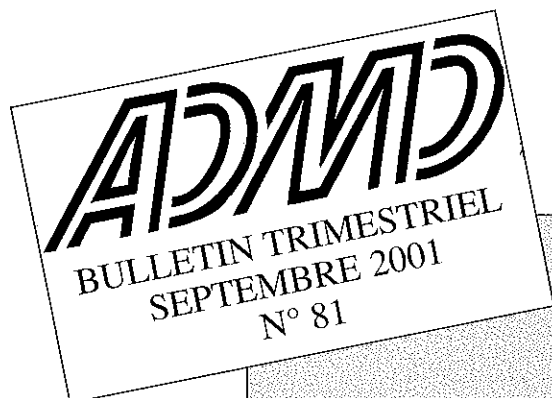


Belgique - België  
P.P.  
1050 Bruxelles 5  
1/7203



Bureau de dépôt - Bruxelles 5

## SOMMAIRE :

◆ Le Mot de la Présidente	1
◆ <b>Proposition de loi relative à l'euthanasie</b>	
Texte voté en commissions du Sénat	2
Avis du Conseil d'État	8
Commentaires	24
◆ A l'étranger :	
Grande-Bretagne, États-Unis, France,	28
Suisse : récit d'une mort choisie	29
◆ Agenda	32
◆ Right-to-Die Europe : List of members : August 2001	33



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

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

Secrétariat : rue du Président, 55 - B - 1050 Bruxelles - Belgique  
Tél. et Fax : (32) (0)2/502.04.85 - E-mail : [admd@infonie.be](mailto:admd@infonie.be)  
<http://perso.infonie.be/admd>

**Cotisation annuelle \* : isolé(e) : 750 frs (18.59 €) - couple : 1.000 frs (24.79 €) - étudiants : 300 frs (7.44 €)**  
**(respectivement 1.000 (24.79 €) et 1.300 frs (32.23 €) pour les membres résidant à l'étranger)**

**Compte bancaire : n° 210-0391.178-29**

(Attention : à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2002, les dons devront atteindre **30 € minimum**)

**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-Lognan  
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 Douterluigne, 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](mailto:info@rws.be) - <http://www.euthanasie.be>

---

#### COMITE D'HONNEUR

Ilya Prigogine, Prix Nobel

Jacques Bredael  
Paul Danblon  
Édouard Delruelle  
Pierre de Loch  
Roland Gillet  
Philippe Grollet  
Hervé Hasquin  
Arthur Haulot  
Claude Javeau  
Édouard Klein  
Roger Lallemant  
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  
Jean-Pierre Jaeken  
Louis Jeanmart  
Edouard Klein  
Philippe Maassen  
Wolrad Mattheiem  
Monique Moreau  
Maurice Opal  
A.M. Staelens  
Georgette Werbrouck

## LE MOT DE LA PRÉSIDENTE



« Vandenberghe exécute juridiquement la majorité » titrait la Libre Belgique du 13 février 2001. Le chef de groupe CVP au Sénat se prévalait de sa qualité de juriste pour qualifier la proposition de loi Mahoux et consorts de « monstre juridique ». Monsieur Vandenberghe se plaignait de ce qu'il n'y avait « que » 4 juristes sur 16 membres dans les commissions chargées d'examiner cette proposition... et que ceci expliquait sans doute que les sénateurs ne se rendaient pas compte que leur texte violait l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme...

Monsieur Vandenberghe peut aujourd'hui être rassuré : un aréopage de 16 parmi nos plus éminents juristes s'est penché sur ce texte et à lire l'avis du Conseil d'Etat, il n'y avait pas lieu d'être ainsi horrifié par cette proposition de loi au point de vue juridique.

La section de législation du Conseil d'Etat n'a certes pas pris sa tâche à la légère : après avoir entendu le rapport des auditeurs, trois réunions de l'assemblée générale se sont révélées nécessaires. L'avis fouillé qui en est résulté est particulièrement intéressant en ce qui concerne la controverse à propos de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et la notion de protection de droit à la vie. Le Conseil d'Etat rappelle que l'obligation qui pèse sur les Etats de prendre les mesures nécessaires en vue de la protection de ce droit à la vie doit s'interpréter notamment au regard du droit à l'autodétermination et que l'article 2 de la Convention européenne n'implique nullement l'obligation pour les Etats de protéger la vie en toute circonstance contre le gré de l'intéressé.

