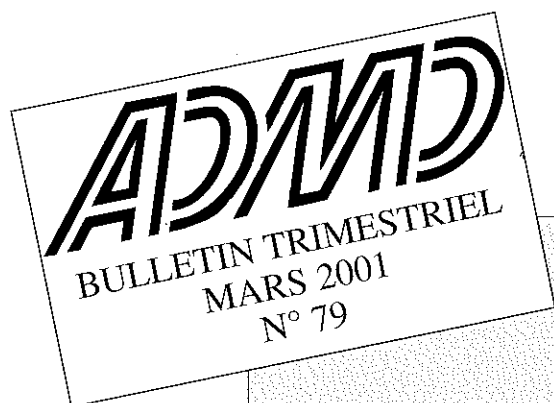


ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

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

Bureau de dépôt - Bruxelles 5



SOMMAIRE :

◆ Le Mot de la Présidente	1
◆ Prise de position ULB-VUB	2
◆ En Belgique - Euthanasie à Tournai	3
- Au Sénat	3
◆ À l'étranger - Le texte de la loi hollandaise	7
- Espagne, États-Unis, France, Pays-Bas, Suisse	11
◆ Nouvelles de l'ADMD	16
- Étude sur la déclaration anticipée	16
◆ La Presse	19
◆ Livres et revues	22
◆ Courrier	24
◆ Agenda	25
◆ À nos membres	26



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

SECRETARIAT : 55, RUE DU PRÉSIDENT - 1050 BRUXELLES

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

Secrétariat : rue du Président, 55 - B - 1050 **Bruxelles** - Belgique
Mme Janine Wytsman, Secrétaire générale
Tél. et Fax : (32) (0)2/502.04.85 – E-mail : admd@infonie.be
<http://perso.infonie.be/admd>

Cotisation annuelle * : isolé(e) : 750 frs - couple : 1.000 frs
(respectivement 1.000 et 1300 frs pour les membres résidant à l'étranger)
Compte bancaire : n° 210-0391.178-29

Contact pour la région de Namur : Mme Nelly Bériaux
Rue de Warichet, 22 (Meux) – 5081 La Bruyère – Tél/fax : 081/56.98.21

Contact pour la région de Liège : Mme Madeleine Dupont
rue Belvaux, 190 – 4030 Grivegnée – Tél. 04/344.12.29

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. 02/355.22.83 – Fax : 02/355.56.59 (prendre rendez-vous au préalable)

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

(* Le paiement de la cotisation donne droit à l'envoi du bulletin trimestriel de l'ADMD)

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 : info@rws.be – <http://www.euthanasie.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
Édouard Klein
Roger Lallemand
Pierre Mertens
Philippe Monfils
Anne Morelli
François Perin
Georges Primo
François Rigaux
Roger Somville
Lise Thiry
Georges Van Hout
Jean Van Ryn

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Yvon Kenis, Président d'honneur

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

Membres

Anne-Marie Bardiaux
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
A.M. Staelens
Georgette Werbrouck

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE



Du 10 novembre 1999 au 20 mars 2001...

Le 10 novembre 1999, les commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat entamaient l'examen des propositions de loi portant sur une dépenalisation partielle de l'euthanasie. Le même jour, Frédéric Soumois publiait dans « Le Soir » la première interview de Jean-Marie Lorand.

Quel était notre état d'esprit à l'époque ? Certes, nous savions le débat difficile. Non seulement il est question de vie et de mort mais qui plus est, d'une mort décidée. Que la mort ne soit plus un événement extérieur, éventuellement imposée par un dieu, au mieux la nature, mais qu'elle résulte du choix conscient d'une personne, telle est la question qui trouble bien des consciences. Que Jean-Marie Lorand, fou amoureux de la vie, déclare en toute sérénité qu'il parcourt sa dernière ligne droite et qu'il ne veut pas d'une mort dite naturelle qui l'emporterait dans une crise d'étouffement, et voilà bien des personnes sans voix.

Des mois d'auditions devant les commissions, des heures de discussions à propos de centaines d'amendements, il nous arrivait de ressentir un certain découragement. Jean-Marie Lorand a pu compter sur le courage d'un médecin qui en dépit de la médiatisation a osé poser ce geste de profonde humanité. Mais que répondre à d'autres personnes qui se retrouvent, jour après jour, confrontées à leurs souffrances et qui ne disposent pas nécessairement des moyens de se battre pour obtenir une mort digne ?

Une porte s'était ouverte lors du conclave de Val Duchesse et le vote de l'article 3 fixant les conditions d'une dépenalisation partielle. Et ce 20 mars 2001, plus de deux ans après le dépôt de la proposition de loi Lallemand-Erdman l'ensemble de la proposition de la loi « arc en ciel » a finalement été votée par la commission « euthanasie » du Sénat, présidée par le sénateur J. Dubié.

A l'issue de ce vote, Philippe Mahoux confiait aux journalistes son émotion. Nous la partageons, même si nous savons que nous n'avons parcouru qu'une partie du chemin. Et le 10 avril, nos regards se tourneront vers le Sénat des Pays-Bas qui a inscrit à son ordre du jour le vote de la loi de dépenalisation de l'euthanasie déjà approuvée par la 2^{ème} Chambre en novembre dernier.

Jacqueline Herremans
20 mars 2001

L'ULB ET LA VUB SE PRONONCENT EN FAVEUR DE LA DÉPÉNALISATION DE L'EUTHANASIE

Les Conseils d'Administration de la Vrije Universiteit Brussel et de l'Université Libre de Bruxelles ont, en leurs séances respectives du 5 et du 19 février 2001, adopté une prise de position commune dans le débat sur l'euthanasie. Le texte, qui a recueilli l'avis favorable des hôpitaux académiques des deux universités, a été transmis au Sénat par les présidents et recteurs des deux universités. Il est reproduit ci-dessous.

Après de longs préliminaires, la question de la dépénalisation de l'euthanasie a actuellement atteint le stade des décisions parlementaires. Dans cette phase cruciale du débat, nous tenons à affirmer notre appui aux propositions qui tendent à assurer le respect du pluralisme éthique de notre société et le droit à l'autonomie des individus dans le domaine de la fin de la vie. C'est au nom de ce pluralisme et de ce droit que nos universités soutiennent les initiatives tendant à donner au malade en impasse médicale irréversible la possibilité légale de choisir les modalités de sa mort et au médecin qui accepte de lui accorder son aide active, la possibilité de prendre sa décision en conscience sans la menace qu'un tel geste ne constitue une infraction.

Le fait que l'euthanasie soit considérée par la loi comme un homicide avec préméditation, quelles que soient les circonstances, a des effets pervers sur les attitudes médicales. Il entraîne une réticence des médecins à aborder clairement et franchement avec le patient la question de la mort et de son accompagnement, oblige le patient à subir la maladie jusqu'à son terme, quelles que soient ses souffrances, conduit à des interventions médicales destinées à soulager la fin de la vie prises tardivement à un moment où la concertation avec le malade n'est souvent plus possible. Il est paradoxal qu'après avoir eu pour règle de respecter les choix des patients pendant le cours de leur affection, les médecins se voient interdire par la loi de les respecter face à la mort.

On ne peut plus ignorer que le médecin est pourtant souvent amené à décider, par souci d'humanité, de mettre fin à la vie. Que ce soit dans les unités de soins intensifs ou dans les services de soins palliatifs, l'arrêt de traitement et l'administration d'analgésiques à hautes doses hâtent fréquemment le décès, particulièrement lorsque le malade en grande souffrance n'est plus en état de s'exprimer. Mais quand il s'agit de patients conscients et lucides, la survie leur est aujourd'hui légalement imposée quels que soient leur état, leurs souffrances, leur qualité de vie et leur souhait. Bien que les soins palliatifs constituent un progrès majeur dans l'humanisation de la fin de la vie, personne ne conteste que des situations de souffrance incontrôlable persistent, qu'un simple arrêt de traitement ne signifie pas nécessairement une mort sans souffrance et que certains patients refusent fermement toute forme d'acharnement, même palliatif, au nom de leur dignité humaine et de leur libre choix. Dans de telles situations, le médecin doit pouvoir respecter une demande éventuelle de mettre activement fin à la vie s'il la juge en conscience légitime.

En fixant un cadre légal strict, la loi garantirait le choix éthique non seulement de ceux qui estiment avoir le droit de disposer de leur vie mais aussi de ceux qui, pour des raisons hautement honorables, considèrent que leur vie ne leur appartient pas et souhaitent qu'elle suive son cours jusqu'à son terme naturel. Il n'est pas légitime que l'un de ces choix ne soit possible que dans la clandestinité. L'expérience aux Pays-Bas de vingt années de dépénalisation conditionnelle de facto de l'euthanasie, menée avec une rigueur exemplaire jusqu'à aboutir à sa légalisation récente, a démontré à la fois les effets positifs d'une telle dépénalisation sur les attitudes médicales et les limites réelles qu'une société démocratique peut déployer face aux risques de dérives « eugéniques » ou « économiques » exprimées par certains.

La reconnaissance d'une souveraineté de l'homme sur sa vie est à la base de l'esprit humaniste qui anime nos universités. Elle implique que soit reconnue la possibilité dans certaines situations de souffrance et de déchéance d'obtenir du médecin le geste ultime et fraternel qui permet d'anticiper la mort. Nous plaidons fermement pour que la dépénalisation de ce geste lui donne droit de cité et assure, sans rien imposer à personne, le respect du pluralisme éthique qui existe au sein de notre société, en particulier dans les attitudes concernant la vie et la mort.

EN BELGIQUE

Dernière minute : une nouvelle inculpation pour euthanasie

Après l'infirmière de l'A.Z. d'Anvers et les docteurs Radoux et Chevolet à Liège, un infirmier de la Clinique « La Dorcas » à Tournai a été arrêté le 9 mars pour avoir mis fin dans des conditions qui ne sont pas encore connues, aux souffrances de patients en situation terminale irréversible (deux ? dix ?). La presse le décrit soit comme compétent et dynamique (il avait monté une cellule d'accueil pour recevoir les proches des patients dans un environnement plus humain), soit comme dépressif et hypersensible ou surmené.

L'ADMD sera attentive à l'évolution de cette affaire. En attendant des informations précises, nous exprimons notre sympathie à cet infirmier et sa famille.

M.E

P.S. Cette affaire a été l'objet d'une « Carte blanche » publiée dans le Soir du 14 mars, reproduite dans la rubrique « Presse » du présent bulletin, ainsi que de plusieurs interventions dans les médias de notre "contact" à Mouscron, Roger Douterluingne que nous remercions vivement.

Les travaux du Sénat

Les commissions de la Justice et des Affaires sociales ont terminé le 6 mars l'examen de la proposition de loi de dépenalisation de l'euthanasie.

Les articles ont été adoptés après de longues et difficiles discussions. En effet, plus de six cents amendements avaient été déposés et ont été examinés. Outre l'opposition des sénateurs PSC et CVP, des réticences et même des oppositions se sont manifestées au sein de la fédération PRL-FDF-MCC et aussi d'Écolo : les sénateurs Alain Destexhe (PRL) et Nathalie de t'Serclaes (MCC) ont systématiquement voté contre la proposition et le sénateur Paul Galand (écolo) s'est abstenu. Comme nous l'avons signalé dans notre précédent bulletin, le sénateur Destexhe a multiplié les prises de position publiques et les interviews pour dénoncer tour à tour soit les dangers supposés de la proposition, soit à l'inverse les précautions prévues pour éviter ces dangers, soit le fait qu'elle ne se limite pas aux patients en « phase termina-

le », soit encore sa soi-disant « bureaucratisation » (notre critique de ses positions nous a valu un droit de réponse que nous reproduisons ci-après : nos lecteurs jugeront). L'esprit du texte final reste celui de la proposition initiale, malgré des modifications notamment dans les exigences auxquelles le médecin doit se soumettre. Le vote final sur l'ensemble de la proposition aura lieu en commission en même temps que celui relatif aux soins palliatifs dont l'examen doit commencer le 13 mars.

