposition si vous souhaitez d'autres précisions et vous prions de croire, Mesdames et Messieurs les Sénateurs, à nos sentiments distingués.

Jacqueline Herremans

Nous reproduisons ci-dessous un article signé par six médecins chefs de service hospitaliers ou professeurs d'université, paru en « Carte Blanche » dans le journal « Le Soir », à la suite des prises de position des partis chrétiens et de certains sénateurs PRL et écolos tendant à limiter la possibilité de l'euthanasie aux malades dont la mort est proche.

EUTHANASIE : ATTENDRE LA « PHASE TERMINALE » ?

LE SOIR 6 septembre 2000

Lorsque le Comité consultatif de bioéthique débattit en 1997 de l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, rares furent ceux qui refusèrent catégoriquement la légitimité d'un tel acte au nom de l'interdit religieux rappelé par Jean-Paul II dans son encyclique « *Humanae Vitae* ». Personne non plus ne semblait vouloir limiter l'euthanasie à un geste n'abrégant les souffrances que lorsque le malade est mourant : il est d'ailleurs notoire que la pratique médicale, par simple souci d'humanité, fait généralement en sorte d'adoucir les derniers instants.

La question essentielle était de permettre aux malades en souffrance irréductible d'échapper, s'ils le souhaitent, à une période d'attente de la mort qui aurait perdu toute signification humaine, période précisément d'autant plus pénible qu'elle est longue. Car c'est dans ces situations que la loi pénale actuelle est à l'origine de drames inacceptables dont on apprend la fréquence depuis que le débat a attiré sur eux l'attention des médias.

¹ Lancet 2000 ; 356 : 1806-11,

² N Engl J Med 1996 ; 335 : 1699-705

Dans cet esprit, la proposition de loi déposée par six sénateurs de la majorité « arc-en-ciel » reconnaît la légitimité de l'euthanasie quel que soit le stade de la maladie, pour autant que les souffrances soient intolérables et irréductibles. Par contre, celles du CVP et du PSC ne l'admettent que lorsque la mort est imminente (sans parler des nombreuses conditions restrictives à remplir et du maintien explicite de l'interdit pénal de « tuer »). Quant au texte présenté après les auditions par quelques sénateurs libéraux et écolos, il se veut un compromis qui permettrait de garantir la sécurité juridique du médecin comme le fait la proposition « arc-en-ciel », mais en limitant, comme les propositions des partis chrétiens, la légitimité de l'euthanasie au moment où le décès est « inéluctable à court terme ».

Imposer le terme « naturel » de la maladie ?

Au risque de se répéter, il faut rappeler que le but d'une législation concernant l'euthanasie est de permettre au patient en attente de la mort de refuser des souffrances qu'il estime insupportables, inutiles et dégradantes et d'obtenir, à sa demande, une mort prématurée. Exiger, pour permettre l'euthanasie demandée, que la mort soit proche revient par contre à lui imposer ces souffrances jusqu'au moment où la maladie l'a conduit au terme « naturel » de sa vie.

Mais qu'est donc la « phase terminale » d'une maladie ? Lors des auditions, la difficulté de la définir est apparue avec évidence. Le seul intervenant qui se hasarda à être précis fut le philosophe Etienne Vermeersch qui, tout en reconnaissant le caractère arbitraire de sa proposition, avança « à titre d'exemple » qu'elle pourrait désigner une période de 20 jours précédant le décès (lors d'une émission télévisée ultérieure à la VRT, il l'élargit à 30 jours). D'autres proposèrent des périodes comprises entre quelques jours et quelques mois avant le décès. D'autres encore suggérèrent de définir cette phase, plus vaguement, comme celle où le décès dû à l'affection dont le patient est atteint est inéluctable dans un délai prévisible. Dans l'Etat d'Oregon, aux Etats-Unis, la loi assure aux incurables l'assistance médicale au suicide et limite cette possibilité aux six mois qui précèdent le décès prévisible. Enfin, la réglementation belge concernant l'intervention financière forfaitaire pour les patients souhaitant mourir à domicile définit comme patient « palliatif » celui dont le décès est attendu dans un délai « assez bref, de 24 heures à 3 mois », ce qui peut être interprété comme une estimation de la durée de la « phase terminale » de la vie.

Mais dans la réalité médicale, il n'est généralement possible de prévoir le moment du décès qu'aux dernières heures ou jours de la vie : même une définition « large » de la phase terminale ne permettrait donc pas d'éviter que toute décision d'euthanasie soit

repoussée jusqu'à l'approche du décès pour éviter l'insécurité juridique redoutable créée par l'imprécision de cette notion.

Pourquoi une telle clause ?

L'insistance de certains à vouloir imposer la clause du décès proche repose sur deux présupposés.

Le premier, de nature religieuse, est ouvertement revendiqué par le CVP qui se réfère à la tradition judéo-chrétienne et il transparaît dans la proposition du PSC : l'homme n'a pas de droit sur sa vie et il faut donc mourir à l'heure fixée par la « Nature ». Cette même idée se retrouve sous une formulation différente chez certains laïques : l'euthanasie est un « mal » dont il faut limiter au maximum le rôle dans le processus de mort. Dans ces deux conceptions, la « faute » liée à l'euthanasie serait plus pardonnable si la vie n'est écourtée que de peu...

Le second est le risque d'« abus », c'est-à-dire d'euthanasies médicalement injustifiées. Limiter les actes d'euthanasie à la phase terminale serait une mesure de précaution sous-tendant l'idée que de tels actes seraient moins graves s'ils étaient commis alors que la mort naturelle est de toute façon proche. Cet argument fait fi de la conscience du médecin et de la déontologie professionnelle. De plus, il ne prend pas en compte les contraintes légales prévues par la proposition de loi : consultation d'un second médecin, avis extérieurs, contrôle des déclarations de décès. Mais surtout, curieusement, il oublie que ce sont précisément les patients en « phase terminale » qui sont les plus vulnérables et donc les plus à protéger d'éventuels abus, de sorte que la « précaution » proposée apparaît totalement inadéquate.

Refuser une loi en trompe-l'œil

N'autoriser l'euthanasie demandée que dans les derniers jours de la vie reviendrait à ignorer la raison essentielle du débat actuel et le sens de la législation en discussion : le droit à l'autonomie face à la souffrance et à la mort. Il faut espérer que les sénateurs ne concluront pas des mois de réflexions et de débats par une loi qui ne serait que du trompe-l'œil.