Un passage de cet avis mérite d'être particulièrement souligné : *« l'appréciation du caractère légitime ou non d'une proposition de loi visant à dépenaliser l'euthanasie requiert {...} de partir du principe que c'est au législateur qu'il appartient de concilier des conceptions éthiques opposées. Le juge doit à cet égard respecter le pouvoir d'appréciation du législateur et ne peut se substituer à lui. Il va sans dire que le conseil d'Etat, section de législation, doit lui observer cette règle ».*

Tout est dit. L'euthanasie s'inscrit bien dans les droits de l'homme. Le cas de Mme Pretty au Royaume-Uni dont nous nous faisons l'écho dans ce bulletin en est une autre illustration. Nous aurons certainement l'occasion de développer ce thème lors du Congrès de la World Federation of Right to Die Societies qui doit se dérouler au mois de septembre de l'année prochaine à Bruxelles, sur le site de la VUB à Jette.

Mais attention : la loi n'a pas encore été votée... Il nous faut donc poursuivre nos efforts.

En écrivant ces mots, mes pensées vont à Denise Govaerts, notre collaboratrice bénévole qui, pendant près de dix ans, nous a apporté une aide constante et efficace, gardant le sourire même lorsqu'elle se retrouvait devant des piles d'enveloppes qu'il fallait bien sûr envoyer tout de suite... Mme Govaerts n'a pas survécu à une opération chirurgicale. Elle nous avait dit son angoisse avant cette intervention et sa tristesse de ne pouvoir nous aider pendant le temps de sa convalescence... A ses proches, qu'il me soit permis de présenter au nom de l'ADMD nos condoléances émues.

Jacqueline Herremans  
20 septembre 2001

# SÉNAT DE BELGIQUE

Session de 2000-2001

20 mars 2001

## PROPOSITION DE LOI RELATIVE À L'EUTHANASIE

Texte adopté par les commissions réunies  
de la Justice et des Affaires sociales

### Article 1<sup>er</sup>

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

### CHAPITRE I<sup>er</sup>

#### Dispositions générales

#### Art. 2

Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

### CHAPITRE II

#### Conditions et procédures

#### Art. 3

§ 1<sup>er</sup>. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande ;
- la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ;
- le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

§ 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

*1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire ;*

*2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. À cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient ;*

*3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.*

*Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ;*

*4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci ;*

*5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne ;*

6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa requête avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

1° Consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et que du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ;

2° laisser s'écouler au moins un mois entier entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

§ 4. La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient.

Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

§ 5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

## CHAPITRE III

### La déclaration anticipée

#### Art. 4

§ 1<sup>er</sup>. Tout majeur ou mineur émancipé capable, peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :

- qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- qu'il est inconscient
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.

La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et s'il échet par la ou les personnes de confiance.

Si la personne, qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'incapacité de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut rédiger et signer, et en énonce les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et s'il échet par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente doit être jointe à la déclaration.

La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.

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

§ 2. Un médecin qui pratique une euthanasie à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1<sup>er</sup>, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- est inconscient,
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science ;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement :

1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation.. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.

Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée ;

2° s'il existe une équipe soignante en contact

*régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci ;*

3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient ;

4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

## CHAPITRE IV

### Déclaration

#### Art. 5

Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, endéans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

## CHAPITRE V

### La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation

#### Art. 6

§ 1<sup>er</sup>. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée « la commission ».

§ 2. La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre

membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.

La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.

Les membres de la commission sont nommés dans le respect de la parité linguistique – chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe – et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.

§ 3. La commission établit son règlement d'ordre intérieur.

#### Art. 7

La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie.

Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes :

- 1° les nom, prénoms, domicile, du patient ;
- 2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant ;
- 3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie ;

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

5° s'il existait une déclaration de volonté et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s) ;

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes :

1° le sexe et la date et lieu de naissance du patient ;

2° la date, le lieu et l'heure du décès ;

3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient ;

4° la nature de la souffrance qui était constante et insupportable ;

5° les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inaffable ;

6° les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pressions extérieures ;

7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance ;

8° s'il existe une déclaration de volonté ;

9° la procédure suivie par le médecin ;

10° la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et la date de ces consultations ;

11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations ;

12° la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés ;

#### Art. 8

La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité

simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

Elle se prononce dans un délai de deux mois.

Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité d'un membre de la commission, ce membre se fera excuser ou pourra être récusé pour l'examen de cette affaire par la commission.

#### Art. 9

La commission établit à l'attention des Chambres législatives, la première fois endéans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans :

a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8 ;

un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi ;

c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.

Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels.

Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.

La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée.

Elle peut entendre des experts.

#### Art. 10

Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en conseil des ministres, sur proposition des ministres qui ont la Santé publique et la Justice dans leurs attributions.

#### Art. 11

Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.

#### Art. 12

Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

#### Art. 13

Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, les Chambres législatives organisent un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution des Chambres législatives et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance Chambres législatives.

### CHAPITRE VI

#### Dispositions particulières

#### Art. 14

La demande et la déclaration anticipée de volontés telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.



Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.

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

#### Art. 15

La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.

#### Art. 16

La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au *Moniteur belge*.

### **MISE EN GARDE IMPORTANTE**

L'adoption de la proposition de loi par les commissions sénatoriales est un premier pas important vers la dépenalisation effective de l'euthanasie. L'avis favorable du Conseil d'État que nous reproduisons ci-après en est un autre. Néanmoins, le texte subira encore des modifications : d'abord pour répondre à certaines remarques du Conseil d'État et peut-être aussi lors des discussions en séance plénière du Sénat et de la Chambre. L'ADMD suit la situation de près et ne manquera pas d'avertir ses membres si des modifications du « testament de vie » ou « déclaration anticipée » s'avéraient nécessaires pour mettre ce document en conformité avec les exigences légales. Pour l'instant, rien ne doit encore être entrepris.

# L'AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT

Sénat de Belgique

SESSION DE 2000-2001

2 JUILLET 2001

Proposition de loi relative à l'euthanasie

AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT

Le CONSEIL D'ÉTAT, section de législation, assemblée générale, saisi par le président du Sénat, le 22 mars 2001, d'une demande d'avis sur :

1° une proposition de loi « relative à l'euthanasie » (31.441/AV-AG),

2° une proposition de loi « relative aux soins palliatifs » (31.442/AV-AG),

après avoir examiné les affaires en ses séances des 30 mai 2001, 14 juin 2001 et 20 juin 2001, a donné, à cette dernière date l'avis suivant :

1. Par une lettre du 21 mars 2001, la section de législation a été saisie par le Président du Sénat d'une demande d'avis, dans un délai ne dépassant pas un mois, sur une proposition de loi relative à l'euthanasie et sur une proposition de loi relative aux soins palliatifs, telles qu'elles ont été adoptées par les Commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat (1).

Ces textes sont le résultat de travaux de ces commissions réunies sur des propositions de loi déposées le 20 décembre 1999 (2), qui font suite elles-mêmes à des propositions introduites le 14 juillet 1999 (3), le 20 juillet 1999 (4), le 30 septembre 1999 (5) et le 12 octobre 1999 (6).

## LA PORTÉE DES PROPOSITIONS DE LOI

2. L'article 2 de la proposition de loi relative à l'euthanasie contient une définition de la notion d'euthanasie. L'article 3 énonce les conditions de fond et de procédure auxquelles le médecin pratiquant une euthanasie ne commet pas d'infraction. L'article 4 règle les conditions dans lesquelles une déclaration anticipée peut donner lieu à une euthanasie; ces conditions visent elles aussi tant des règles de fond que de procédure.

L'article 5 oblige le médecin ayant pratiqué une euthanasie à remettre un document d'enregistrement, dont le contenu est réglé par l'article 7, à la commission fédérale de contrôle et d'évaluation créée et organisée par les articles 6, 10 et 11 de la proposition. Les articles 8 et 9 énoncent les pouvoirs de la commission. L'article 9 prévoit l'établissement par la commission de rapports bisannuels à caractère statistique, descriptif et évaluatif de l'application de la loi proposée et l'autorise à formuler des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative ou réglementaire en la matière. L'article 12 soumet les personnes prêtant leur concours à l'application de la loi proposée à l'obligation de respecter la confidentialité des données et à la règle du secret professionnel visée à l'article 458 du Code pénal. L'article 13 prévoit un débat parlementaire sur le premier rapport de la commission.

L'article 14 règle la valeur contraignante de la demande d'euthanasie et de la déclaration anticipée ainsi que les obligations du médecin refusant de pratiquer une euthanasie. L'article 15 répute la personne décédée à la suite d'une euthanasie pratiquée dans le respect de la loi proposée, décédée de mort naturelle pour ce qui concerne les contrats auxquels elle était partie et il rend l'article 909 du Code civil applicable aux membres de l'équipe soignante. Aux termes de l'article 16, la loi proposée entre en vigueur « au plus tard trois mois après sa publication au *Moniteur belge* ».

3. L'article 2 de la proposition de loi relative aux soins palliatifs consacre le droit de tout patient aux soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de la fin de sa vie. Cette disposition contient également une définition de la notion de soins palliatifs et les objectifs à poursuivre dans ce domaine.