Après avoir subi l'examen critique du Conseil d'État auquel le président du Sénat, le PRL Armand De Decker, a décidé de l'adresser, le texte - si l'avis du Conseil d'État n'oblige pas à le retravailler en Commission - sera ensuite soumis au vote du Sénat en séance plénière, puis à la Chambre. Quelques mois seront donc encore nécessaires avant son adoption qu'on peut espérer acquise par une majorité composée des élus PS, des écolos (à part quelques abstentions), d'une partie seulement du PRL (il est difficile de préciser le nombre d'opposants) et du front uni

des partis flamands VLD, Agalev, SP auquel se joindra vraisemblablement une partie de la Volksunie. L'opposition PSC - CVP à laquelle se joindra le Vlaams Blok votera en bloc contre la proposition, rejointe par certains membres de la coalition PRL-FDF-MCC.

Tout ceci sous réserve car ceux qui n'acceptent pas que l'on puisse choisir les modalités de sa propre mort sont déterminés à tout pour l'empêcher: le CVP, en particulier, n'hésite pas à brandir la menace de faire appel aux institutions européennes avec le prétexte ahurissant que la loi proposée violerait ... les droits de l'homme !

Un commentaire de Roger Lallemand

Le Soir, 23 février 2001
(Entretien avec Michelle Lamensch)

La proposition de loi actuellement soumise aux commissions sénatoriales est fortement inspirée par celle déposée en février 1999 par Roger Lallemand et consorts.

Auriez-vous cosigné la proposition de loi libérale-socialiste-écologiste en discussion ?

Oui. C'est un travail de conciliation nécessaire dans le monde parlementaire. On ne fait pas de loi tout seul. Ce texte me paraît refléter les valeurs à la base de notre proposition de loi. La question fondamentale est celle de l'éthique. Il s'est développé dans notre pays un conflit d'éthiques qui n'existait pas antérieurement. Voici dix ans, vous n'auriez pas pu soulever la question de l'euthanasie ! Ce conflit d'éthiques est apparu à partir d'une vision du statut de la personne. Il y a, d'un côté, ceux qui considèrent que la vie n'appartient pas à l'homme mais à Dieu ou à une communauté et, de l'autre, le courant laïque qui dit que chaque homme dispose d'une souveraineté sur lui-même et, dans certaines circonstances exceptionnelles, peut disposer de sa vie.

« La loi qui consacre une éthique qui était dominante hier n'est plus acceptable en démocratie ».

Ceci est un point de vue philosophique. Or, avec le débat public suscité par l'euthanasie, on assiste à un estompement des clivages philosophiques et idéologiques...

Je reconnais qu'aujourd'hui beaucoup de religieux estiment que l'homme peut décider de sa propre vie. Ce n'est pas un point de vue exclusivement laïque. Mais ceux qui, comme le Pape, contestent l'euthanasie tolèrent des « exceptions admissibles » : le refus d'acharnement thérapeutique, la sédation, qui accélèrent la mort. Ce n'est pas la mort que les adversaires de l'euthanasie jugent inadmissible, c'est le fait que cette mort relève d'une décision de l'intéressé.

La proposition de loi à l'examen apporte-t-elle des « améliorations » à votre texte ?

Oui. La création d'une commission d'évaluation (de l'acte euthanasique) en est une.

Vous prôniez une déclaration systématique au parquet...

C'était une erreur. Le renvoi direct au parquet pouvait générer une politique répressive mal adaptée.

Vous ne prévoyiez pas non plus, à l'inverse du texte actuel, de conditions plus strictes à l'euthanasie pratiquée en dehors de la phase terminale...

Ces conditions plus strictes ne me paraissent pas négatives en elles-mêmes. Encore que l'expression « phase terminale » soit d'une ambiguïté absolue. Dans la phase terminale, le rôle de la volonté n'est évidemment plus capital puisque la mort n'est qu'une affaire de semaines.

Plusieurs juristes, dont le professeur Messine, de l'ULB, (« Le Soir » du 16 février), affirment que l'euthanasie est contraire à la Convention européenne des droits de l'homme qui protège la vie d'autrui...

Cette convention parle de mort « infligée » à une personne. Ce n'est pas le cas de l'euthanasie où la mort est « réclamée » par le malade. Mais le débat est ouvert...

Des médecins jugent bureaucratique la procédure instaurée pour l'euthanasie...

Je ne le pense pas. Un formalisme minimum est inévitable pour éviter de sombrer dans ce que, par ailleurs, certains combattent : une loi qui aboutirait à des abus épouvantables ! Ceux qui disent cela sont aussi ceux qui ne font rien pour demander au parquet d'arrêter toutes les euthanasies et interruptions volontaires de vie qui se développent de manière très évidente. La loi

interdit l'euthanasie, mais une loi qui flotte au-dessus du réel permet des euthanasies pratiquées dans des conditions intolérables. Mieux vaut une euthanasie qu'une interruption de vie non demandée, quand même !

Selon le professeur Messine, toujours, des euthanasies « éthiquement défendables » (sur un mineur, par exemple), mais non prévues par la proposition de loi, se pratiquent déjà sans être poursuivies et ne seraient plus possibles si la proposition était votée.

C'est totalement inexact ! L'état de nécessité (qui autorise la violation de la loi au nom d'une valeur égale ou supérieure à celle que la loi protège) est toujours le critère qui devrait s'appliquer à partir du moment où les conditions d'application de la loi ne sont pas réunies. Jules Messine est opposé à une loi sur l'euthanasie. Il s'en tient au principe de l'état de nécessité. Ce n'est pas le meilleur choix. La notion d'état de nécessité est une notion extrêmement fluctuante. Ce n'est pas grave lorsqu'il n'y a pas de conflit d'éthiques. Ici, il y en a un ! En matière d'euthanasie, pour certains, comme le P. Xavier Dijon, l'état de nécessité est quasi impensable... Pour lui, la vie ne pourra jamais être mise en question par la volonté d'une personne.

Mais ce ne sont pas les jésuites qui apprécient l'état de nécessité, ce sont les juges...

Mais les juges peuvent avoir les mêmes conceptions que les jésuites ! C'est pour cela qu'on a dû faire une loi : on est ici au cœur d'un conflit de valeurs. Il fallait protéger la coexistence des éthiques. La loi qui consacre une éthique qui était dominante hier n'est plus acceptable en démocratie. Tout comme continuer de « faire les choses en cachette ». En démocratie, les comportements professionnels du citoyen doivent pouvoir être justifiés en public. Et si vous vous limitez à l'état de nécessité, au droit commun, vous courez le risque de vous exposer à la jurisprudence, l'état de nécessité étant une notion jurisprudentielle, non inscrite dans la loi.

Une lettre du sénateur Alain Destexhe

Nous reproduisons ci-après un droit de réponse du sénateur Alain Destexhe. Nos lecteurs jugeront eux-mêmes si le sénateur PRL répond à l'analyse de ses arguments, développée par le docteur Kenis dans notre précédent numéro. Quant au texte de la loi hollandaise à laquelle il fait allusion, il est publié dans son intégralité dans le présent bulletin (il faut rappeler cependant que la 1^{ère} Chambre néerlandaise doit encore se prononcer le mois prochain). Nous ferons de même dans notre prochain bulletin concernant la proposition qui sera - nous l'espérons - finalement adoptée par nos sénateurs. Remarquons d'emblée que, contrairement à ce que souhaite le sénateur Destexhe, la loi hollandaise n'est nullement une « législation sur la phase terminale » qui encadrerait simplement la fin de la vie, mais une dépénalisation légale de l'euthanasie pratiquée ou non en phase terminale. Quant à son affirmation qu'il faut attendre pour légiférer de voir évoluer les comportements du corps médical, les patients condamnés et en souffrance qui espèrent pouvoir choisir les modalités de leur mort, les 2.500 médecins qui se sont prononcés pour la dépénalisation et ceux qui, pour respecter la demande de leurs patients, sont actuellement obligés d'agir clandestinement sous la menace, apprécieront.

Monsieur,

J'ai beaucoup de respect pour le combat que vous menez. J'ai lu attentivement toutes vos prises de position et j'ai été bouleversé par certains témoignages de patients que vous avez publiés sous forme de recueil. J'ai même, à un moment, hésité à devenir membre de votre comité d'honneur. Aussi je suis surpris et déçu de vous voir adopter dans votre numéro 78 de décembre 2000 un ton intolérant et calomnieux - tant à mon égard qu'à celui du PRL - ton que je croyais réservé aux dogmatiques religieux les plus sectaires. Je suis en effet partisan de l'autonomie de la personne et du droit de chacun de mourir selon sa propre conception de sa dignité. Je suis aussi opposé à la législation bureaucratique en discussion, qui ne résoudra rien et aboutira seulement à ce que des médecins trop scrupuleux n'oseront plus pratiquer des euthanasies parce qu'ils ne se trouveront pas dans les conditions strictes d'une loi qui, pour le médecin, ressort d'une logique de facilité administrative plutôt que d'une éthique de la responsabilité. Si un jour vous m'ouvrez vos colonnes, je pourrai vous expliquer

en détail ma position, qui est partagée par au moins un membre éminent de votre comité d'honneur.

Contrairement à ce que vous écrivez, le refus de voter pour la proposition des six sénateurs n'est pas le maintien du statu quo puisque je suis favorable, comme une majorité de sénateurs, à une législation sur la phase terminale qui concerne plus de 95% des cas d'interruption de vie. Je suis aussi convaincu que le débat devrait permettre à un beaucoup plus grand nombre de médecins d'être sensibilisés à cette problématique et donc de voir évoluer les comportements du corps médical. Je trouve aussi que la façon dont vous instrumentalisez Jean Marie Lorand est choquante et que votre opposition caricaturale entre son cas et celui « qui s'est jeté par la fenêtre du huitième étage de Saint Luc » est indécente et indigne d'un esprit libre penseur. Je pense qu'on peut avoir une toute autre lecture que la vôtre de l'affaire Jean Marie Lorand.

Par ailleurs, votre argumentation concernant la position - libérale et tolérante - du PRL me choque. Vous semblez préférer que notre président nous donne l'ordre de voter pour le projet en discussion au risque de heurter de plein fouet la conscience de certains d'entre nous. Enfin, je vous suggère de publier dans vos colonnes les deux premiers articles de la loi hollandaise sur « l'interruption de vie et l'assistance au suicide ». Vos lecteurs pourraient y constater la supériorité du - simple - dispositif hollandais sur la loi alambiquée et guère applicable qui est proposée à nos suffrages.

En vous remerciant de bien vouloir publier cette lettre, je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Alain Destexhe, Sénateur

L'« état de nécessité » et les parquets

d'après « The Hemlock Timelines n° 86

On sait que les adversaires de la dépénalisation de l'euthanasie invoquent, à l'appui de leur thèse, que les médecins sont suffisamment protégés en cas d'inculpation par la possibilité d'invoquer avoir agi en « état de nécessité ».