Dr Dominique Bron, Présidente du Comité d'éthique de l'Inst.Bordet ULB

Dr François Damas, Chef du service des soins intensifs CHR Citadelle ULg

Dr Marc Englert, Prof. honor. à l'ULB

Dr Georges Primo, Professeur hon. à l'ULB, Membre de l'Académie royale de Médecine

Dr Jeanine Stiennon-Heuson, Prodoyen de la Faculté de médecine UM-H

EN BELGIQUE

UNE ENQUÊTE INTERUNIVERSITAIRE EN FLANDRE SUR LA FIN DE LA VIE

La prestigieuse revue médicale « The Lancet » publie dans son numéro du 25 novembre 2000 une étude émanant de la VUB, de l'université de Gand et de l'université de Nimègue (Pays-Bas) concernant la fréquence des décisions médicales de mettre activement fin à la vie en Flandre. Le résultat le plus significatif de cette étude est que si les décisions de mettre fin à la vie prises par le médecin sont de 4,4% des décès en Flandre et de 3,3% des décès aux Pays-Bas, celles prises **sans** demande explicite du patient sont près de 4 fois plus fréquentes en Flandre (3,2% de l'ensemble des décès) qu'aux Pays-Bas (0,7%). Ce résultat est interprété comme le résultat probable de l'interdit de l'euthanasie dans notre pays.

ndlr : Cette fréquence de décisions de mettre fin à la vie sans demande du patient dans notre pays ne doit pas étonner. Il ne faut pas oublier que si le médecin est opposé à l'euthanasie, il est naturel qu'il soit tenté de ne pas entendre les demandes ou de les interpréter (les « décoder » selon le terme consacré) de manière à les récuser. Il n'a d'ailleurs guère d'autre solution : à supposer qu'il le veuille, il est pratiquement impossible de transférer le malade vers d'autres soignants pour un acte considéré par la loi comme un assassinat. Quant aux médecins favorables à l'euthanasie, il est rare qu'ils soient en situation de secret : il y a presque toujours des gens dont on ne peut pas savoir en fin de compte quelle sera leur réaction. Le résultat est que les euthanasies pratiquées à la demande du patient sont rares et que la maladie évolue jusqu'à l'agonie : à ce moment, si elle se passe mal, il est fréquent que le médecin l'abrège mais l'état du malade est alors souvent tel qu'il n'est plus capable de formuler la moindre demande.

UNE ENQUÊTE MENÉE DANS CINQ PAYS EUROPÉENS (BELGIQUE, ESPAGNE, FRANCE, ITALIE, PORTUGAL) : SOINS PALLIATIFS ET EUTHANASIE

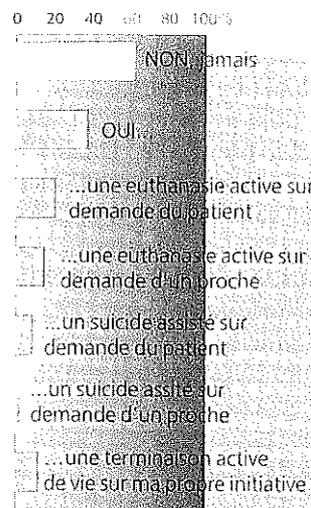
La revue bimestrielle *Test Santé* publie dans son numéro 40 (décembre 2000/janvier 2001) les résultats d'une enquête qui concerne pour la Belgique les 3142 réponses reçues (médecins, infirmières, proches de patients décédés, personnes représentatives de la population belge).

Nous en reproduisons ci-après, les principaux résultats sous forme de graphiques.

Ils confirment que les positions que nous défendons correspondent bien à une *réalité* tant au niveau du personnel soignant que de la population. Il faut relever aussi que contrairement à certaines affirmations, un pourcentage significatif de médecins se prononce en faveur d'une légalisation de l'euthanasie, ce qui s'est d'ailleurs traduit par les 2500 réponses positives que nous ont adressées des médecins à la suite de l'« Appel » que nous leur avons adressé.

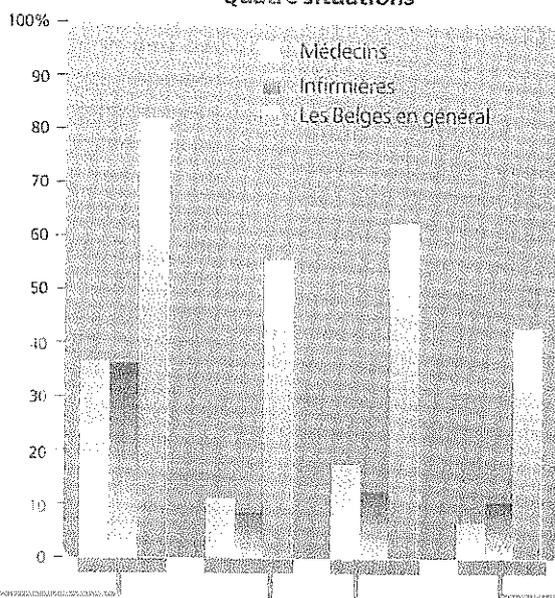
Il est aussi intéressant de constater par ailleurs que 84 % des personnes estiment que les médecins et les proches devraient être contraints légalement à se conformer aux clauses d'une « déclaration de volonté ». 75 % de celles-ci recourraient à ce « testament » s'il avait valeur légale. Il est également instructif de constater que la Belgique est reconnue pour posséder et développer des soins palliatifs de qualité.

1. En tant que médecin, avez-vous déjà pratiqué une euthanasie ?



2. Faut-il légaliser l'euthanasie active ? Quatre situations

CAS 1
Un adulte souffrant d'une maladie incurable très douloureuse, dont les jours sont comptés et qui demande que l'on mette un terme à son existence.

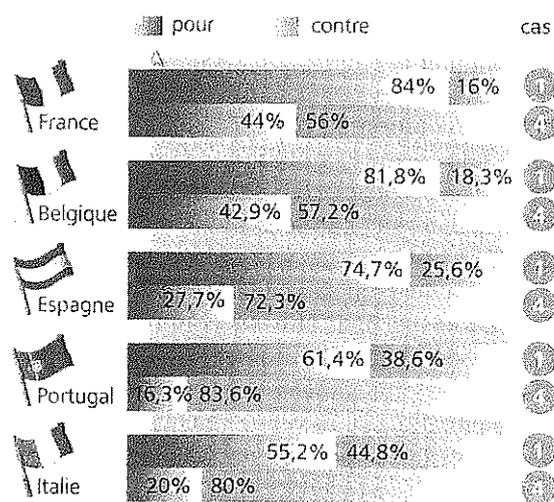


CAS 2
Un adulte atteint d'une maladie incurable qui n'est pas en phase terminale mais doit faire face à des douleurs chroniques et à une gêne extrême qui détériorent sa qualité de vie. Cet adulte souhaite mourir et demande l'aide du médecin.

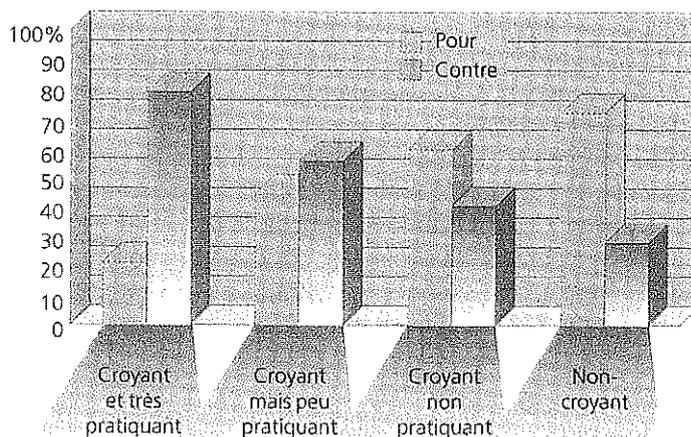
CAS 3
Un adulte dans un état de santé critique sans possibilité d'amélioration, mais incapable d'exprimer sa volonté et dont les proches demandent au médecin qu'il mette fin à ses jours.