La proposition contient diverses dispositions relatives à l'amélioration de l'offre de soins palliatifs, notamment une habilitation au Roi de fixer les normes d'agrément, de programmation et de financement (article 3), l'obligation faite aux ministres qui ont les Affaires sociales et la Santé publique dans leurs attributions de présenter chaque année aux Chambres législatives un rapport d'avancement (article 4), l'habilitation au Roi de coordonner le développement de l'offre de service de soins palliatifs adaptée aux besoins (article 5) et de prendre les mesures permettant aux « professionnels de la santé » concernés de bénéficier de l'appui d'une équipe de soins palliatifs, de supervision, de temps et de lieux de parole organisés au sein des structures de soins (article 6), le droit à l'information du patient (article 7), l'obligation d'évaluer, au sein de l'Institut scientifique de la santé publique, les besoins en matière de soins palliatifs sous la forme notamment d'un rapport bisannuel présenté aux Chambres (article 8).

L'article 9 de la loi proposée remplace l'article premier de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, pour viser les aspects continus et palliatifs de l'art médical. L'article 10 modifie l'article 21quinquies, § 1<sup>er</sup>, a), du même arrêté royal, pour viser l'accomplissement des actes de soins palliatifs parmi ceux qui définissent l'art infirmier.

## OBSERVATIONS GÉNÉRALES

### I. La conformité des propositions de loi avec le droit à la vie

4. Au cours de la discussion des propositions de loi, et plus précisément de la proposition de loi relative à l'euthanasie, la question de savoir si les dispositions de la proposition pouvaient se concilier avec le droit à la vie s'est posée à diverses reprises au sein des commissions réunies du Sénat.

Eu égard aux principes en jeu, cette question mérite d'être examinée de manière approfondie.

5. Le droit à la vie est garanti notamment par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) et par l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP).

La première phrase de l'article 2, paragraphe 1, de la CEDH, consacre d'une manière générale le principe selon lequel « le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi ». La deuxième phrase de l'article 2, paragraphe 1, instaure une exception en ce qui concerne la peine de mort, le paragraphe 2 prévoyant pour sa part des exceptions déterminées dans des cas où la privation de la vie résulte d'un recours à la force rendu « absolument nécessaire ».

L'article 6 du PIDCP contient pour l'essentiel des dispositions identiques. Les deux premières phrases du paragraphe 1 disposent que « le droit à la vie est inhérent à la personne humaine » et que « ce droit doit être protégé par la loi ». La troisième phrase du paragraphe 1 prévoit que nul ne peut être arbitrairement privé de la vie, les paragraphes 2 à 6 ayant pour leur part trait à la peine de mort et à l'interdiction de génocide.

Ainsi que la Cour européenne des droits de l'homme l'a souligné à maintes reprises, l'article 2 de la CEDH se place parmi les articles primordiaux de la CEDH, auquel aucune dérogation ne saurait être autorisée en temps de paix (7).

Le principe selon lequel le droit à la vie doit être protégé, n'impose pas seulement une obligation négative à l'État, à savoir l'interdiction de priver un individu de la vie (hormis les cas cités expressément aux articles 2 de la CEDH et 6 du PIDCP), mais également une obligation positive, à savoir l'obligation de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (8). C'est cette obligation positive qui est au cœur du problème qui est examiné ici (9) : la question est de savoir si, en instaurant une dépénalisation de l'euthanasie telle que la prévoit la proposition, le législateur manquerait à son devoir de protéger le droit à la vie.

6. Pour respecter leur obligation positive, les autorités doivent se donner pour devoir primordial d'assurer le droit à la vie en mettant en place une législation pénale concrète dissuadant de commettre des atteintes contre la personne. Cette législation pénale doit en outre s'assortir d'un mécanisme conçu pour en prévenir, réprimer et sanctionner les violations (10).

Dans un souci d'exhaustivité, on pourrait ajouter que, dans certaines circonstances définies, les autorités peuvent également avoir l'obligation positive de prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu dont la vie est menacée par les agissements criminels d'autrui (11). Dans certaines circonstances particulières, les autorités peuvent même être tenues de prendre des mesures concrètes afin de protéger un individu contre lui-même; la Cour européenne a reconnu l'existence d'une telle obligation à l'égard des personnes privées de leur liberté et qui se trouvent de ce fait dans une situation de vulnérabilité (12).

Il y a lieu d'observer qu'en ce qui concerne ce dernier type d'obligation, la Cour a notamment égard au fait que l'autorité doit s'acquitter des missions qui lui incombent dans le respect des droits et des libertés de l'individu en question. Elles peuvent prévoir des mesures d'ordre général afin de limiter les occasions d'automutilation ou de suicide, sans pour autant porter atteinte au droit à l'autodétermination (« *personal autonomy* ») de l'individu. Selon la Cour, la nécessité de prendre des mesures plus radicales à l'égard d'un individu, et en particulier d'un détenu, ainsi que la question de savoir si l'on est également raisonnablement en droit d'attendre des autorités qu'elles prennent de telles mesures, dépend des circonstances (13).