Une enquête réalisée aux Etats-Unis pour connaître l'état d'esprit des Procureurs vis-à-vis d'actions médicales qui paraissent tout à fait légitimes a été publiée en 1999 dans « Archives of internal medicine ». Trois scénarios d'« euthanasie passive » leur ont été soumis :

1. Un homme de 55 ans en phase terminale de sa maladie a demandé et obtenu d'être débranché du respirateur qui le maintenait en vie
2. Un homme de 55 ans, atteint d'un cancer du pancréas en phase terminale a demandé et obtenu d'être endormi jusqu'à ce que la mort survienne
3. La famille d'un homme de 55 ans inconscient en état végétatif persistant a demandé qu'on arrête l'alimentation et la nutrition artificielles pour qu'il puisse mourir sur base des vœux du patient, antérieurement exprimés.

Plus de 40 % des Procureurs interrogés ont répondu qu'ils ouvriraient des poursuites dans ces trois éventualités.

Il s'agit d'une étude américaine et nous ne pouvons évidemment pas transposer en Belgique. Mais on peut penser que le risque d'inculpation ne doit pas être très différent, ce qui signifie que, même pour des actes qui ne sont pas des euthanasies actives, laisser le droit aux Procureurs d'interpréter s'il y a eu ou non « état de nécessité » constitue un risque grave. Ce serait évidemment pire dans les cas d'euthanasie active et la nécessité d'une législation assurant une véritable sécurité juridique indispensable pour que les médecins puissent agir sans menace judiciaire est évidente.

M.E.

A L'ETRANGER

LE TEXTE DE LA LOI HOLLANDAISE

Nous reproduisons ci-après la traduction libre, due à l'obligeance de notre ami Léon Favys, président de notre association-sœur RWS, des principaux passages de la loi votée aux Pays-Bas par la 2^{ème} chambre le 28 novembre 2000. Rappelons que ce texte doit encore être ratifié par la 1^{ère} chambre, dont le vote est prévu dans le courant du mois d'avril. Une violente campagne orchestrée par l'ensemble des Églises néerlandaises et menée avec d'importants moyens est actuellement en cours pour tenter d'infléchir le vote des parlementaires. Toutes les organisations mondiales pour le droit de mourir dans la dignité, dont l'ADMD, se sont mobilisées pour faire échec à cette inacceptable ingérence des autorités religieuses dans la vie démocratique.



Loi sur le contrôle de l'euthanasie et du suicide assisté : « Contrôle de l'euthanasie demandée et du suicide assisté et modification du Code pénal et de la Loi sur les funérailles »

[...]

CHAPITRE II. EXIGENCES DE MINUTIE

Article 2

1. Les exigences de minutie, visées à l'article 293, deuxième alinéa, du Code pénal, consistent en ce que le médecin :

- a. a acquis la conviction d'une demande volontaire et réfléchie du patient ;
- b. a acquis la conviction de souffrances insupportables et sans issue pour le patient ;
- c. a informé le patient de la situation dans laquelle il se trouvait et de ses perspectives ;
- d. est arrivé, avec le patient, à la conviction qu'il n'existait aucune autre solution raisonnable pour la situation dans laquelle se trouvait le patient ;
- e. doit avoir consulté au moins un autre médecin indépendant qui a examiné le patient et qui a rendu son avis par écrit concernant les exigences de minutie visées dans les alinéas a. à d. inclus ; et
- f. a procédé à l'euthanasie ou au suicide assisté avec toute la rigueur médicale.

2. Si le patient âgé de seize ans ou plus n'est plus en état d'exprimer sa volonté, et qu'il a établi une déclaration écrite faisant état de sa volonté d'être euthanasié alors qu'il était apte d'apprécier raisonnablement ses intérêts en la matière, le médecin peut donner suite à cette demande. Les exigences de minutie visées au premier alinéa sont applicables dans leur intégralité.

3. Si un patient mineur est âgé entre seize et dix-huit ans et qu'il est estimé apte d'évaluer raisonnablement ses intérêts en la matière, le médecin peut donner suite à une demande d'euthanasie ou de suicide assisté de ce patient, le parent ou les parents exerçant l'autorité parentale sur le mineur ou alors son tuteur, ayant été impliqué(s) dans la prise de cette décision.

4. Si le patient mineur est âgé entre douze et seize ans et qu'il est estimé apte d'évaluer raisonnablement ses intérêts en la matière, le médecin peut donner suite à la demande du patient si le parent ou les parents qui exercent l'autorité parentale sur le mineur en question ou alors son tuteur, marque(nt) son (leur) accord concernant l'euthanasie ou le suicide assisté. Le deuxième alinéa est intégralement applicable.

CHAPITRE III. COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE EN MATIÈRE D'EUTHANASIE ET DE SUICIDE ASSISTÉ.

Paragraphe 1 : Instauration, constitution et nomination

Article 3

1. Il existe des commissions régionales de contrôle des déclarations de cas d'euthanasie et de suicide assisté, comme visé respectivement à l'article 293, deuxième alinéa, et à l'article 294, deuxième alinéa, deuxième phrase, du Code pénal.

2. Chaque commission se compose d'un nombre de membres impair, parmi lesquels se trouvent, dans chaque cas, un juriste qui en assure la présidence, un médecin et un éthicien. Font également partie de la commission des suppléants de chacune des catégories visées dans la première phrase.

Article 4

1. Le président et les membres ainsi que les suppléants sont nommés par Nos Ministres pour un mandat de six ans, avec possibilité de reconduction d'un nouveau mandat de six ans.

2. Chaque commission est dotée d'un secrétaire et d'un ou de plusieurs secrétaires suppléants, tous juristes, qui sont nommés par Nos Ministres. Le secrétaire dispose d'une voix consultative dans les réunions de la commission.

3. [...]

Paragraphe 2 : Révocation / démission

Article 5

Le président et les membres, ainsi que les membres suppléants, peuvent à tout moment démissionner.

Article 6

Le président et les membres ainsi que les membres suppléants peuvent être révoqués par Nos Ministres pour cause d'incapacité ou d'incompétence ou pour tout autre motif sérieux.

Paragraphe 3. Rétribution

Article 7

Le président et les membres ainsi que les suppléants reçoivent des vacations ainsi qu'un dédommagement pour les frais de déplacement [...].

Paragraphe 4 : Tâches et compétences

Article 8

1. La commission examine, sur la base du rapport visé à l'article 7, deuxième alinéa, de la loi sur les funérailles, si le médecin qui a pratiqué l'euthanasie ou qui a prêté son concours dans le cadre du suicide assisté, a agi conformément aux exigences de minutie, visées à l'article 2.

2. La commission peut demander au médecin de compléter son rapport par écrit ou oralement, si cela se révèle nécessaire pour un contrôle adéquat de l'intervention du médecin.

3. La commission peut recueillir des informations auprès du médecin légiste de la commune, du consultant ou des assistants concernés, si cela se révèle nécessaire pour un contrôle adéquat de l'intervention du médecin.

Article 9

1. La commission informe le médecin par écrit de sa décision motivée dans les six semaines suivant la réception du rapport comme visé à l'article 8, premier alinéa.

2. La commission informe le Collège des procureurs généraux et l'inspecteur régional de la santé de sa décision :

a. si la commission estime que le médecin n'a pas agi conformément aux exigences de minutie, visées à l'article 2 ; ou

b. si la situation visée à l'article 12, dernière phrase, de la Loi sur les funérailles se produit.

La commission en informe le médecin.

3. Le délai visé au premier alinéa peut être prolongé de six semaines au maximum. La commission en informe le médecin.

4. La commission peut clarifier oralement la décision qu'elle a rendue, au médecin. Cette explication orale peut avoir lieu à la demande de la commission ou à la demande du médecin.

Article 10

La commission est obligée de fournir au Procureur de la Reine, et ce, sur simple demande, tous les documents dont il peut le cas échéant avoir besoin :

1° pour pouvoir apprécier l'intervention du médecin dans le cas visé à l'article 9, deuxième alinéa ; ou

2° pour les besoins d'un acte d'information.

La commission informe le médecin qu'elle a fourni des informations au Procureur de la Reine.

Paragraphe 6 : Mode de fonctionnement

Article 11

La commission se charge de l'enregistrement des cas d'euthanasie demandée ou de suicide assisté, qui ont été soumis à son appréciation. [...].

Article 12

1. Les décisions sont prises à la majorité simple des voix.

2. Une décision peut uniquement être arrêtée par la commission si tous les membres de la commission ont pris part au vote.

Article 13

Les présidents des commissions régionales de contrôle se rencontrent au moins deux fois par an afin de discuter de la manière de travailler et du fonctionnement des commissions. Sont invités à la concertation, un représentant du Collège des procureurs généraux et un représentant de l'Inspection de la santé du Contrôle de l'Etat sur la santé publique.

Paragraphe 7 : secret professionnel

Article 14

Les membres et les membres suppléants de la commission sont tenus par un devoir de confidentialité concernant les données dont ils ont connaissance dans le cadre de l'exécution de leur mission, sauf et à moins qu'une prescription légale leur impose une obligation de communication ou que la nécessité d'une communication s'impose dans le cadre de l'exercice de leur mission.

Article 15

Un membre de la commission qui siège au sein de la commission pour le traitement d'une affaire, peut se faire excuser et peut être récusé s'il existe des faits ou des circonstances dans lesquelles l'impartialité de son jugement peut ne pas être parfaite.

Article 16

Les membres, les suppléants et le secrétaire de la commission s'abstiennent de se prononcer sur l'intention d'un médecin d'accorder une euthanasie demandée ou un suicide assisté.

Paragraphe 8 : Rapport

Article 17

1. Les commissions remettent chaque année, avant le 1^{er} avril, un rapport général à Nos Ministres, portant sur leurs activités au cours de l'année civile écoulée.[...]

2. Le rapport d'activités fait dans tous les cas mention :

a. du nombre de cas signalés d'euthanasie et de suicide assisté ;

b. de la nature de ces cas ;

c. des décisions et des considérations émises dans ce cadre.

Article 18

[...]

Article 19

[...]

CHAPITRE IV. MODIFICATIONS D'AUTRES LOIS

Article 20

Le Code pénal est modifié comme suit.

Article 293

1. Est punie d'une peine d'emprisonnement de maximum douze ans ou d'une amende de la cinquième catégorie, toute personne qui met fin intentionnellement à la vie d'une autre personne à la demande formelle et sérieuse de celle-ci.

2. Le fait visé au premier alinéa n'est pas punissable s'il est commis par un médecin qui satisfait aux exigences de minutie visées à l'article 2 de la Loi sur le contrôle de l'euthanasie et du suicide assisté et qui en a informé le médecin légiste de la commune conformément à l'article 7, deuxième alinéa de la Loi sur les funérailles.

Article 294

1. Toute personne qui incite volontairement une autre personne au suicide est, si le suicide s'ensuit, punie d'une peine d'emprisonnement de maximum trois ans ou d'une amende de la quatrième catégorie.

2. Toute personne qui aide volontairement une autre personne à commettre un suicide ou qui lui en fournit les moyens, est, si le suicide s'ensuit, punie d'une peine d'emprisonnement de trois ans maximum ou d'une amende de la quatrième catégorie. L'article 293, deuxième alinéa, est également applicable.

[...]

Article 21

La loi sur les funérailles se voit modifiée comme suit :

Article 7

1. Celui qui a procédé à une autopsie délivre un certificat de décès, si il est convaincu que la mort est intervenue à la suite d'une cause naturelle.