CAS 4
Un enfant de trois ans atteint d'une maladie incurable et devant faire face à des douleurs chroniques sévères. Ses parents demandent qu'on l'aide à mourir.

3. Légaliser l'euthanasie active ? L'opinion de la population générale dans les 5 pays de l'enquête à propos de deux cas : 1 = adulte conscient / 4 = jeune enfant (voir aussi graphique 2).



4. Les opinions sur l'euthanasie selon la ferveur religieuse. (moyenne des 5 pays)



SOINS PALLIATIFS

d'après La Libre Belgique des 8 septembre,
19 et 25 octobre 2000

Les ministres des Affaires sociales, Frank Vandebroucke (SP) et de la Santé, Magda Alvoet (Agalev) ont été entendus le 24 octobre par les Commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat à propos du plan gouvernemental sur les soins palliatifs. Celui-ci recueille l'assentiment tant de la majorité que de l'opposition.

Au montant d'un milliard et 4 millions déjà prévu à ce jour pour les soins palliatifs, viendront s'ajouter un milliard et six millions sur deux ans, dont 900 millions en 2001. Les mesures envisagées veulent notamment développer les soins palliatifs à domicile.

Il est prévu :

- d'accorder le « forfait C » aux patients palliatifs, c'est à dire 1.309 FB en semaine et 1.949 FB le week-end
- de supprimer le « ticket modérateur » des patients palliatifs qui doivent appeler leur généraliste
- d'étendre le forfait (19.500 FB par mois) de soins palliatifs à domicile de deux à trois mois
- de développer la formation en soins palliatifs des prestataires de soins ainsi que celle du personnel des homes pour l'accompagnement des mourants.

LA PERSONNE HANDICAPÉE FACE À L'EUTHANASIE

Solidarité Santé, n° 21, septembre-octobre 2000

Interview de Gisèle Marlière, secrétaire nationale de l'Association socialiste de la Personne handicapée (ASPH).

Il y a plusieurs mois déjà, la commission sénatoriale de la Justice et des Affaires sociales a entamé un débat sensible sur l'euthanasie.^{4} Ce débat est en cours. Il soulève de multiples réactions. A-t-il une coloration particulière pour la personne handicapée ?*

Le handicap n'entraîne pas une demande plus fréquente de recours à l'euthanasie chez les personnes handicapées. Cela, il faut le dire d'entrée de jeu. Il y a, chez les personnes handicapées, un dynamisme, une soif de vivre et une volonté de s'assumer qui sont aux antipodes du découragement et du désespoir.

* Voir à cet égard l'interview de Philippe Mahoux dans le magazine Solidarité-Santé de mars-avril 2000

C'est un portrait auquel le grand public n'est pas habitué ?

La personne handicapée est une leçon pour les autres. Au lieu de la regarder avec compassion, il faudrait la regarder avec admiration. Les personnes handicapées mènent un combat soutenu pour leur intégration. C'est un combat collectif et c'est un combat personnel. C'est un combat de tous les jours. Elles doivent faire face parfois à des difficultés insurmontables dans un monde qui est d'abord pensé pour les gens en pleine forme physique. Vous savez, la situation de handicap construit celui qui doit l'assumer. Elle l'oblige à dépasser ses limites, à effectuer constamment des démarches pas toujours faciles pour avoir simplement le droit de vivre socialement. Toutes les personnes handicapées que je rencontre manifestent cette volonté inébranlable d'être dans la société et pas à côté. Bien sûr, il y a des moments de lassitude voire de découragement. Mais il y a aussi des moments de bonheur. Et il y a un désir très fort de vie. Voilà pourquoi je pense que la question de l'euthanasie n'a pas de spécificité pour la personne handicapée.

Que pensez-vous des actuelles propositions sur l'euthanasie, comme responsable d'une association qui défend la personne handicapée ?

L'actuel débat a le mérite de clarifier les choses. Aujourd'hui, les actes d'euthanasie existent mais dans une espèce de semi-clandestinité. La loi doit donc changer. Il faut protéger le malade et le médecin, pour assurer le droit de mourir dans la dignité quand il n'y a plus d'autre issue.

C'est-à-dire ?

Devant une dégradation de santé telle que l'espoir d'amélioration n'existe plus et où il devient impossible de vivre dignement parce que la souffrance devenue insupportable résiste à tout, l'être humain doit pouvoir exprimer son choix de fin de vie. Bien sûr, la demande doit être reçue et vérifiée avec toutes les précautions à même de lui ôter toute ambiguïté. Cette vérification est essentielle et elle ne doit pas occulter la demande par des considérations philosophiques ou idéologiques. Mais, la vérification faite, la demande doit être entendue.

Vous savez, l'évolution de certains handicaps place la personne dans une situation dramatique de dégradation, de déchéance et de détresse. Quand la demande d'euthanasie survient alors, elle n'est pas synonyme d'un manque de volonté ou de courage à assumer son handicap ou sa maladie. C'est un choix de vie. Un tel choix ne peut être vu comme un acte de fuite. Il s'agit de choisir le moment d'écrire le point final de son histoire personnelle parce que cette histoire personnelle est devenue intenable. J'espère ainsi que le Législateur pourra conclure cette année.

Propos recueillis par Richard Lorent

UNE PÉTITION D'OPPOSANTS À LA DÉPÉNALISATION

Un groupe d'opposants à la dépénalisation de l'euthanasie dénommé « Groupe de travail euthanasie » mis sur pied par « Le Journal du Médecin » et son homologue flamand « Artsenkrant » a annoncé à grand fracas par une conférence de presse le décembre avoir déposé sur le bureau du Sénat une pétition signée par plus de 3000 personnes dont environ deux tiers de médecins. Le texte déclare ne pas s'élever contre l'euthanasie « dans des situations exceptionnelles » mais ne pas accepter sa dépénalisation, et demande un arrêt des débats et un « approfondissement de la discussion » par « un débat authentique et ouvert ».

Malgré l'amiguïté de ce texte qui évite d'attaquer le principe de la légitimité de l'euthanasie mais essaye de faire croire qu'on peut à la fois être favorable à l'euthanasie et contre sa dépénalisation, malgré le fait que le « Journal du médecin », distribué gratuitement deux fois par semaine à tous les médecins du pays, l'ait répercuté plus d'une fois, le succès a été très mitigé puisque seuls près de 2.000 médecins (francophones et flamands) l'ont finalement signé. Nous avons immédiatement réagi par le communiqué de presse suivant qui a été adressé aux médias et nous en avons averti les sénateurs des commissions de la Justice et des Affaires sociales.