La jurisprudence précitée indique que l'importance de l'obligation de protéger le droit à la vie qui incombe aux autorités doit s'interpréter notamment au regard du droit à l'autodétermination. Dans ce cadre, il faudra tenir compte de l'intensité de la volonté de l'intéressé. À titre d'exemple, lorsqu'un individu est incapable de décider pour lui-même, l'obligation des autorités est évidemment plus importante que lorsque l'intéressé est effectivement capable de faire des choix au sujet de sa propre vie (14).

7. L'attitude du législateur par rapport à l'euthanasie doit s'analyser au regard des principes énoncés ci-dessus.

À ce propos, le Conseil d'État se doit d'observer qu'il n'y a pas lieu d'examiner dans quelle mesure un individu pourrait renoncer au droit à la vie. Il n'est vraiment question d'une renonciation à un droit que lorsqu'un individu dispense les autorités de leur obligation même de respecter ou de protéger un droit déterminé, ce qui implique qu'une ingérence ou une abstention des autorités, que l'on devrait normalement considérer comme une violation du droit fondamental concerné, perd cette qualification. Néanmoins, on aperçoit mal à quel droit une personne renonce lorsqu'elle sollicite elle-même un traitement déterminé. Le fait qu'une personne demande à ce qu'il soit mis fin à ses jours ne signifie pas qu'elle renonce au droit de protection de sa vie. Il semble au contraire que cette personne « exerce » elle-même ce droit en fixant les limites de la protection qu'elle souhaite personnellement.

À ce propos, il y a également lieu d'observer que les articles 2 de la CEDH et 6 du PIDCP n'impliquent nullement l'obligation pour l'État de protéger la vie en toute circonstance contre le gré de l'intéressé. Pareille interprétation supposerait en effet que les traités internationaux sur les droits de l'homme imposent des obligations aux États à titre principal et que les citoyens ne se verraient reconnaître des droits qu'à titre subsidiaire. Le Conseil d'État estime que cette interprétation est contraire au principe qui préside à la reconnaissance des droits de l'homme, à savoir que tout individu possède des droits fondamentaux et inaliénables, et que c'est précisément parce qu'ils sont fondamentaux et inaliénables que l'État est tenu de respecter ces droits et de les protéger. Il est d'ailleurs frappant qu'aucun des articles conventionnels précités ne fait état d'une obligation des autorités de protéger « la vie » en tant que telle, mais d'un devoir de protéger « le droit à la vie », ce qui confirme une nouvelle fois le principe selon lequel il convient de se fonder sur la situation concrète dans laquelle chaque individu se trouve.

Reste donc à examiner dans quelle mesure le souhait de mourir d'un individu influence l'importance de l'obligation positive des autorités de protéger le droit à la vie.

8. Ainsi qu'il a déjà été indiqué ci-dessus, l'obligation des autorités doit être mise en balance notamment avec le droit à l'autodétermination de l'intéressé (15). Du point de vue des droits fondamentaux, cela signifie que l'obligation des autorités de protéger le droit à la vie (article 2 de la CEDH et article 6 du PIDCP) doit être mise en balance

avec le droit de l'intéressé d'être protégé contre les traitements inhumains ou dégradants (article 3 de la CEDH et article 7 du PIDCP), et avec son droit au respect de son intégrité physique et morale, qui relève du droit au respect de la vie privée (article 8 CEDH et article 17 PIDCP) (16).

Ni la CEDH ni le PIDCP n'indiquent comment résoudre ce « conflit » entre droits (fondamentaux) (17).

Par ailleurs, une des caractéristiques essentielles du débat sur l'euthanasie tient en ce qu'il suscite des questions éthiques difficiles et fondamentales, si bien qu'il s'impose de faire un choix entre différentes conceptions éthiques opposées. Quant à la question de savoir à qui il appartient de faire ce choix, on peut se référer à une affaire concernant la législation norvégienne sur l'avortement et dans laquelle la Commission européenne des droits de l'homme s'est ralliée aux considérations suivantes de la Cour suprême norvégienne :

« Il n'appartient pas aux tribunaux de décider si la solution à un problème législatif difficile, et que le législateur a choisie lorsqu'il a adopté la loi de 1978 sur l'interruption de grossesse, est ou non la meilleure. Sur ce point les juges, tout comme d'autres membres de notre société, auront des opinions divergentes. La conciliation d'intérêts opposés que nécessitent les lois sur l'avortement est une tâche qui incombe au législateur et qui relève de sa responsabilité. (...) Il est clair que les tribunaux doivent respecter la solution retenue par le législateur » (18).

Quant à l'examen de la conformité de la loi norvégienne à l'article 2 de la CEDH, la conclusion de la Commission européenne fut, en l'espèce, la suivante :

« ... à supposer que la convention puisse être considérée comme ayant quelque influence à cet égard, la Commission estime que, dans un domaine aussi délicat, les États contractants doivent jouir d'un certain pouvoir discrétionnaire » (19).