2. Si le décès résulte d'une euthanasie ou d'un suicide assisté comme visé respectivement à l'article 293, deuxième alinéa, et à l'article 294, deuxième alinéa, deuxième phrase du Code pénal, le médecin traitant ne délivre aucun certificat de décès et informe sans attendre le médecin légiste de la commune ou l'un des médecins légistes de la commune de la cause dudit décès en remplissant un formulaire. Le médecin joint à sa communication un rapport dûment motivé quant au respect des exigences de minutie visées à l'article 2 de la Loi sur le contrôle de l'euthanasie et du suicide assisté.

3. Si le médecin traitant estime, dans d'autres cas que ceux visés au deuxième alinéa, ne pas pouvoir délivrer de certificat de décès, il en informe sans attendre le médecin légiste de la commune ou un des médecins légistes de la commune, en remplissant un formulaire.

[...]

Article 10

1. Si le médecin légiste de la commune estime ne pas pouvoir délivrer de certificat de décès, il en fait rapport sans attendre au Procureur de la Reine en remplissant un formulaire, et prévient sans attendre l'officier de l'Etat civil.

2. Sans préjudice du premier alinéa, dans le cas d'une communication effectuée comme visé à l'article 7, deuxième alinéa, le médecin légiste de la commune fait sans attendre rapport à la commission régionale de contrôle visée à l'article 3 de la Loi sur le contrôle de l'euthanasie demandée et du suicide assisté, et ce, en remplissant un formulaire. Il y joint le rapport dûment motivé visé à l'article 7, deuxième alinéa.

Article 12

Une phrase est ajoutée à l'article 12, en l'espèce : Si le Procureur de la Reine estime, dans les cas visés à l'article 7, deuxième alinéa, ne pas pouvoir délivrer une déclaration de non opposition à l'inhumation ou à la crémation, il en informe sans attendre le médecin légiste de la commune et la commission régionale de contrôle visée à l'article 3 de la Loi sur le contrôle de l'euthanasie demandée et du suicide assisté.

[...]

ESPAGNE

Le Parlement de Catalogne a récemment approuvé une nouvelle loi concernant l'information relative à la santé et l'autonomie du malade. Cette loi DOGC num. 3303 a été publiée le 11.01.2001 au Journal officiel de la Généralité de Catalogne. Nous en donnons ci-après quelques extraits qui nous intéressent particulièrement.

DÉPARTEMENT DE LA PRÉSIDENTE. LOI 21/2000 DU 29 DÉCEMBRE RELATIVE AUX DROITS À L'INFORMATION MÉDICALE ET À L'AUTONOMIE DU MALADE, AINSI QU'ÀUX DONNÉES CLINIQUES

Après un rappel de l'intérêt porté par les institutions internationales aux droits des malades, le document souligne, dans son préambule, l'importance particulière de la Convention du Conseil de l'Europe, datant du 4 avril 1997, qui traite de la protection des droits humains et de la dignité humaine appliquée aux domaines de la biologie et de la médecine. Cette convention est entrée en vigueur dans l'État espagnol le 1^{er} janvier 2000. Par ailleurs, la loi catalane 15/1990, qui traite de l'organisation du système de santé, évoque le respect indispensable de la dignité de la personne et de sa liberté individuelle, de son intimité et de son droit à la confidentialité des informations qui la concernent.

La nouvelle loi, dont il est question ici, complète et élargit les prescriptions de la législation catalane existante en y incluant notamment la reconnaissance du « testament de vie » ou « testament biologique », afin que le médecin soit en mesure de « déterminer, avant toute intervention médicale, la volonté (du malade) au cas où, au moment de l'intervention, celui-ci ne serait pas en mesure de s'exprimer. »

Le dernier paragraphe de ce préambule précise que « le but fondamental » de cette Loi 21/2000 est, en définitive, « l'approfondissement dans la mise en pratique des droits à l'information, au consentement éclairé et à l'accès au dossier clinique » pour tous les citoyens de la Catalogne.

Chapitre 1 – Article 1

La présente loi a pour objet

- a) de préciser le droit du malade à l'information relative à sa santé et son droit de décision autonome
- b) de réglementer le dossier clinique des malades dans les services de santé.

Chapitre 2 – Article 2

Définition et limites du droit à l'information médicale

1. Quelle que soit l'intervention médicale envisagée, le malade a le droit de connaître toutes les données existantes concernant sa santé. Néanmoins, il y a également lieu de respecter sa volonté éventuelle de ne pas être informé.
2. L'information doit faire partie de toute pratique d'aide médicale, elle doit être véridique et formulée de manière compréhensible compte tenu des besoins et des demandes du malade, ce afin de lui permettre de prendre ses décisions en toute autonomie.
3. Il incombe au médecin responsable du traitement de garantir le respect de ce droit à l'information. En sont également tenus les professionnels qui l'assistent ainsi que ceux qui interviennent pratiquement au niveau d'une technique ou toute autre procédure médicale.

Article 3

Le titulaire du droit à l'information

1. Le titulaire du droit à l'information est le malade. Les personnes désignées par lui doivent également être informées dans la mesure où il l'a expressément ou tacitement autorisé.
2. En cas d'incapacité, le malade doit être informé dans toute la mesure de ses possibilités, sans qu'il soit omis d'informer également celui ou celle qui est en droit de le représenter.
3. Si, aux yeux du médecin responsable du traitement, le malade n'est pas en état de recevoir l'information parce qu'il se trouve dans un état physique ou psychique l'empêchant de prendre sa situation en charge, il y a

lieu d'informer également sa famille ou toutes autres personnes qui lui sont proches.

Le chapitre 3 traite du droit du malade à la protection de sa vie privée.

Chapitre 4 – Article 6

Le consentement éclairé

1. Toute intervention médicale requiert le consentement éclairé et libre du malade après information préalable telle qu'évoquée à l'article 2.2. Ce consentement doit être donné par écrit dans le cas d'une intervention chirurgicale, de procédures ou diagnostics envahissants et, plus généralement, dans le cas de traitements qui peuvent entraîner des risques et des inconvénients graves et prévisibles pour la santé du patient.
2. Le document témoin du consentement doit être spécifique à chaque intervention éventuelle, sans qu'il soit exclus d'y adjoindre tout autre document ou moyen informatif d'ordre général. Ce document principal doit fournir une information suffisante sur la mesure thérapeutique proposée et les risques qu'elle implique.
3. La personne concernée peut à tout moment révoquer librement son consentement.

L'article 7 traite des exceptions à l'exigence du consentement, notamment lorsque le patient n'est pas en état de s'exprimer et que l'urgence exige une intervention immédiate. Le point d) précise :

- d) lorsqu'il s'agit d'un mineur, et que celui-ci n'est pas en état, ni intellectuellement ni psychologiquement, de comprendre la portée de l'intervention, le consentement doit être donné par son représentant, ce après avoir tout de même cherché à connaître l'avis du patient s'il a plus de 12 ans. Dans les autres cas, et spécialement s'il s'agit de mineurs émancipés et d'adolescents de plus de 16 ans, le mineur doit personnellement donner son consentement.

Article 8

La déclaration anticipée

1. La déclaration anticipée est un document adressé au médecin responsable, par lequel une personne adulte et raisonnablement lucide exprime librement sa volonté et donne toute instruction pour le cas où elle se trouverait dans une situation qui ne lui permette pas une telle disposition. Le signataire peut également désigner dans ce document la personne qui deviendra l'interlocuteur légal et indispensable du médecin ou de l'équipe soignante, afin qu'elle se substitue à lui s'il ne peut exprimer lui-même sa volonté.
2. Un témoignage doit exister attestant que cette déclaration anticipée a bien été rédigée selon les conditions fixées au §1. A cet effet, elle sera entérinée :
 - a) soit par un notaire. Dans ce cas, la présence de témoins n'est pas nécessaire.
 - b) soit par trois témoins adultes en pleine possession de leurs moyens ; deux d'entre eux au moins ne peuvent présenter un lien de parenté jusqu'au deuxième degré avec l'auteur de la déclaration ni lui être lié par des avantages patrimoniaux.
3. Des volontés anticipées qui contiennent des demandes contraires à la loi ou à la bonne pratique clinique ou qui ne correspondent pas à la situation prévue au moment où elles ont été rédigées, ne peuvent être prises en compte.
4. (...) La suite du document précise les conditions du dossier clinique.

(Nous remercions Madame Garcia Amparo pour la traduction de cette loi dont le texte intégral en espagnol ou en français peut être obtenu à l'ADMD).

ÉTATS-UNIS

Tentatives de mettre au point des moyens non médicaux d'auto-délivrance

d'après « Right to Die Newsletter » n° 75, 15.12.2000

Un groupe de travail incluant des associations pour le droit de mourir, essentiellement des USA, du Canada et de l'Australie, s'efforce d'étudier des systèmes d'auto-délivrance *non condamnables par la loi, c'est à dire sans médicaments ni médecins*, par exemple en inhalant des gaz inertes.

Pourquoi cette orientation, aujourd'hui ?

Tout d'abord, malgré les efforts déployés par les associations en vue d'obtenir la légalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie volontaire et en dépit du désir d'une grande majorité de la population, on a été amené à penser qu'un changement inscrit dans la loi prendrait encore longtemps, même si l'on continuait à lutter énergiquement pour y parvenir. Maints exemples aux USA (Maine - Californie - Michigan, etc.) et en Australie nous montrent en effet qu'il y a eu de nombreuses mais vaines tentatives pour faire prendre en considération des propositions de loi en ce sens. Ensuite, et surtout, parce que la Chambre des Représentants du Congrès américain a voté en 1999 une proposition de loi appelée « Pain Relief Promotion Act » dont l'objectif est *d'interdire l'utilisation par les médecins de substances pharmaceutiques contrôlées*, celles qui sont efficaces à la fois pour soulager la douleur et donner une mort douce à un malade en fin de vie.

Bien entendu, les auteurs (Hyde et Nickles), tout en encourageant le soulagement de la douleur, voulaient rendre tout à fait condamnable l'aide à mourir (sanctions prévues : de vingt ans à la prison à vie).

La proposition de loi Hyde-Nickles a suscité une vraie bataille politique et de nombreux débats d'ordre éthique.

Grâce à l'acharnement du sénateur Ron Wyden de l'Oregon, elle n'est pas passée au Sénat en séance plénière et les élections sont arrivées à temps pour en empêcher le vote.

Il est certain que l'Oregon était directement visé

par ce texte puisque le suicide assisté y est légal depuis 1997. Et aujourd'hui, Bush étant président, que ne peut-on craindre de la part de la majorité républicaine ?

Il est donc compréhensible que l'on tente de mettre au point diverses méthodes de suicide (self-deliverance) excluant l'usage des médicaments.

Mais le cœur se serre à la pensée de préparatifs terriblement techniques et d'une mort si solitaire, au lieu d'une mort douce et accompagnée, comme en Hollande ou en Suisse et, espérons-le, bientôt en Belgique ?

Anne-Marie Staelens

DANS L'ÉTAT D'OREGON

Le suicide médicalement assisté en 1998-2000

d'après New England Journ. of Medicine, 2001, 344, N° 8

Comme nous l'avons déjà signalé à plusieurs reprises, le suicide assisté est légalisé depuis 1997 dans l'État d'Oregon. Il s'agit d'une prescription létale que le médecin remet à son patient. Le médecin peut être présent au moment de la mort, ou cela se passe en son absence, au choix. Depuis la légalisation, un rapport est publié annuellement par la Division de Santé de l'État d'Oregon dans le New England Journal of Medicine. Il en ressort que 39 prescriptions mortelles ont été délivrées en l'an 2000 (24 en 1998 et 33 en 1999). De ces 39 patients, 26 sont morts après avoir pris les produits prescrits (16 en 1998 et 27 en 1999) ; 8 sont morts de leur maladie et 5 étaient toujours en vie à la fin de l'an 2000.