Bruxelles, le 20 décembre 2000

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DE L'ADMD

Un « groupe de travail » dénommé « Euthanasie » fait état ce jour de l'appui de 3.000 signataires, dont deux tiers de médecins, à un texte ambigu, présenté comme nettement opposé à la dépénalisation de l'euthanasie alors qu'il se borne à demander un débat « authentique et ouvert » et à se prononcer contre « la sortie de l'euthanasie du code pénal » (ce qui n'est même plus d'actualité).

Nous opposons à cette pétition de 3.000 personnes, celle de l'ADMD et de sa consœur flamande RWS qui a réuni les signatures de plus de **12.000** personnes parmi lesquelles **2.500 médecins**, généralistes et spécialistes dont de nombreux chefs de services universitaires, plus de **1.000 personnalités** de diverses disciplines dont plusieurs **recteurs** et **vice-recteurs** et **professeurs** de nos universités, et des **milliers** de membres et sympathisants de nos associations, en faveur d'une dépénalisation claire et sans équivoque de l'euthanasie avec les caractéristiques suivantes :

- demande à la fois ferme et constante d'une personne présentant une affection incurable non susceptible d'amélioration et provoquant des souffrances insupportables
- avis d'un second médecin extérieur à la relation thérapeutique
- liberté de conscience pour tout médecin
- consultation de toute personne avec l'accord du patient sans que les avis recueillis n'aient un caractère contraignant, la décision finale restant du ressort exclusif du malade et du médecin
- sécurité juridique assurée pour le médecin
- contrôle grâce aux déclarations de décès et évaluation périodique évitant une procédure inutilement lourde
- prise en considération pour un patient devenu irréversiblement inconscient d'une déclaration rédigée anticipativement (testament de vie)
- développement des soins palliatifs sans que cette option ne se transforme en obligation pour le patient

Nous vous adressons par courrier les listes de noms des médecins et des personnalités signataires.

Nous vous prions d'accorder à ce communiqué le même écho qu'à la pétition du « groupe de travail euthanasie » et nous vous en remercions.

Pour le Conseil d'administration de l'ADMD,
Jacqueline Herremans

NOUVELLES DE L'ADMD

CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 11 NOVEMBRE

Les membres y ont accueilli le professeur **Jean-Jacques Body**. Interniste, oncologue et endocrinologue, le professeur Body, responsable du service de « soins supportifs » de l'Institut Jules Bordet, a manifesté son intérêt pour notre action et son intention d'y prendre une part active.

ACTIVITÉS DU DERNIER TRIMESTRE

Un dossier, consacré à l'étude de plus de huit cents « testaments de vie » a été remis aux sénateurs.

La conférence qui a eu lieu au Théâtre de Poche le 7 novembre dernier, et qui réunissait Roger Lallemand, Yvon Englert et Jacob Kohnstamm, a été suivie avec intérêt et attention par un public très nombreux, en particulier l'intervention du président de la NVVE, le sénateur Kohnstamm, à quelques semaines du vote par la deuxième chambre des Pays-Bas de la loi de dépénalisation de l'euthanasie. La lecture par des comédiens d'extraits des livres de Jean-Marie Lorand était également un moment très fort.

Notre présidente a participé à une « Table ronde Euthanasie » organisée par le Journal du Médecin avec les docteurs François Damas, Dominique Lossignol, tous

trois défendant le principe d'une dépénalisation de l'euthanasie. Les opposants à cette position étaient les docteurs Jean Creplet et Nathan Clumeck ainsi que le professeur Mylène Baum de l'UCL. Au cours de ce débat qui a été reproduit par le Journal du Médecin, l'on a pu constater que sur certains points, il était possible de faire un bout de chemin avec Mylène Baum voire avec Nathan Clumeck.

Participation du Dr Dominique Bron et de Jacqueline Herremans au débat organisé par RTL-TVI le 15 décembre, après la projection du document « Chronique d'une mort décidée » réalisé par J.-M. Lorand et Vincent Fooji sur les dernières semaines de Jean-Marie Lorand.

Participation du Dr Marc Englert au débat organisé à l'Hôpital Brugmann le 13 décembre par le sénateur A. Destexhe

Divers articles ont été publiés ainsi qu'un éditorial de la Revue médicale de Bruxelles

Deux conférences ont été données par Jacqueline Herremans, le 28 novembre à Mouscron et le 7 décembre à Luxembourg-ville à l'invitation de l'association luxembourgeoise ADMD-L en présence du sénateur écolo luxembourgeois Huss, par ailleurs vice-président de l'ADMD-L.

L'Association pour le droit de mourir dans la dignité a vu son antenne créée à Mouscron il y a trois mois. Elle propose une conférence pour faire le point sur l'euthanasie.

L'éthique permet-elle de donner volontairement la mort pour abréger les souffrances, ou une existence qui, déjà, s'est détachée de la véritable vie ?

Si l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) a été constituée chez nous en 1982, des groupements similaires existent dans d'autres pays d'Europe et à l'extérieur des frontières de celle-ci. Président de la Maison de la Cité de Mouscron-Comines-Estaimpuis, Roger Douterluingne est aussi le représentant de l'ADMD pour la région. « J'ai été amené à créer un Service d'aide laïque à Mouscron. Celui-ci s'adresse aux patients qui le désirent, dans des hôpitaux et dans des homes. Nous tentons de les

aider, de les rassurer », explique-t-il. Roger Douterluingne a participé à une formation pour le suivi de personnes se trouvant aux soins palliatifs, avant d'être confronté à « la vie finissante ». Des contacts qui l'ont, de plus en plus, sensibilisé à « l'acharnement thérapeutique parfois excessif, alors que certaines personnes demandent à mourir. Mais les médecins ne peuvent répondre à cette demande, ils craignent des suites... »

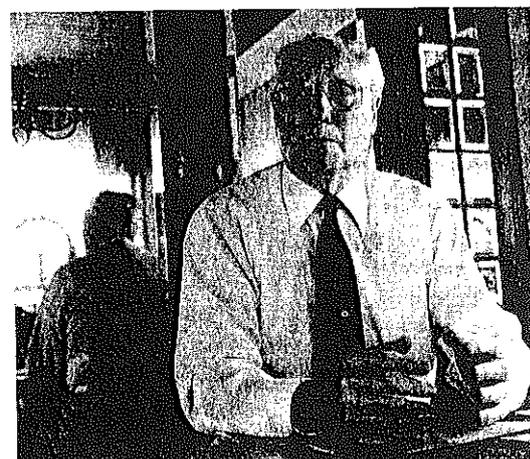
D'autres Jean-Marie...