L'appréciation du caractère légitime ou non d'une proposition de loi visant à dépénaliser l'euthanasie requiert également de partir du principe que c'est au législateur qu'il appartient de concilier des conceptions éthiques opposées. Le juge doit à cet égard respecter le pouvoir d'appréciation du législateur et ne peut se substituer à lui. Il va sans dire que le Conseil d'État, section de législation, doit lui aussi observer cette règle.

Dans l'exercice de son pouvoir discrétionnaire, le législateur peut estimer, en fonction des considérations qu'il juge pertinentes (20), que l'on ne saurait tolérer que l'individu mette lui-même fin à ses jours ou qu'il demande à quelqu'un d'autre de le faire. Pareille interdiction d'accéder à une demande d'euthanasie ne saurait être considérée comme contraire à l'obligation de protéger le droit à la vie (21). À condition de prévoir que le décès ait lieu dans des circonstances compatibles avec la dignité humaine, il ne pourra pas non plus être estimé que l'interdiction précitée enfreint l'interdiction de traitement inhumain ou dégradant (22).

La proposition de loi soumise pour avis vise à atténuer l'interdiction de satisfaire à la demande de mourir. Pareille mesure relève, en principe, de la marge d'appréciation du législateur. Cette marge d'appréciation n'est toutefois pas illimitée. L'obligation de protéger le droit à la vie implique que des limites soient effectivement posées au pouvoir discrétionnaire du législateur.

9. Pour vérifier si les dispositions proposées n'excèdent pas ces limites, il y a lieu d'examiner les conditions dont la proposition de loi fait dépendre la pratique de l'euthanasie.

9.1. En ce qui concerne la protection pénale générale du droit à la vie, il faut constater que la proposition ne touche pas aux dispositions du Code pénal qui répriment l'assassinat, le meurtre ou la mort par imprévoyance ou négligence (23).

De plus, l'euthanasie n'est dépénalisée que lorsqu'elle est pratiquée dans des circonstances bien définies. Si elle est pratiquée à la demande actuelle du patient, celui-ci doit se trouver dans une « situation médicale sans issue » et faire état d'une « souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable » (article 3, § 1<sup>er</sup>, troisième tiret). Lorsque l'euthanasie se fonde sur une déclaration anticipée, le patient doit également être atteint d'une « affection accidentelle ou patholo-

gique grave et incurable », et il est requis que le patient soit inconscient et que cette situation soit irréversible (article 4, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, et § 2, alinéa 1<sup>er</sup>). Pour des raisons d'ordre public, la proposition limite ainsi la possibilité de donner suite de manière impunie à la demande d'une personne de mettre fin à sa vie.

Le maintien de la répression en dehors des cas visés par la proposition répond à l'obligation de l'autorité de mettre en place des moyens de dissuasion efficaces permettant d'éviter qu'il soit porté atteinte au droit à la vie (24).

9.2. Selon la proposition, l'euthanasie n'est autorisée que si elle est pratiquée à la demande de l'intéressé (article 2).

Lorsqu'il s'agit d'une demande actuelle, elle doit émaner d'un patient « majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande » (article 3, § 1<sup>er</sup>, premier tiret). En outre, la demande doit être « volontaire, réfléchie et répétée », et elle ne peut pas résulter « d'une pression extérieure » (article 3, § 1<sup>er</sup>, deuxième tiret).

Le médecin traitant doit informer le patient des possibilités thérapeutiques encore envisageables et des possibilités qu'offrent les soins palliatifs (article 3, § 2, 1<sup>o</sup>). La demande du patient de mettre fin à sa vie doit notamment être consignée par écrit (article 3, § 4).

Dans ce contexte, la légalité de l'euthanasie est ainsi limitée aux cas où l'intéressé a consciemment exprimé le souhait de mettre un terme à sa vie, et où il ne change pas d'avis jusqu'à sa mort (25).

La proposition prévoit également la possibilité que l'euthanasie soit pratiquée, dans certaines circonstances, sur une personne qui n'est plus consciente et qui, dès lors, ne peut plus exprimer sa volonté. Cette possibilité se limite toutefois au cas où l'intéressé a préalablement manifesté sa volonté, à savoir dans une déclaration anticipée de moins de cinq ans qui peut être retirée à tout moment (article 4). Ainsi, l'admissibilité de l'euthanasie dépend également, dans ce cas, d'un souhait exprimé valablement et d'une manière durable par l'intéressé lui-même.

L'ensemble des dispositions citées vise à garantir qu'il soit seulement donné suite à la demande d'un patient formulée en connaissance de cause. Sur ce point, cette proposition semble être conforme aux conditions imposées à l'autorité par les articles 2 de la CEDH et 6 du PIDCP.