L'étude compare les patients qui ont choisi le suicide assisté, et des personnes décédées en 1999 de maladies semblables (sans suicide assisté). Il en ressort que ces deux groupes de patients sont semblables, sauf sur un point : la probabilité que la personne choisisse le suicide assisté est d'autant plus grande que son niveau d'études est élevé.

On relève que, d'une manière générale, le nombre de patients ayant fait ce choix reste peu élevé.

ndlr. D'après le président de la Hemlock Society de la Delaware Valley, le petit nombre de cas connus s'explique par le fait que beaucoup de

patients ne réussissent pas à obtenir une aide et aussi parce que certains cas ne sont pas déclarés (crainte de représailles ?).

Anne Hainaux

Un nouveau cas

Associated Press, 6 mars 2001

Une femme de 66 ans atteinte d'un cancer du sein avec métastases hépatiques et cérébrales est décédée le 5 mars après avoir obtenu une prescription létale, conformément à la législation en vigueur dans cet État. « Je veux mourir paisiblement et en présence de ceux que j'aime » a-t-elle déclaré à la presse deux jours avant d'absorber le breuvage. Elle est morte chez elle 37 heures plus tard. Les médecins estimaient qu'il lui restait deux mois à vivre en se détériorant progressivement, physiquement et mentalement.

FRANCE

Anne-Marie Dourlen-Rollier décorée de la Légion d'Honneur

Bulletin ADMD France n° 78, février 2001

Notre conseil d'administration, en son nom et au nom de tous nos membres, se joint au président Caillavet dans l'hommage si justement rendu à celle dont nous connaissons les combats depuis des décennies et qui est et restera pour nous un modèle de conviction et de courage dans la défense des nouveaux droits de notre siècle.

Bien chères adhérentes et chers adhérents,

J'ai la joie de vous annoncer une nouvelle importante pour l'ADMD. Notre amie, Madame Anne-Marie Dourlen-Rollier, a été promue chevalier dans l'Ordre national de la Légion d'Honneur. Cette haute distinction honore un passé militant éclairé. Notre vice-présidente a été en effet de tous les combats pour la liberté : planning familial, IVG, stérilisation, euthanasie, etc.

Tour à tour avocate de talent et magistrate lucide

et humaine elle n'a cessé d'œuvrer pour la dignité. Bien qu'Anne-Marie Dourlen-Rollier ait été promue au titre du Ministère de la justice, ce qui confère à cet hommage une lumière particulière, c'est que ce n'est point tant comme avocate honoraire ou ancienne magistrate qu'elle reçoit cette distinction. Avant tout, c'est en sa qualité de Vice-Présidente de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité qu'elle la reçoit.

Désormais, comment des tribunaux pourraient-ils ignorer la justesse de notre cause et appliquer sévèrement un Code Pénal chaque fois contredit par les sondages alors que, par ailleurs, le Comité Consultatif National d'Éthique a voté « le principe de l'exception euthanasique » ?

Par la nomination d'Anne-Marie Dourlen-Rollier, qui nous représente dans les Instances internationales, le Ministère de la justice reconnaît le caractère humanitaire des buts de notre Association en sorte que cette décision autorise un nouvel espoir. L'ADMD quitte la sphère de la subversion pour celle de l'honorabilité. À nous maintenant de savoir exploiter avec réalisme ce succès.

Au nom de vous tous, adhérentes et adhérents, j'adresse à notre estimable amie, Madame Anne-Marie Dourlen-Rollier, nos compliments les plus vifs et l'assurance de notre estime.

Henri Caillavet

PAYS-BAS

Critères de prudence aux Pays-Bas

Une enquête a été menée en 1995 et 1996 parmi les médecins néerlandais, portant sur leur expérience en matière d'euthanasie et de suicide assisté. On avait demandé aux médecins de décrire le dernier cas où ils avaient refusé une demande d'euthanasie, et le dernier cas où ils avaient accepté de pratiquer une euthanasie ou un suicide assisté.

Les mêmes chercheurs ont maintenant étudié, sur base de cette même enquête, les différences entre les cas « accordés » et « refusés ». Les résultats ont été publiés dans le British Medical Journal. Il en

ressort que les critères de prudence, qui sont censés guider la décision, sont plus souvent présents dans les cas « accordés ». Deux critères en particulier semblent jouer un rôle important dans les refus : la possibilité d'essayer un autre traitement, et le fait que le patient présente des symptômes psychiatriques ou de dépression. Il semble que, si on les compare avec les patients dont la demande est acceptée, les patients dont la demande est refusée aient plus de problèmes de santé mentale et soient moins souvent en phase terminale de leur maladie.

Anne Hainaux

SUISSE

Aide au suicide

D'après les bulletins des associations EXIT (Suisse alémanique et romande), décembre 2000 et février 2001

Le 26 octobre 2000, la municipalité de la Ville de Zurich a décidé de lever une interdiction datant de 1987 et d'autoriser, à partir du 1^{er} janvier 2001, l'assistance au suicide (mais non l'euthanasie) dans la vingtaine d'établissements médico-sociaux (EMS) de la Ville. En particulier, les associations telles qu'EXIT sont autorisées à intervenir dans les homes. Par contre, l'assistance au suicide reste interdite dans les hôpitaux : les patients qui désirent en bénéficier doivent rentrer chez eux. ^{1*}

Droit à l'autodétermination

M. Robert Neukomm, chef du Département municipal de la santé, a étayé sa décision en s'appuyant sur les arguments suivants :

- Les pensionnaires des EMS capables de discernement doivent pouvoir exercer comme les autres leur droit à l'autodétermination en ce qui concerne leur fin de vie.
- Le Code pénal suisse ne condamne pas l'assistance au suicide lorsqu'elle est pratiquée pour des motifs qui ne sont pas égoïstes.

* La différence s'explique par le fait que les patients hospitalisés ont encore un domicile, ce qui n'est pas le cas de ceux séjournant dans un home.

- Les personnes hébergées en EMS n'ont plus d'autre « chez soi » : les obliger à sortir de l'EMS pour s'autodélivrer (ce qui était le cas jusqu'ici) est une contrainte qui porte atteinte à leur liberté de choix.

Le personnel des EMS peut accompagner les pensionnaires dans leur démarche, mais n'est pas autorisé à intervenir (il peut être présent, mais pas agir). En cas de doute sur un cas, celui-ci sera soumis à une commission indépendante. Les personnes atteintes de maladie psychique ne sont pas concernées.

La municipalité a pris cette décision après avoir consulté les cadres des EMS et recouru à des expertises extérieures (juridiques, éthiques et théologiques).

Le 7 février dernier, le Conseil communal de Zurich, par 69 voix contre 40, a passé outre à l'opposition du parti démocrate chrétien et approuvé la décision de la municipalité.

(Nous remercions Madame Nane Pauli pour la traduction du texte allemand)

EN BREF...

Enquêtes en Espagne et en Allemagne

d'après Relevantant n° 1 - 2001

L'association des Consommateurs espagnols OCU a mené une enquête auprès des médecins et du personnel soignant sur le thème de l'euthanasie. Il en ressort que 65 % des médecins et 85 % du personnel soignant ont été sollicités par des demandes d'euthanasie ou d'aide au suicide. Les trois quarts d'entre eux se sont dits favorables à la légalisation de l'euthanasie lorsque le patient est en phase terminale et que sa souffrance est insupportable sans pouvoir être allégée.

En Allemagne, le journal Die Woche a, de son côté, publié les résultats d'une enquête menée auprès du grand public. On apprend ainsi que deux tiers des Allemands sont favorables au principe de l'euthanasie. 64 % approuveraient une loi sur le modèle de la législation existante en Hollande et 29 % y sont opposés.

Geo Werbrouck

NOUVELLES DE L'ADMD

Nous sommes heureux de pouvoir vous annoncer qu'un « relais local » de l'ADMD existe dorénavant pour la région de Namur.

Madame Nelly Bériaux a en effet spontanément proposé sa collaboration. Nous l'en remercions très vivement.

Voici ses coordonnées :

**Rue de Warichet, 22 (Meux) – 5081 La Bruyère
Tél/Fax : 081/56.98.21**

Pour des raisons personnelles, Madame Liliane Valter a demandé à être déchargée des fonctions de « contact » qu'elle assumait pour Liège. Elle l'a fait avec beaucoup de dévouement et nous l'en remercions chaleureusement. Elle a « passé le flambeau » à

**Madame Madeleine Dupont
rue Belvaux, 190 – 4030 Grivegnée
Tél : 04/344.12.29**

LA DÉCLARATION ANTICIPÉE DE VOLONTÉS (« TESTAMENT DE VIE ») DE L'ADMD UNE ÉTUDE DE 804 DÉCLARATIONS

Nous avons réalisé, à l'intention des sénateurs qui étudient actuellement la proposition de loi sur l'euthanasie, une analyse (anonyme bien entendu) des souhaits exprimés dans les testaments de vie en notre possession. Nous pensons que ce dossier pourra intéresser certains de nos lecteurs et vous le présentons ci-dessous.

INTRODUCTION

Avec des modalités diverses qui, en dehors des Pays-Bas, excluent cependant l'euthanasie, le « testament de vie » a valeur légale et donne force obligatoire à la volonté du patient dans plusieurs pays : au Danemark, dans quatre États australiens, dans cinq provinces canadiennes, dans la plupart des états des États-Unis ainsi que dans plusieurs

cantons suisses. Le Parlement de Catalogne vient d'adopter unanimement le 26 octobre 2000 une loi portant sur la déclaration anticipée (directives avancées) dont l'essentiel est rapporté dans le présent bulletin. En Grande-Bretagne, la British Medical Association recommande aux médecins de respecter les « directives avancées », en particulier en ce qui concerne la clause de ne pas réanimer en cas d'arrêt cardio-respiratoire chez un patient en situation médicale désespérée. La déclaration anticipée (« testament de vie ») de l'ADMD répond essentiellement au souci de donner au patient irréversiblement inconscient ou incapable de s'exprimer, la possibilité de faire connaître au médecin qui aura à gérer cette situation ses préférences ou ses objections pour certains types de traitements médicaux et éventuellement, d'indiquer le souhait de la personne signataire de voir mettre activement fin à sa vie.

Dans le cadre du débat actuel au Sénat, il nous a semblé utile de faire part de l'expérience acquise par notre association dans la pratique d'un « testament de vie ». Les grandes lignes avaient été exposées lors de l'audition de la présidente de l'ADMD Jacqueline Herremans. Nous avons tenu à compléter cette information grâce à l'examen de quelque huit cents testaments de vie reçus dernièrement.

Notre formule intitulée « *Dernières volontés relatives à ma mort* » a été remplie à ce jour par plusieurs milliers de personnes. Ce document laisse au signataire le choix entre plusieurs options. Il comporte trois clauses « standard » que le membre accepte comme telles ou en refuse l'une ou plusieurs, ainsi qu'une quatrième clause permettant de mentionner d'autres volontés laissées à la libre initiative du signataire. Celui-ci est invité à désigner un ou plusieurs « garants », prêts à attester de la lucidité du signataire. Une brochure explicative détaillée est remise aux

membres en même temps que le document lui-même.

La déclaration peut être modifiée à tout moment au gré de son auteur et est confirmée chaque année par un timbre apposé sur la carte de membre. Un exemplaire est conservé à l'association à toutes fins utiles.