On se souvient de l'histoire de Jean-Marie Lorand qui, après un long et douloureux calvaire, a eu recours à l'euthanasie. Il l'avait longuement réclamée avec dé-

termination, après réflexion comme il le disait lui-même. Si elle n'est toujours pas autorisée en Belgique, un médecin lui a cependant accordé le droit à une « mort digne ». « Ce médecin a été impliqué, puis relaxé, probablement parce qu'on se rend compte qu'une nouvelle législation va sortir », estime Roger Douterluingne.

Par ailleurs, 2.400 médecins se sont faits les signataires d'une demande de dépénalisation de l'euthanasie. Pour le représentant mouscronnois de l'ADMD, davantage de praticiens pourraient se rallier à cette cause mais restent dans l'expectative en attendant l'établissement d'une loi qui irait en ce sens. « Il y a des précautions à prendre, admet-il, il faut vraiment que les demandes soient répétées, que les familles soient consultées. C'est aussi pour qu'il n'y ait pas d'abus qu'une législation doit être mise au point. »

Si, chez nous, l'euthanasie est pénalement reconnue



Roger Douterluingne : « On ne veut pas voir souffrir ceux qu'on aime quand on sait qu'il n'y a plus d'espoir ». (Photo Hubert VAN MAELE)

comme étant un assassinat, elle vient d'être dépénalisée dans l'un de nos pays voisins : la Hollande.

L'ADMD a également créé le « testament de vie ». Il s'agit d'un document, non pas fort d'une valeur légale, mais morale. Outre l'identification du demandeur figurent celles de trois garants qui

sont des membres de la famille de celui-ci, un médecin,...

Cette demande, de cesser de prodiguer des soins ou d'aider à mourir, est transférée dans une « banque » contenant l'ensemble des testaments de vie.

Nathalie REMY

(Nord Eclair, éd. Hainaut, 7 novembre 2000)

A L'ÉTRANGER

CITÉ DU VATICAN

D'après l'AFP

Le Vatican a très vivement critiqué la légalisation de l'euthanasie aux Pays-Bas. « *L'approbation d'une loi qui viole la dignité de la personne humaine et qui oppose les législateurs à l'opinion publique (sic !)* est une triste primeur pour les Pays-Bas. Cette loi est en contradiction avec la déclaration de Genève de 1948 de l'association médicale mondiale ainsi qu'avec les principes d'éthique médicale approuvés par 12 pays de la Communauté européenne en 1987. On se trouve confronté à une loi de l'État qui s'avère contraire à la loi naturelle de la conscience de chacun » a affirmé le porte-parole du Vatican Joaquin Navarro.

UNE CONTESTATION DE LA REPRÉSENTATION DU VATICAN DANS LES ORGANISMES INTERNATIONAUX

DES DÉPUTÉS EUROPÉENS DES TROIS PARTIS DE LA COALITION AU POUVOIR AUX PAYS-BAS ONT LANCÉ LE 18 NOVEMBRE DERNIER UNE CAMPAGNE POUR DEMANDER QUE LE VATICAN NE SOIT PLUS REPRÉSENTÉ COMME ÉTAT DANS LES ORGANISMES DE DÉCISION INTERNATIONAUX COMME LES NATIONS UNIES. ILS JUGENT QU'EN TANT QU'ÉTAT, LE VATICAN PEUT CONTRIBUER À BLOQUER DE NOMBREUSES DÉCISIONS NOTAMMENT EN MATIÈRE DE DROITS DES FEMMES ET DE LUTTE CONTRE LE SIDA LORS DES CONFÉRENCES DES NATIONS UNIES.

CONSEIL DE L'EUROPE

D'après l'AFP

Mme Gatterer, rapporteuse du dossier « Euthanasie » de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a invité le Sénat des Pays-Bas à ne **pas** approuver la loi qui vient d'être votée par la Chambre et qui légalise la pratique de l'euthanasie.

Il convient de rappeler que les Recommandations du Conseil de l'Europe n'ont de toute façon aucune valeur contraignante pour les États.

RÉACTION DE LA FÉDÉRATION HUMANISTE EUROPÉENNE

La Fédération humaniste européenne (FHE), dans un communiqué de presse du 1^{er} décembre estime que « **cette interprétation est particulièrement choquante et abusive car, au nom du « droit de vie », elle ne tient aucun compte de la volonté des personnes, malades incurables ou en fin de vie. Le droit à la vie est transformé en une obligation de vivre, même en situation de grande souffrance** ».

Elle s'indigne que Mme Gatterer outre passe ses compétences en s'érigeant en autorité morale dogmatique et en voulant décider à la place des personnes ce qui porte atteinte à leur dignité.

La FHE et les humanistes et laïques européens défendent le droit à « une mort digne ». Ils n'ont pas de leçon à recevoir sur les Droits de l'Homme venant d'une représentante d'un parti européen qui accueille en son sein les amis de Jorg Haider. **La FHE invite les parlementaires et démocrates européens à mettre fin à de telles tentatives d'intimidation** ».

ndlr. Nous ne pouvons qu'approuver les termes de ce communiqué et nous rappelons à nos lecteurs que nous avons relaté nos diverses réactions à la « Recommandation » du Conseil de l'Europe visant à maintenir l'interdiction de l'euthanasie dans notre bulletin n° 73 de septembre 1999.

ESPAGNE

Le parlement de Catalogne a approuvé la reconnaissance légale du testament de vie. Le texte de cette loi ne nous est pas encore parvenu.

ÉTATS-UNIS

État d'Oregon

Bulletin ADMD France n°75, mai 2000

Appliquée depuis deux ans, la loi autorisant le suicide médicalement assisté a fait l'objet d'un rapport statistique de la part du Département de la Santé. Il en ressort que 16 malades utilisèrent cette législation en 1998 et 27 en 1999. Ce dernier chiffre, bien que plus élevé que celui de l'année précédente, est faible compte tenu du nombre total des décès dans l'État d'Oregon qui est de 29.281.

Le rapport apporte les précisions suivantes. En 1999, à la demande des patients, il fut fait 33 ordonnances pour des doses létales de médicaments. 27 en usèrent ; 5 décédèrent de leur maladie et 1 était encore en vie fin 1999. L'âge moyen des 27 malades était de 71 ans : 17 étaient en phase terminale de cancer, 6 avaient une maladie chronique de poumon et 4 une sclérose amyotrophique latérale. Tous ces malades bénéficiaient d'une assurance maladie et 21 résidaient dans un établissement de soins palliatifs. Ces derniers souhaitèrent cependant hâter leur fin, alors qu'ils étaient dans des établissements spécialisés pour la lutte contre la douleur.

Par ailleurs, afin de rendre quasiment impossible l'application de cette loi, la Chambre des Représentants au mois d'octobre, a voté une proposition de loi qui empêcherait les médecins de prescrire des doses létales de médicaments aux patients en phase terminale de maladie. La Commission juridique du Sénat, qui est saisie du dossier, devait voter fin mars sur cette proposition, mais son examen a été reporté à une date ultérieure indéterminée.