9.3. Selon la proposition, l'euthanasie constitue l'aboutissement d'une procédure déterminée.

La procédure applicable lorsque l'euthanasie se fonde sur une demande actuelle du patient concerné est décrite à l'article 3, §§ 2 et 3. Le médecin doit avoir plusieurs entretiens avec son patient, et il doit également consulter un autre médecin indépendant. De plus, le médecin doit s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe soignante ainsi qu'avec les proches désignés par ce dernier. Lorsque la demande émane d'un patient qui ne se trouve pas en phase terminale, le médecin doit en outre consulter un deuxième médecin indépendant. Il semble que suffisamment de garanties soient ainsi mises en place pour assurer qu'il ne soit accédé à une demande de fin de vie qu'entouré de la prudence nécessaire.

Des obligations particulières sont imposées lorsque le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté, et lorsque la justification de la pratique de l'euthanasie est recherchée dans une déclaration anticipée, rédigée au préalable par l'intéressé. Ces obligations ont trait à la rédaction de la déclaration anticipée ainsi qu'à l'usage qui en est fait ultérieurement.

En ce qui concerne la rédaction de la déclaration anticipée, la proposition dispose qu'elle doit avoir lieu en présence de deux témoins (article 4, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3). Si l'intéressé est physiquement dans l'impossibilité de rédiger sa déclaration anticipée, il peut charger un tiers de la rédiger, en présence de deux témoins (article 4, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4). Ces conditions paraissent suffire pour garantir que la déclaration anticipée exprime réellement la volonté de l'intéressé.

Au sujet de l'usage ultérieur de la déclaration anticipée, la proposition précise qu'il ne peut être tenu compte que d'une déclaration de moins de cinq ans (article 4, § 1<sup>er</sup>, alinéa 6). De plus, il ne peut être donné suite à cette déclaration que lorsque le médecin s'est assuré que l'intéressé se trouve dans l'un des cas définis d'une manière limitative dans la proposition (article 4, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>). De plus, le médecin doit consulter un autre médecin

indépendant, et s'entretenir de la demande anticipée avec l'équipe soignante, avec la personne de confiance désignée par le patient dans sa déclaration anticipée et, éventuellement, avec les proches du patient (article 4, § 2, alinéa 2). Ainsi, les garanties en matière de procédure paraissent également satisfaire ici aux exigences découlant de la protection du droit à la vie.

9.4. Enfin, la proposition prévoit un contrôle automatique a posteriori (26).

Pour permettre ce contrôle, le médecin doit consigner tous les actes et documents pertinents dans le dossier médical du patient (articles 3, § 5, et 4, § 2, alinéa 3). Dans les quatre jours ouvrables du décès du patient, le médecin doit transmettre un document d'enregistrement à une commission fédérale de contrôle et d'évaluation (article 5).

Cette commission examine chaque document d'enregistrement. En cas de doute quant à la légalité et à la régularité de l'euthanasie pratiquée, la commission peut demander des informations complémentaires au médecin. Si la commission estime que les dispositions de la loi proposée n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi (article 8).

L'existence de ce mécanisme de contrôle constitue une garantie supplémentaire permettant d'assurer que l'euthanasie n'est pratiquée que dans les cas strictement définis dans la proposition. Sur ce point, la proposition répond à l'obligation positive qui incombe à l'autorité.

En outre, la proposition ne porte pas atteinte à la compétence des autorités judiciaires d'ouvrir une enquête d'office ou sur la plainte, par exemple, des proches de la personne décédée.

10. En résumé, il résulte de ce qui précède que même si elle prévoit une limitation de la protection du droit à la vie accordée jusqu'à présent par la loi, la proposition de loi relative à l'euthanasie soumise pour avis reste dans les limites imposées à la marge d'appréciation de l'autorité nationale par les articles 2 de la CEDH et 6 du PIDCP.

En d'autres termes, la proposition de loi n'est pas incompatible avec les dispositions de la convention et du pacte précités.

## II. L'examen des propositions de loi au regard du droit pénal

11. Après avoir défini à l'article 2 la notion d'euthanasie, la proposition de loi relative à l'euthanasie énonce dans la suite du texte les conditions de fond et de procédure auxquelles « le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction » (article 3). Cette proposition, qui a pour objet de préciser les cas dans lesquels un acte d'euthanasie ne peut être reproché pénalement à son auteur, relève donc du droit pénal et elle s'inscrit dans le contexte du droit actuellement applicable (27).

Si l'objet et le contenu de la proposition relative aux soins palliatifs ne relèvent pas directement du droit pénal, on verra qu'elle comporte une autorisation légale de pratiquer des actes qui, autrement, pourraient être qualifiés d'infraction pénale (28).