Bien que ce testament n'ait pas de valeur légale, l'association a considéré qu'il peut jouer un rôle individuel important d'une part en faisant connaître sans équivoque au médecin, soucieux de respecter les volontés de son patient, l'état d'esprit de ce dernier en ce qui concerne les traitements à appliquer en cas d'inconscience irréversible et d'autre part, en constituant une protection pour le médecin, lorsqu'il s'agit de décisions en accord avec la déontologie et la législation, mais qui pourraient faire l'objet de contestations, voire de poursuites judiciaires (ne pas avoir réanimé un malade inconscient se trouvant en phase terminale d'un cancer, ou avoir arrêté la respiration artificielle ou le gavage d'un patient irréversiblement inconscient par exemple).

ANALYSE

Matériel

Ont été analysés 804 testaments reçus à l'Association entre le 1^{er} janvier 1995 et le 30 août 2000. Il s'agit soit de testaments de nouveaux membres, soit de testaments actualisés entre ces dates. Ils ont été rédigés par 557 femmes et 247 hommes.

Les âges des signataires sont compris entre 30 et 96 ans (moyenne: 68 ans). 343 signataires résident à Bruxelles et 461 en Wallonie.

RÉSULTATS

768 testaments sur 804 reprennent les trois clauses « standard ».

7 membres ont supprimé les clauses 1 et 2 (« ne pas être maintenu en vie artificiellement » et « administrer des médicaments susceptibles de hâter la mort ») pour ne laisser figurer que la demande d'euthanasie active ; 29 ont supprimé la clause 3 (« que l'on n'hésite pas à pratiquer l'euthanasie active »).

L'analyse des clauses ajoutées met en évidence des points particuliers qui témoignent des préoccupations principales des signataires :

- 101 refus de réanimation
- 78 refus de traitement de complications mortelles
- 74 refus d'hydratation et de gavage
- 44 refus d'assistance religieuse
- 31 souhaits d'assistance religieuse
- 32 souhaits de mourir à domicile.

DISCUSSION

Le premier article du testament pourrait paraître superflu puisqu'il est généralement toléré d'administrer des drogues à doses suffisantes pour apaiser les souffrances même si elles sont susceptibles de hâter la mort. Mais, en dépit des progrès dans ce domaine, des réticences subsistent dans certains centres quant à l'utilisation de doses suffisantes de telles drogues. La déclaration du patient peut donc apaiser les hésitations du médecin ou constituer une pression morale.

La demande de ne pas être maintenu en vie artificiellement (refus d'être mis au respirateur ou d'être nourri artificiellement par sonde ou par gastrostomie) est, en principe, en accord avec la réprobation unanime de l'acharnement thérapeutique. On sait cependant combien sont difficiles à prendre les décisions qui entraînent la mort, même s'il ne s'agit que de « laisser mourir ». Elles sont souvent retardées pour éviter le reproche d'être « prématurées » et la nécessité éventuelle d'administrer des sédatifs et des hypnotiques en même temps que l'interruption du traitement entraîne le risque d'accusation d'euthanasie: l'affaire du patient du CHR de la Citadelle l'a montré. D'autre part, une étude émanant du centre d'éthique biomédicale de la KUL a mis en évidence que les deux tiers des médecins en charge de patients en état végétatif persistant estiment que la décision de supprimer le gavage pour permettre la mort serait facilitée par la connaissance des vœux antérieurement exprimés par le patient.

Quant à la demande de mettre activement fin à la vie, elle ne trouverait évidemment sa pleine signification que si l'euthanasie demandée était légalement rendue possible. Elle permettrait, en

effet, dans les situations d'inconscience ou de semi-inconscience irréversibles ou terminales de causes diverses, d'utiliser des moyens médicalement adéquats pour abrégé l'agonie au lieu de techniques discutables et qui ne sont souvent choisies que parce qu'elles permettent d'échapper à l'accusation de meurtre.

Il est intéressant de noter que si tous les signataires expriment leur volonté de ne pas être maintenus en vie artificiellement en cas de déchéance physique ou intellectuelle irréversible et d'impossibilité d'exprimer leur volonté, 96,4 % des membres sollicitent dans ce cas une euthanasie active. Parmi les mentions non prévues dans le document, il faut noter que 13 % des membres demandent spontanément de ne pas être réanimés en cas de perte de conscience dans une telle situation.

Le nombre de garants médecins est à souligner : 55 % des testaments portent un nom de médecin comme garant. S'il ne signifie pas nécessairement l'adhésion du médecin aux volontés exprimées, ce nombre témoigne au minimum d'une absence d'opposition de la part de nombreux membres du corps médical et apporte un témoignage de plus pour infirmer la thèse si souvent répétée de l'opposition des médecins au respect des volontés du patient, thèse déjà contredite par le soutien actif de plus de 2.400 médecins à notre «Appel en

faveur de la dépénalisation de l'euthanasie demandée».

CONCLUSION

L'expérience de plusieurs années de pratique de la déclaration anticipée de volontés par l'ADMD montre qu'une telle déclaration est considérée par ses membres comme importante. En effet, la plupart des membres prennent la peine de la rédiger bien qu'ils soient parfaitement conscients que, dans la situation actuelle, sa valeur soit très relative et, même lorsque le médecin est favorablement disposé, entièrement dépendante de son courage, en particulier pour tout ce qui concerne des actes pouvant entraîner des conséquences judiciaires dans le cadre de la législation actuelle.

Malgré ces limitations, elle rassure les signataires et contribue, lorsqu'elle est discutée avec le médecin, à créer un climat de confiance et à ouvrir le dialogue sur la manière dont serait éventuellement géré le processus de mort. On peut penser que si elle était reconnue légalement, sa pratique se développerait rapidement et permettrait une gestion médicalement et humainement plus adéquate des situations d'inconscience et de semi-inconscience irréversibles ou terminales dont les spécialistes des soins intensifs ont souligné la fréquence et la complexité.

À l'occasion de son assemblée générale (à laquelle seront convoqués individuellement les membres effectifs), l'ADMD présentera le document vidéo

« Mourir pour soi »

Production : Office national du Film du Canada, réalisation : Lina B. Moreco

le samedi 28 avril 2001 à 15,15 h.

à l'Institut Bordet, 121 boulevard de Waterloo à 1000 Bruxelles

Cette séance est ouverte à toutes et à tous...

Euthanasie | Les commissions réunies vendredi et samedi à Val-Duchesse

Les conditions de la mort sur demande

L'euthanasie au Conseil d'Etat

SÉNAT Armand De Decker y enverra le texte "d'autorité" à la fin du débat en commissions

L'euthanasie comme soin ultime et acte de solidarité

« A chacun de choisir les voies de son destin »

« Impression grandissante que le texte est mal ficelé »

POUR

Nom. Philippe Monfils
Parti. PRL
(majorité)



Nom. Philippe Mahoux
Parti. PS
(majorité)



□ Philippe Monfils. J'exprime ma satisfaction prudente. Nous avons largement tenu compte des auditions d'experts. De nombreux amendements ont été adoptés. L'article 3 a été entièrement réécrit, tandis que de l'opposition

rien n'est venu. Les conditions de l'euthanasie sont renforcées pour les malades en dehors de la phase terminale. On ne peut interdire à quelqu'un de choisir les voies de son destin quand toute la clarté a été faite.

□ Philippe Mahoux. Ce vote suscite chez moi gravité et satisfaction. La philosophie de base de la proposition de loi me semble partagée par une majorité de sénateurs. Je souligne que la demande du patient doit être écrite et qu'en dehors de la phase terminale l'avis d'un psychiatre et un mois de délai supplémentaire sont nécessaires.

Je ne me sens pas en droit de refuser à un malade incurable le droit à une mort digne et un dernier acte d'humanité. Je note encore que, si le patient le demande, le médecin doit consulter toutes les personnes qu'il souhaite voir consultées.

M. L.

CONTRE

Nom. Clotilde Nyssens
Parti. PSC
(opposition)



Nom. Alain Destexhe
Parti. PRL
(majorité)



□ Clotilde Nyssens. Plus j'étudie ce texte, plus j'ai l'impression qu'il est mal ficelé et qu'il est décidément bien difficile de codifier la mort... Ce texte ne mentionne pas assez explicitement l'euthanasie. Il évoque une infraction,

mais une infraction à quoi? Le texte ne prévoit pas non plus de sanction spécifique en cas de vice de procédure commis par le médecin. Sanctionnera-t-on de la même manière le médecin auteur d'un simple vice de forme et celui qui aura pratiqué une euthanasie en dehors des conditions autorisées? Gare à l'avis du Conseil d'Etat sur cette proposition de loi!

□ Alain Destexhe. Chacun a pu s'exprimer, à la limite un peu trop... Et pourtant, les modifications apportées au texte n'ont été que cosmétiques. Je reste inquiet: la proposition de loi me paraît peu applicable, surtout si on la compare à la loi hollandaise équivalente, plus concise et moins bureaucratique. Je déplore également qu'on n'ait pas dissocié les phases terminale et non terminale. Au sein du PRL, en tous cas, ce n'est certainement pas gagné...

M. L.

Destexhe dépose « sa » proposition

Euthanasie: proche d'un accord arc-en-ciel

Commission du Sénat. Les membres de la majorité presque unanimes

Euthanasie: un jusqu'au-boutisme inquiétant



Dubie a voté pour, Destexhe contre. La législation euthanasie avance. photo Belga

Non à l'acharnement législatif !

par Jean-Michel Longneaux, assistant aux Facultés de Namur.

Euthanasie: un pas de plus vers une loi

ARTICLE 3 Les commissions de la Justice et des Affaires sociales du Sénat ont voté l'article la proposition qui fixe les conditions dans lesquelles une euthanasie peut être pratiquée

Une médecine parfois impuissante à assurer une mort digne

Dans une «Carte blanche» publiée il y a moins d'un an («Le Soir» du 9/6/2000), je plaçais pour six médecins et infirmières inculpés d'assassinat. Depuis le 9 mars dernier, un septième «assassin» est emprisonné pour avoir mis fin aux souffrances de patients en situation terminale irréversible, mais dont on a écrit que les médecins avaient décidé qu'ils ne devaient pas être réanimés, c'est-à-dire qu'on devait «les laisser mourir».

Jeune infirmier de la clinique La Dorcas, à Tournai, il est l'objet d'informations contradictoires et dont les sources sont peu crédibles: on suggère soit qu'il était dépressif, soit qu'il était compétent et dynamique (il aurait monté une cellule d'accueil pour recevoir les proches des patients dans un environnement plus humain), soit encore qu'il était hypersensible; il n'aurait agi par injection létale que dans un seul cas et le moyen qu'il aurait rapporté-t-on, utilisé dans d'autres cas (deux? dix?) est difficile à comprendre. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que sa motivation était sa compassion (...).

Ce cas est loin d'être isolé. Comme beau-

coup de témoignages l'attestent, les infirmiers et infirmières sont souvent, en milieu hospitalier, plus proches des mourants que les médecins (...). Les circonstances de leurs gardes leur permettent, plus facilement qu'aux médecins, de poser dans la clandestinité le geste d'humanité que la loi condamne. Mais ils ne sont pas pour autant à l'abri d'une dénonciation.

Il faut rappeler l'inculpation en janvier 2000 d'une jeune infirmière de la clinique universitaire d'Anvers à Edegem (UZA), mère de 4 enfants, qui, au cours de sa garde nocturne, administra une injection létale à sa tante, 72 ans, hospitalisée en phase terminale d'une affection hépatique, comateuse et déjà traitée par de fortes doses de morphine. Dénoncée par des collègues, elle fut immédiatement licenciée et inculpée d'assassinat. Pour la garder emprisonnée pendant trois mois, ainsi que ses parents, accusés de complicité, le parquet d'Anvers suggéra un acte dicté par l'attrait d'un héritage, une thèse invraisemblable (...) et d'ailleurs bientôt abandonnée. Elle attend actuellement d'être jugée.