Contrairement à une opinion très répandue, les chrétiens ne sont pas en majorité opposés au droit de mourir dans la dignité. 86 % des Américains se disent de religion chrétienne et divers sondages indiquent que 60 à 70 % de la population est en faveur du suicide assisté et de l'euthanasie – ce qui signifie qu'un fort pourcentage est partisan de la liberté de choix. Seulement 7 à 8 % de la population se reconnaît comme agnostique.

État du Maine

d'après Ergo, 10 juin et 9 novembre 2000

Le référendum sur le « Main with Dignity Act » que nous annoncions dans le bulletin de juin a eu lieu le 7 novembre. Il s'adressait à 67 % de la population en âge de voter. À la question « *Un adulte sain d'esprit atteint d'une maladie incurable au stade terminal (avec moins de 6 mois à vivre) devrait-il pouvoir obtenir l'aide d'un médecin pour mettre fin à ses jours ?* », 51.5 % ont répondu non, contre 48.5 % de oui.

L'écart est donc faible mais l'échec est évident. Les opposants, comme souvent, ont insisté sur la nécessité des soins palliatifs avant toute autre avancée en la matière. Leur campagne a été orchestrée par l'Église et les organisations de médecins.

SUISSE

Bulletin ADMD France n° 75, mai 2000

Le département fédéral de la Justice et de la Police avait nommé un groupe de travail, composé de spécialistes du droit, de la médecine et de l'éthique. Ces experts proposaient au Gouvernement que soit partiellement dépenalisée l'euthanasie. En conséquence, n'aurait plus été punissable celui qui par compassion pour une personne et sur sa demande instantane mettrait fin à une vie, qui ne consiste plus qu'en souffrances inutiles. Au mois de janvier dernier, le Conseil Général a discuté de l'assistance au décès, mais n'a encore choisi aucune option. Malgré l'avis de la majorité du groupe d'experts, le Gouvernement a chargé le Département Fédéral de la Justice et de la Police de préparer un rapport sur l'euthanasie à l'intention du Parlement. Ce texte devrait montrer les moyens d'introduire dans la loi les pratiques actuelles, mais il ne s'agirait pas encore d'un projet concret de révision du Code Pénal. Le Conseil Fédéral renonce donc à trancher actuellement.

L'association Exit Suisse Alémanique a subi de fortes turbulences depuis bientôt deux ans. Cet organisme qui a presque 20 ans d'existence regroupe 65.000 membres et a complètement renouvelé son organisation et ses dirigeants. L'Association est maintenant présidée par une femme, Elke Baezner-Sailer.

Rappelons que l'article 115 du Code Pénal ne punit l'assistance au suicide que si la personne qui y procède agit pour un « mobile égoïste » et que l'Association aide environ chaque année une centaine de personnes à quitter la vie.

DOSSIER

EUTHANASIE : VINGT ANS D'EXPÉRIENCE AUX PAYS-BAS

Cet article a été publié dans le magazine n° 285/novembre 2000
du Centre d'Action Laïque « Espace de Libertés »

Il y a quelque étonnement à constater que le débat actuel sur l'euthanasie demandée se déroule comme si tout était à inventer : on pourrait croire qu'on pénètre sur un terrain miné, dans un monde inconnu, où ceux qui refusent l'euthanasie par principe et reconnaissent ne l'avoir jamais pratiquée peuvent librement imaginer de multiples dangers.

Or, à 100 km de chez nous, dans un pays démocratique, aux institutions similaires aux nôtres, au système de santé comparable, l'euthanasie et le suicide médicalement assisté sont ouvertement pratiqués depuis près de vingt ans avec l'appui de l'écrasante majorité de la population, sous un contrôle constant des autorités judiciaires et médicales, et y font l'objet de publications de qualité incontestée dans les périodiques médicaux internationaux les plus sérieux. Un peu d'humilité devrait inciter à saisir la possibilité qui nous est ainsi donnée d'apporter des réponses objectives aux questions légitimes qu'on se pose plutôt que de fantasmer à tous propos. Nous essayerons ici de le faire brièvement.

Un peu d'histoire

Le point de départ des discussions sur l'euthanasie aux Pays-Bas est la condamnation par le tribunal de Leeuwarden, en 1973, d'un médecin qui avait injecté une dose mortelle à sa mère atteinte d'un cancer terminal, à la demande de celle-ci. Le tribunal a déclaré le médecin coupable, parce qu'il considérait que la loi ne lui laissait pas d'autres possibilités, mais il ne lui a infligé qu'une peine symbolique d'une semaine de prison avec sursis. La sentence était accompagnée des conditions qui, aux yeux des juges, justifiaient la clémence : *acte pratiqué par un médecin pour une malade incurable dont les souffrances étaient insupportables, à la demande expresse de celle-ci.* Quelques années plus tard, un arrêt de la Cour de Rotterdam ajoutera l'obligation pour le médecin de consulter un autre professionnel de la santé et remplacera le critère d'incurabilité de la maladie par la notion de *durée de la souffrance* et du *désir de mourir*

en l'absence d'une solution de remplacement acceptable par le malade. La requête du patient doit être le résultat d'une décision autonome, sans pression extérieure.

En 1984, une affaire d'euthanasie passe pour la première fois devant la Cour Suprême des Pays-Bas et se termine par un acquittement. Plusieurs autres affaires seront ensuite jugées devant différentes cours, aboutissant presque toujours à un acquittement si les conditions mentionnées ci-dessus avaient été respectées.

Une Commission d'État sur l'euthanasie publie son rapport en 1985 (1) et propose de modifier le Code pénal en considérant comme non punissable l'acte d'euthanasie pratiqué par un médecin, dans le cadre d'une action médicale consciencieuse ("*zorgvuldig medisch handelen*"), à l'égard d'un patient qui se trouve dans une situation désespérée, à la requête explicite de celui-ci. La Commission a aussi examiné la question d'une déclaration écrite préalable du patient et estime que celle-ci ne vaut que si le malade n'est plus en état d'exprimer oralement sa volonté : aussi longtemps qu'il en est capable, sa seule déclaration orale suffit et il peut à tout moment révoquer ou modifier sa déclaration écrite. La Commission considère que le médecin qui a pratiqué l'euthanasie doit indiquer sur le certificat de décès qu'il ne s'agit pas d'une mort naturelle ; il devra rédiger un rapport mentionnant de quelle façon les critères que la commission propose d'introduire dans le Code pénal ont été respectés et adresser ce document à l'officier de l'état civil.

Le projet de loi concrétisant ces recommandations est reporté pour permettre une enquête nationale préalable sur la manière dont la jurisprudence était appliquée. Celle-ci est confiée à une Commission placée sous la présidence du Procureur général de la Cour Suprême des Pays-Bas, le professeur Remmelink et l'Institut de Santé Publique de l'Université Erasmus de Rotterdam est chargé d'étudier les aspects proprement médicaux de ces décisions. Les principales conclusions de cette étude sont reprises plus loin. Une conférence des

Procureurs généraux et un accord conclu entre l'Association des médecins et le ministre de la justice précisent qu'entre-temps aucune poursuite ne serait engagée s'il apparaissait que les critères de « conduite médicale scrupuleuse » avaient été respectés ; la procédure de déclaration de décès en cas d'euthanasie est définie mais sera modifiée en 1998 à la demande du corps médical : au lieu d'être examinées par le Procureur de la Reine, les déclarations de décès par euthanasie le sont désormais par des commissions régionales mixtes comportant un médecin.

Enfin, en 1999, le gouvernement dépose devant les chambres un projet de loi donnant force légale à toutes ces dispositions en modifiant les articles 293 et 294 du Code pénal. Ce projet est actuellement en discussion au Parlement.

ndlr : Le projet a été approuvé à la Deuxième Chambre par 104 voix contre 40 le 28 novembre 2000 ; le vote au Sénat est prévu pour le début de l'année prochaine.

La position de corps médical

L'association médicale néerlandaise (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, KNMG) précise sa position en 1984 (2), puis en 1986. Elle estime que *l'euthanasie et l'aide au suicide devraient être considérées comme équivalentes, tant au point de vue légal qu'au point de vue moral et que le critère de phase terminale ne doit pas être retenu* ; ce qui compte, c'est la durée du *désir de mourir, le caractère inacceptable des souffrances et l'absence de tout espoir raisonnable d'amélioration*. Elle rejette la distinction entre souffrances physiques et morales mais précise que les plaintes dues exclusivement à des facteurs sociaux (sur lesquels la médecine n'a pas de prise) ou psychiatriques (qui suppriment le caractère libre et informé de la décision du patient) n'ont pas à être prises en considération.

Les conséquences de la dépénalisation

Plusieurs études ont été menées aux Pays-Bas, avec une méthodologie irréfutable, pour apprécier les conséquences de la dépénalisation de fait de l'euthanasie sur les attitudes médicales. Les conclusions des deux principales (3,4) peuvent être résumées de la manière suivante :

- Les médecins, dans leur grande majorité, sont favorables à la dépénalisation : seuls 4% d'entre eux s'y déclarent opposés et 8%, quoique favorables, ne la pratiqueraient pas eux-mêmes mais adresseraient le patient à un confrère.

- Un grand nombre de citoyens des Pays-Bas (34.000 en 1995) sollicitent de leur médecin la promesse formelle de pouvoir *éventuellement* compter sur leur aide active pour une euthanasie éventuelle. Ceci démontre que la dépénalisation donne la possibilité d'aborder franchement avec le médecin la question de la fin de vie. Près de 7% des malades atteints d'affection incurable sollicitent une euthanasie pendant le cours de leur affection. Plus de la moitié de ces demandes n'ont pas eu de suite, soit parce qu'elles ont disparu grâce aux traitements instaurés, soit parce que les conditions fixées par la législation n'étaient pas rencontrées. Quant au nombre d'euthanasies et de suicides assistés effectivement pratiqués, il a été de **2.700** (2,2% des décès) en 1990 et de **3.650** (2,7% des décès) en 1995 (ces chiffres sont ceux obtenus par les enquêtes auprès des médecins et incluent donc à la fois les euthanasies déclarées comme telles et celles non déclarées). Cette augmentation était prévue et est considérée comme normale : elle s'explique à la fois par la meilleure information des citoyens, un nombre total de décès plus élevé en 1995 qu'en 1990, et une diminution du nombre de décès par administration de doses élevées d'opiacés (16,3% des décès en 1990 et 14,7% en 1995), liée à une meilleure information des médecins⁶. En cas d'assistance au suicide (où le patient ingère lui-même une substance létale prescrite), la déontologie recommande au médecin de rester présent et d'intervenir activement si le décès ne survient pas dans un délai raisonnable⁷.

- Le nombre d'arrêts actifs de vie sans demande explicite du patient (0,8% des décès) concerne, dans la quasi-totalité des cas, des patients dans les dernières heures de vie, en grande souffrance, mais dans un état tel qu'ils sont incapables de collaborer à une décision. Dans 60% de ces cas, cependant, la notion existait d'une demande préalable du patient d'abrèger ses souffrances s'il se trouvait dans une telle situation ; il n'est pas sans intérêt de remarquer ici que, dans notre pays, le nombre d'arrêts de vie sans demande explicite du patient est nettement plus élevé (5), ce qui s'explique vraisemblablement par la difficulté, liée à l'interdit légal, d'un dialogue en temps utile sur ce sujet.

³ Les opiacés à fortes doses ne constituent pas une bonne manière d'assurer une euthanasie, mort « douce et rapide » ; s'ils sont largement utilisés dans ce but dans les pays où l'euthanasie est interdite, c'est parce qu'ils peuvent passer pour un traitement de la douleur et échapper à la loi pénale.

⁴ La prise d'une substance létale par la bouche peut, dans de rares cas, échouer à provoquer la mort.

Conclusion

- D'après de nombreux témoignages, le fait d'avoir la certitude de pouvoir éventuellement obtenir une euthanasie ou une aide médicale au suicide rassure les patients et constitue un encouragement à supporter mieux et plus longtemps leurs souffrances.
- En raison du risque évoqué de « dérapage » vers des euthanasies injustifiées de vieillards, il est intéressant de noter que le nombre d'euthanasies pratiquées dans les maisons de retraite est très faible, et ce bien que la proportion de médecins de ces homes qui se déclarent nettement en faveur de l'euthanasie soit identique à celle de l'ensemble du corps médical. Il apparaît donc que c'est bien la nature de la maladie et non l'âge qui détermine les décisions.
- L'obligation de déclarer comme tels les décès par euthanasie reste une question mal résolue : beaucoup sont déclarés comme morts « naturelles ». Une des raisons invoquées par les médecins est l'insécurité juridique liée à la persistance dans le Code pénal du délit d'euthanasie. Elle a été à l'origine de la modification du processus de déclaration signalée plus haut et on espère que l'adoption du dépôt du projet de loi actuellement en discussion remédiera à cette situation en rendant la dépénalisation clairement légale. De toute façon, un certain temps semble nécessaire pour que les mentalités s'adaptent : en 1990, le nombre d'euthanasies déclarées était inférieur à 10% de celles réellement pratiquées ; il est passé à plus de 50% en 1995.
- Quelques rares procédures judiciaires ont été menées pour des euthanasies dont l'indication paraissait discutable. Aucune « dérive » vers des euthanasies économiques ne s'est produite.

La dépénalisation de fait de l'euthanasie demandée qui existe aux Pays-Bas ouvre le dialogue entre le médecin et le malade menacé de mort. Elle donne aux citoyens de ce pays une autonomie de décision, bien entendu dans les limites prévues, quant à la manière de terminer leur vie. Elle permet aux médecins d'agir en conscience. Elle n'a pas engendré les « dérives » souvent annoncées par ses opposants. Elle a la faveur de la grande majorité de la population et des médecins. On peut, à travers cette expérience, tenter de se forger une opinion objective. Pourquoi ne pas mieux l'utiliser ?