Christine Malèvre, infirmière à Mantes-la Jolie, dans la banlieue de Paris, attend depuis trois ans son procès en assises. Ayant reconnu avoir pratiqué trois euthanasies d'agonisants à qui elle avait promis cette aide ultime, elle fut immédiatement licenciée et inculpée. La justice tente aujourd'hui de lui en attribuer onze.

Tueurs ou dispensateurs aux mourants de la seule possibilité d'être aidés?

Une infirmière niçoise de 49 ans dont le nom n'a pas été révélé, dénoncée par la directrice de la maison de retraite où elle travaillait, est inculpée pour avoir administré, à leur demande, un mélange létal à cinq malades incurables en phase terminale. Elle est en liberté provisoire (...).

Ces cas ne sont que la face visible d'un drame bien plus vaste: une importante étude, réalisée aux Etats-Unis auprès de 900 infirmières travaillant dans des unités de soins intensifs et publiée dans la littérature médicale la plus sérieuse, a ré-

vélé que plus d'une centaine d'entre elles avaient pratiqué des interruptions actives de vie, dont un tiers sans en parler au médecin.

Ces faits doivent d'abord nous rappeler que la médecine est parfois impuissante à assurer une mort digne, sans souffrance et sans détresse. On sait depuis les auditions au Sénat que c'est fréquemment le cas dans les unités de soins intensifs et que, même dans les unités palliatives, les meilleurs soins peuvent être inefficaces: le livre écrit par une équipe palliative («L'euthanasie: à partir de quatre histoires vécues») dont «Le Soir» a récemment rendu compte, et qui se voudrait un plaidoyer contre l'euthanasie, révèle paradoxalement que, lorsque l'euthanasie est par principe exclue, un accompagnement, même dévoué, même réalisé par une équipe spécialisée, peut aboutir à des souffrances abominables.

Mais ces faits doivent aussi attirer notre attention sur la responsabilité de la législation. En rendant très difficile un dialogue franc en temps utile sur les modalités précises de la mort prévisible, en obligeant d'agir dans la clandestinité, l'inter-

dit légal et déontologique paralyse en effet un grand nombre de médecins, même favorables à la pratique de l'euthanasie, ce qui explique pourquoi la mort ne peut le plus souvent être obtenue dans notre pays que dans les dernières heures de vie, à un moment où on se trouve généralement incapable de s'exprimer sous l'effet à la fois de la dégradation physique et de multiples drogues. Comme on le sait aujourd'hui, chez la plupart des 4.000 personnes qui, tant en Belgique qu'aux Pays-Bas, meurent chaque année à la suite d'un geste médical actif, celui-ci n'est généralement posé chez nous que lorsque le patient est en extrême fin de vie et souvent hors d'état de le solliciter, contrairement aux Pays-Bas où la plupart de ces fins de vie activement provoquées le sont à la demande explicite des malades et au moment choisi par eux. Dans la semi-inconscience de l'agonie, un geste actif qui y met fin passe en effet plus facilement inaperçu. Mais lorsque le médecin se récuse, soit par a priori philosophique ou religieux, soit parce que les circonstances sont telles qu'elles rendent trop grand le risque d'enfreindre la loi, il

se trouve des infirmiers et des infirmières pour le poser.

Au cours d'une interview où on lui suggérait que, peut-être, elle avait manqué de sang-froid, de distance, que peut-être elle avait été trop humaine, Christine Malèvre avait répondu que «dans un tel métier, on ne peut pas être trop humain». Faut-il s'étonner que, dans des situations de grande souffrance, il se trouve des infirmiers et des infirmières «trop humains» qui, sous le couvert de la nuit, prennent leurs responsabilités? Ce n'est certes pas une solution idéale, mais, dans la situation d'interdit qui est la nôtre, c'est parfois la seule possibilité pour les mourants d'être aidés: Peut-on espérer que bientôt le médecin pourra, dans les circonstances que la loi précisera, répondre à l'attente de ceux qui souhaitent voir la fin de leurs souffrances et que, pour obtenir une mort plus paisible, il ne faille plus l'ombre propice de la nuit et la rencontre fortuite d'un homme ou d'une femme qui, pour avoir posé un geste de compassion, se voit traité comme un criminel?

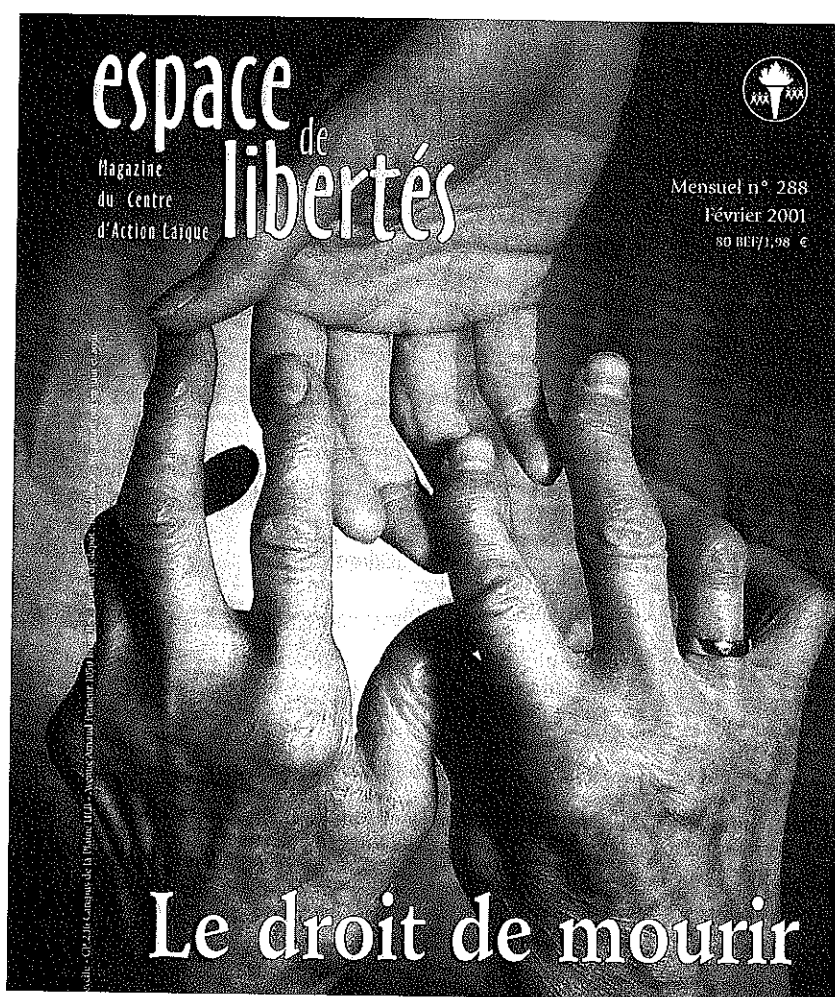
Marc
Englert

Professeur honoraire de médecine
ULB

LIVRES ET REVUES

Un numéro de « Espace de libertés » consacré en grande partie à l'euthanasie

Le magazine du Centre d'Action Laïque publie dans son numéro n° 288 de février 2001, un important dossier sur « Le droit de mourir » avec plusieurs articles particulièrement intéressants. Vous trouverez ce magazine chez les marchands de journaux ou au Centre d'Action Laïque, campus de la Plaine ULB, av. Arnaud Fraiteur, 1050 Bruxelles. (tél. 02/627.68.68).



LE DROIT DE MOURIR

La morale et la loi - Roger Lallemand	4
Nous ne serons pas les premiers! - Marc Englert	5
Créer un espace de liberté - Jacqueline Herremans	7
Un parcours politique accidenté - Isabelle Philippon	9
Euthanasie, foi et liberté - Pierre de Loch	10
Vers plus de sincérité? - Dominique Lossignol	12
Un combat pour une mort digne - Frédéric Soumois	14
Pour la liberté de choix (position du CCL)	16

L'euthanasie : à partir de quatre histoires vécues

par Catherine Diricq et Marie-Christine Payen
Éd. Labor, 2001, 120 p.

Écrit en collaboration par un médecin responsable d'une unité de soins palliatifs et une psychologue attachée à la même unité, cet ouvrage est présenté dans son introduction comme une réflexion sur l'euthanasie. Mais la position des auteurs est claire et d'emblée affirmée : « *Plutôt que de donner un cadre juridique à une pratique médicale de plus en plus fréquente malgré son illégalité, ne faut-il pas essayer de comprendre pourquoi on assiste à une telle augmentation et se donner les moyens de lutter contre cette dérive ?* ».

Ils espèrent, à partir de quatre fins de vie qui les ont confrontés à « *quatre demandes d'euthanasie... montrer au grand public que la médecine actuelle peut se donner les moyens d'entendre et de soulager parfois la détresse de celui qui réclame la mort, pour lui-même ou pour un autre considéré dans un état de souffrance insupportable et irréductible* ». En d'autres termes, l'euthanasie active serait à leurs yeux une « *dérive* » inutile et perverse.

Les quatre fins de vie qui sont décrites me paraissent démontrer le contraire. Car si elles ont été excessivement pénibles, la raison essentielle en a été précisément le refus, par principe, d'envisager de les abréger, même lorsque le patient l'avait explicitement demandé: ce refus explique que les demandes sont discutées et interprétées à l'intérieur de l'équipe (les divergences, quelquefois douloureuses, se résolvent en fin de compte par une décision de « *poursuivre l'accompagnement* ») mais qu'elles ne font pas l'objet d'un dialogue ouvert avec les patients. La première demande, pourtant claire, réitérée et confirmée par écrit a été « *décodée* » de manière à la récuser; la seconde a été plusieurs fois postposée de sorte que la patiente finit par mourir en coma ; dans le troisième cas, il s'agit d'un patient inconscient où la demande, qui venait de la famille et d'un ami médecin, a été refusée ; et chez le seul malade pour lequel une décision ambiguë « *d'administrer une dose massive de sédatifs, quitte à abréger l'agonie* » a été prise, elle ne l'a

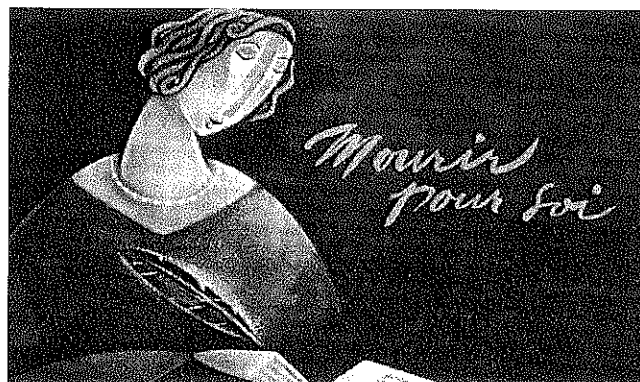
été qu'après des tergiversations telles que le malade a souffert un interminable et terrible martyre.

Ce qui émeut, mais aussi révolte, est de constater qu'une équipe qui a apparemment le souci du bien-être des patients dont elle a la charge en arrive à des attitudes en rupture avec les réalités, ce en fonction d'une conception dogmatique des soins palliatifs où l'euthanasie est, par principe, exclue. Les malades - mais aussi les soignants - en ont été victimes.

Marc Englert

Mourir pour soi

Un remarquable document vidéo de l'Office National du Film du Canada, réalisé par Lina B. Moreco (74')



Ce film est un vibrant plaidoyer pour le droit de choisir sa mort.

Il peut être obtenu en s'adressant à l'Office National du Film du Canada à Paris (commande à adresser par fax, en spécifiant : version française avec sous-titres ; fax n° 33/1/47.05.75.89)

COURRIER

Je vais bientôt avoir 25 ans, et déjà 23 ans de maladie et de misère physique et morale derrière moi, et si je ne fais rien encore pas mal de journées regrettées devant moi...

J'arrive à la conclusion que pour ma part j'en ai vu plus qu'il n'y en avait à voir.

J'espère ne pas devoir me suicider sans avoir les bons moyens et en risquant d'aggraver mon cas, et de plus, me retrouver à l'hôpital avec les mêmes médecins qui m'avaient dit auparavant que l'euthanasie ça n'était pas leur problème.

J'ai une mutation génétique rare qui est à l'origine d'un grave problème locomoteur des membres inférieurs avec des troubles organiques fonctionnels de toutes sortes, troubles de l'équilibre, douleurs et fatigues chroniques qu'aucun traitement à ce jour n'arrive à remédier.

Je vous admire pour ce que vous faites et pour toutes les douleurs et souffrances inutiles ainsi évitées ; dommage que la majorité des médecins ne se sentent pas du tout concernés par ce que veulent vraiment leurs patients. Le centre d'intérêt des malades et des médecins n'est à l'évidence pas le même pour tous... Je trouve que l'on paie assez de notre vie, et de leurs expériences « souvent barbares » pour qu'en échange ils nous donnent un petit geste gratuit d'humanité !

S.D.

Décidément, on n'en finira donc jamais de devoir réagir aux élucubrations de certains. Dans « Le Soir » du 16 février, je lis l'article reproduisant un entretien avec un professeur de droit pénal de l'ULB, le sieur Jules Messine, que je n'ai d'ailleurs pas l'honneur de connaître. Et hop, on nous remet le coup de la loi qui a tout prévu, à savoir ce fameux « état de nécessité » qui permet

déjà maintenant au médecin de pratiquer une euthanasie. Je souhaite à ce monsieur d'aller passer huit jours à Lantin parce que l'état de nécessité, vu par le médecin, ne l'est pas aux yeux d'un juge soupçonneux ou adversaire idéologique de l'euthanasie. De plus, il semblerait que les juristes belges seraient incapables de rédiger une loi correcte en la matière : ce serait « mission impossible » ! Nos juristes seraient-ils moins doués que leurs collègues néerlandais ? Et pour couronner le tout cette déclaration péremptoire selon laquelle les médecins n'ont qu'à assumer leur responsabilité face à la justice. Là nous nageons en plein surréalisme ! !

Et puis, voilà que ce mardi je lis, toujours dans le même journal, que le sénateur Alain Destexhe veut relancer une proposition alternative pour « débloquer la situation », oubliant qu'il a pas mal œuvré au pourrissement de celle-ci, même si dans la nouvelle mouture il prendrait en compte le testament de vie.

Ne nous décourageons pas cependant : je suis convaincu qu'à force d'en parler, le sujet est de moins en moins tabou. Cela, je le constate dans mon environnement.

Et à propos de la déclaration anticipée...

[...]

C'est quand je ne suis pas mort, cliniquement parlant, mais dans un état dans lequel je ne veux précisément pas « survivre » et donc quand je ne sais plus m'exprimer moi-même, que je veux que l'on puisse s'appuyer sur ma déclaration anticipée et surtout la respecter...

J.P. Jaeken, Bruxelles

AGENDA

Assemblée générale de l'ADMD

Notre assemblée annuelle se tiendra le

samedi 28 avril 2001 à 14 h 30
à l'Institut Bordet, 121, Bd de Waterloo, 1000 Bruxelles

Nos membres et nos sympathisants sont invités à nous rejoindre dès 15 heures, afin d'assister à la projection d'un tout récent document vidéo produit par l'Office National du Film du Canada : « **Mourir pour soi** » et d'avoir un échange de vues avec des responsables de l'ADMD.

N.B. Les membres effectifs recevront par courrier, la convocation et les documents relatifs à cette assemblée générale

Comité consultatif de Bioéthique

Le **25 avril** 2001, le Comité Consultatif de Bioéthique organise sa troisième conférence bisannuelle ouverte au grand public. Cette journée est consacrée au thème suivant :

« **La directive anticipée : expression des droits du patient ?** ».

Le Comité Consultatif de Bioéthique souhaite aborder la problématique des écrits en matière médicale, écrits établis par un patient avant qu'il ne devienne incapable d'exprimer sa volonté. Cette journée offrira un aperçu des possibilités offertes par ces directives anticipées et les pratiques en ce domaine dans divers pays ; elle abordera les questions éthiques que ces directives soulèvent et leur fondement juridique ainsi que les limites de leur application eu égard à la déontologie médicale. Ces questionnements seront approfondis par la table ronde et les débats répartis en quatre ateliers, chaque atelier étant centré sur un thème précis pouvant faire l'objet de directives anticipées.

(N.B. Jacqueline Herremans, présidente de l'ADMD y présentera pour la Belgique, une communication sur les pratiques concrètes de ces directives)

Lieu : Palais des Congrès, Boulevard de l'Empereur, 1000 Bruxelles

Programme et inscription : Orga-Med, Congress Office
Tél. 02/582.08.52
Fax 02/582.55.15
E-mail : orgamed@village.uuonet.be

Prix : 300 F (documentation et lunch) à verser au compte n° 001-3003382-47 du Comité Consultatif.

A NOS MEMBRES

**Nous remercions chaleureusement tous ceux et celles
qui ont d'ores et déjà procédé au renouvellement
de leur cotisation pour 2001.**

**L'appel que nous lançons à nos membres afin qu'ils
nous soutiennent financièrement a déjà été entendu.
À tous les donateurs, MERCI !**

*Si tous ceux qui souhaitent le succès de notre action se faisaient membres
de l'ADMD, ils lui donneraient un poids et des moyens plus décisifs.
(L'association néerlandaise compte 100.000 membres... A méditer !)*

Petit rappel à ceux qui n'auraient plus le bulletin de décembre sous les yeux : la cotisation pour
2001 a été portée à 750 francs pour une personne isolée et à 1.000 francs pour un couple.

Nous insistons une fois encore sur le point suivant :
nous ne pouvons délivrer de quittance pour exonération fiscale
que si le don s'élève AU MOINS à mille francs
compte NON tenu du montant de la cotisation.

COPIE CLIENT / KOPIE CLIËNT

montant en lettres / bedrag in letters

date mémo / memodatum / 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

*Copie client, présenter uniquement en cas de versement.
Kopie cliënt enkel bij storting voorleggen.*

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

VIREMENT OU VERSEMENT OVERSCHRIJVING OF STORTING

02

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

Ne pas accepter en paiement
Allet tot betaling aanvaarden

date mémo / memodatum

montant / bedrag

compte donneur d'ordre / rekening opdrachtgever

compte bénéficiaire / rekening begunstigde

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

nom et adresse bénéficiaire / naam en adres begunstigde

ADMD BELGIQUE ASBL / BXL

RUE DU PRESIDENT, 55

1050 BRUXELLES

communication / mededeling

Ne rien écrire ci-dessous / Hieronder niets schrijven

BULLETIN D'ADHESION

(à remplir en caractères d'imprimerie)

Je soussigné(e) : nom _____ prénom : _____

nom de jeune fille pour les femmes mariées : _____

Adresse : _____ n° : _____ Bte : _____

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Profession (*) _____ date de naissance : _____

souhaite devenir membre adhérent de l'A.D.M.D. Belgique.

Cotisation individuelle 750,- frs. (E = 18,59) (étudiants : 300,- frs – E = 7,44)
Cotisation familiale ** 1.000,- frs (E = 24,79) (tous les documents sont envoyés en double sauf le bulletin trimestriel).

** Remplir deux bulletins d'adhésion, l'un au nom de l'épouse, l'autre au nom de l'époux.

Cotisation des membres résidant à l'étranger

- individuelle 1.000,- frs (E = 24,79).
- familiale 1.300,- frs (E = 32,23) (Idem**)

N.B. Pour tout versement supérieur d'au moins mille francs (E = 24,79) aux montants détaillés ci-dessus, il sera envoyé une quittance pour exonération fiscale. À partir de 2002, les dons devront s'élever au minimum à 30 euros

**LA COTISATION DES NOUVEAUX ADHÉRENTS VERSÉE DURANT LE DERNIER TRIMESTRE
DE L'ANNÉE SERA VALABLE POUR L'ANNÉ SUIVANTE**

Je verse ce jour la somme de _____ frs au compte 210.0391.178-29 de A.D.M.D. à Bruxelles avec la mention "COTISATION".

N.B. : Veuillez remettre le bulletin de versement à votre organisme bancaire et ne **pas** nous l'envoyer

Date : _____ Signature : _____

(*) Activité exercée avant votre retraite.

À renvoyer à : **A.D.M.D.**, rue du Président, 55 - 1050 Bruxelles – Fax 02/502.04.85

BULLETIN D'ADHESION

(à remplir en caractères d'imprimerie)

Je soussigné(e) : nom _____ prénom : _____

nom de jeune fille pour les femmes mariées : _____

Adresse : _____ n° : _____ Bte : _____

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Profession (*) _____ date de naissance : _____

souhaite devenir membre adhérent de l'A.D.M.D. Belgique.

Cotisation individuelle 750,- frs. (E = 18,59) (étudiants : 300,- frs – E = 7,44)
Cotisation familiale ** 1.000,- frs (E = 24,79) (tous les documents sont envoyés en double sauf le bulletin trimestriel).

** Remplir deux bulletins d'adhésion, l'un au nom de l'épouse, l'autre au nom de l'époux.

Cotisation des membres résidant à l'étranger

- individuelle 1.000,- frs (E = 24,79).
- familiale 1.300,- frs (E = 32,23) (Idem**)

N.B. Pour tout versement supérieur d'au moins mille francs (E = 24,79) aux montants détaillés ci-dessus, il sera envoyé une quittance pour exonération fiscale. À partir de 2002, les dons devront s'élever au minimum à 30 euros

**LA COTISATION DES NOUVEAUX ADHÉRENTS VERSÉE DURANT LE DERNIER TRIMESTRE
DE L'ANNÉE SERA VALABLE POUR L'ANNÉE SUIVANTE**

Je verse ce jour la somme de _____ frs au compte 210.0391.178-29 de A.D.M.D. à Bruxelles avec la mention " COTISATION ".

N.B. : Veuillez remettre le bulletin de versement à votre organisme bancaire et ne **pas** nous l'envoyer

Date : _____ Signature : _____

(*) Activité exercée avant votre retraite.

À renvoyer à : **A.D.M.D.**, rue du Président, 55 - 1050 Bruxelles – Fax 02/502.04.85

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 ligne verte	02/736.99.99 0800/15800
<u>Oeuvre belge du Cancer</u> , 1210 Bruxelles, rue Royale, 217	02/225.82.11
<u>Ecoute-Cancer</u> 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 - 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	071/48.95.63
<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 Hologne, r. Paul Janson, 166 "Au fil des jours", Ass. laïque de soins palliatifs et d'accompagnement à domicile	04/234.49.25
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>GAMMES</u> (Service de garde à domicile)-en partenariat avec des centres de services et de soins à domicile) fonctionne 7 j./7 et 24 h./24	02/537.27.02
<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