Marc Englert

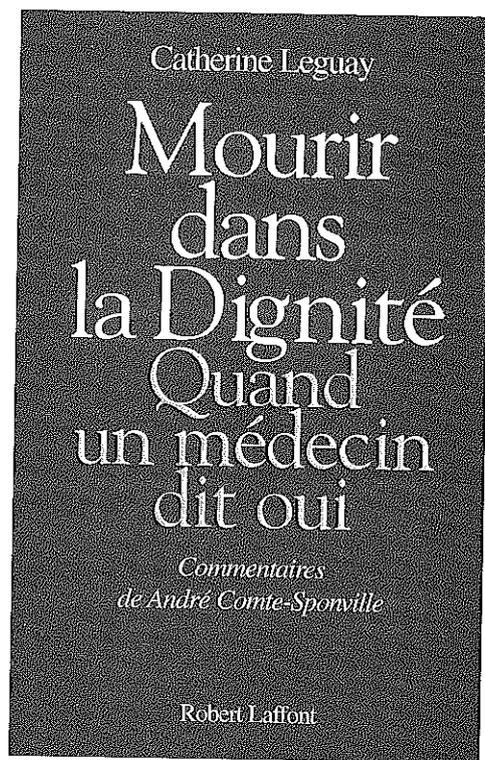
Références

1. Eindrapport van de Staatscommissie Euthanasie : Nederl. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Persinformatie. 1985.
2. Euthanasia in the Netherlands : Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, Utrecht, 1994, 109 p.
3. van der Maas P.J. and al. : « Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life ». *Lancet*, 338, 1991, pp.669-74.
4. van der Maas P.J. and al. : « Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995 », *N. Engl. J. Med.*, 335, 1996, pp. 1699-705.
5. Vincent J.L. : « Foregoing life support in western European intensive care units : the results of an ethical questionnaire », *Critical Care Medicine*, 27, 1999, pp. 1626-32.

Dans mon dernier livre « *Supplément to Final Exit* » (août 2000), il est dit : « Le suicide médicalement assisté n'est requis que pour très peu de personnes en fin de vie, sans doute deux pour cent ou moins des décès totaux. Mais, deux remarques : vous ou moi pourrions figurer dans ces deux pour cent. Par contre, si nous n'en faisons pas partie, nous devrions avoir la décence de parler pour ceux qui, malheureusement, sont concernés... »

Derek Humphry

LES LIVRES



Éd. Robert Laffont. 245 p. 119 F.Fr

Catherine Leguay, journaliste et responsable administrative de l'ADMD France a réuni dans ce livre émouvant les témoignages de ceux qui souffrent de ce que le droit à l'euthanasie leur est refusé. En les lisant, on ne peut qu'être révolté par les souffrances imposées par l'interdit légal de l'euthanasie et par l'obstination de ceux qui refusent une législation qui permettrait à chacun de terminer sa vie dignement selon ses volontés.

Une grande place est faite aux patients et eux proches de Bernard Senet, médecin généraliste, qui ne craint pas de dire qu'il respecte les souhaits de ses patients. Aider à mourir, pour ce médecin courageux, fait partie de la mission du médecin.

L'ouvrage est commenté par le philosophe André Comte-Sponville qui fait partie du comité de soutien de l'ADMD France ; il dénonce avec talent le discours hypocrite tenu par ceux qui refusent qu'on puisse « ne pas mourir en morceaux ».

Une introduction de Henri Caillavet, président de l'ADMD France, fait le récit émouvant de l'aide à mourir que lui et son frère ont apportée à leur père et décrit la situation actuelle du combat pour le droit à l'euthanasie en France.

L'ensemble est une importante contribution au combat pour le droit de choisir sa mort.

* * *



Table des matières	
Jacques Lemaire	Avant-propos
Roger Lallemand	L'homme face à la souffrance et à la mort
Marc Englert	Attitudes médicales en fin de vie en Belgique et aux Pays-Bas
Dominique Bron	Le dialogue médecin-malade : un atout majeur pour une mort digne
Dominique Lossignol	La vie quotidienne du médecin face aux patients incurables
Claude Bloch	Quel pouvoir sur notre propre mort ? <i>Le testament pour une mort digne</i>
Pierre Materne	Euthanasie et fin de vie
Claudine Urbain-Maison	Il était une fois...
Jean Drumel	Ethique et soins palliatifs
Christian Panier	Légitimer en matière d'euthanasie : le point de vue d'un juriste
Yvon Kenis	Légitimer pour permettre l'euthanasie volontaire
Pierre de Loch	Un chrétien face à l'euthanasie
Edouard Delruelle	Ce que n'est pas un meurtre... Les enjeux normatifs et symboliques du débat sur l'euthanasie
Philippe Monfils	Le Sénat et l'euthanasie
Jacqueline Herremans	L'Association pour le droit de mourir pour la dignité et le débat parlementaire de la dépenalisation de l'euthanasie

La Pensée et les Hommes n° 45.

Éditions de l'Université de Bruxelles, 180 pages, 550 FB.

Pour obtenir ce livre, il suffit d'en verser le montant au compte 210.0624 799-74 du Centre d'Action Laïque. Indiquer le titre du livre dans la communication.

QUELQUES ADRESSES UTILES

<u>Alzheimer Belgique</u> , 1083 Bruxelles, av. Van Overbeke, 218/58 (24 h/24)	02/428.28.19
<u>Fédération belge 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> – <u>Espace social Télé-Service</u> , 1000 Bruxelles, Bd Abattoir, 27-28	02/548.98.00
<u>Service d'aide aux grands malades</u> , 4420 Saint-Nicolas, rue Likenne, 58	04/252.71.70
<u>Fédération des centrales de services à domicile (C.S.D.)</u> pour connaître les CSD dans votre région	02/515.02.08
<u>Soins à domicile</u> 1000 Bruxelles, rue des Moineaux, 17-19	078/15.60.20
<u>Continuing Care</u> , 1030 Bruxelles, chée de Louvain, 479	02/743.45.90
<u>Home Clinic</u> , (Aide à domicile) 1060 Bruxelles, rue de Suisse, 29	0477/48.74.01
<u>AREMIS</u> * (Soins continus et soutien à domicile) 1050 Bruxelles, ch. de Boondael, 390	02/649.41.28
5530 - Yvoir, rue Fond de la Biche, 4	081/61.46.60
6000 – Charleroi, Grand Rue, 87	071/42.01.07
<u>DOMUS</u> * (Soins à domicile) 1390 Archennes, rue des Moulins, 10	010/84.15.55 010/86.70.08
<u>ORPHEO</u> (Aide aux équipes de terrain) 4460 Grâce Hollogne, r. Paul Janson, 166	04/234.49.25
<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	010/84.39.61 02/366.04.48
- Est francophone (Verviers)	087/23.00.10
- Hainaut oriental	071/37.49.32 071/33.11.55
- Liège	04/342.35.12
- 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
<u>Association belge du don d'Organes</u> , 1050 Bruxelles, ch. de Waterloo, 550, bte 11	02/343.69.12

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