Il est donc nécessaire d'examiner l'insertion des lois proposées dans le droit pénal existant. À cet égard, le Conseil d'État se limitera aux observations de nature à assurer l'application cohérente du droit pénal en ce qui concerne les comportements à caractère euthanasique ou ceux qui leur sont proches (A). Il examinera également la proportionnalité des peines applicables en cas de violation des conditions posées par la proposition de loi relative à l'euthanasie (B).

*A. L'application cohérente du droit pénal en ce qui concerne les comportements à caractère euthanasique ou ceux qui leur sont proches*

12. À titre préalable, il convient de distinguer les actes faisant l'objet de la proposition de loi relative à l'euthanasie de ceux qui échappent à son champ d'application, tel qu'il résulte de la définition que l'article 2 de la proposition donne de l'euthanasie :

« Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci ».

Selon cette définition, les éléments suivants doivent être réunis pour que l'on se trouve en présence d'une euthanasie :

- il doit s'agir d'un acte, c'est-à-dire d'un comportement positif, et non d'une abstention;
- cet acte doit émaner d'un tiers;
- il doit avoir un caractère intentionnel (29);
- l'acte doit avoir pour effet de provoquer le décès de l'autre personne;
- l'acte doit avoir été demandé par celle-ci.

Il s'ensuit qu'en principe, la loi proposée ne vise pas les situations de fin de vie suivantes :

- 1° le fait de ne pas entamer ou de cesser des actes médicaux sans utilité ou disproportionnés;
- 2° les actes médicaux visant au traitement de la douleur et ayant un effet de réduction du temps de vie;
- 3° l'assistance médicale au suicide;
- 4° l'acte d'un médecin mettant fin intentionnellement à la vie d'une personne sans demande de celle-ci.

Les deux premières catégories d'actes ou d'omissions relèvent normalement de la pratique médicale admissible. La troisième concerne un acte principal – le suicide – qui n'est pas posé par un médecin. La quatrième relève du droit pénal.

13. Certaines situations particulières parmi celles visées ci-avant comportent toutefois des actes qui sont extrêmement proches de ceux qui sont qualifiés d'euthanasie par la proposition de loi ou qui peuvent même à certains égards se confondre avec elles. Ces situations suscitent les observations suivantes.

#### a) Les soins sédatifs

14. Les actes médicaux contiennent par nature une atteinte à l'intégrité physique. Ils échappent toutefois en principe à toute qualification d'infraction pénale. Cette immunité n'est fondée ni sur l'absence d'intention doloureuse ni sur le seul consentement du patient (30) ni sur l'état de nécessité, mais sur la permission de la loi qui réglemente, autorise ou impose la manière dont l'art de guérir doit être pratiqué (31).

Cette autorisation légale résulte de l'article premier de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales (32).

15. Cette même disposition, telle qu'elle est modifiée par l'article 9 de la proposition de loi relative aux soins palliatifs, confère également cette autorisation en ce qui concerne les aspects continus et palliatifs de l'art médical et de l'art pharmaceutique, puisque ces derniers sont ajoutés par cette disposition aux aspects préventifs et curatifs de ces disciplines comme couvrant l'art de guérir. Les soins continus et palliatifs sont dès lors qualifiés désormais explicitement d'actes médicaux. En conséquence, de pareils actes ne peuvent être pénalement reprochés aux médecins, même s'ils ont mis fin à la vie de leurs patients, sauf dans l'hypothèse où le ministère public pourrait prouver qu'ils ont abusé de l'autorisation légale de dispenser des soins continus et palliatifs.

Alors que la proposition de loi relative à l'euthanasie énonce de manière détaillée les conditions dans lesquelles l'acte autorisé peut être pratiqué, la proposition relative aux soins palliatifs est particulièrement sibylline sur le sens qu'il convient de donner à ces concepts de soins continus et palliatifs. Elle est même entièrement muette sur la notion de soins continus.

Cette imprécision soulève, en ce qui concerne les soins sédatifs, des questions de deux ordres.

16. La première question porte sur le contenu que le législateur entend donner à la notion même de soins palliatifs et continus.

Il entre dans les obligations des médecins de réduire autant que possible les douleurs ressenties par leur patient. Dans la pratique, de tels soins peuvent avoir pour effet d'entraîner, voire d'anticiper, le décès. Lorsque ces soins sont



strictement limités à ce qui est nécessaire à la lutte contre la douleur, ils entrent entièrement dans le cadre des soins admissibles et la circonstance qu'ils ont entraîné ou anticipé la mort ne peut en principe être reprochée au médecin.

Certaines pratiques médicales peuvent comprendre des actes se rapprochant d'un accompagnement du processus létal, allant au-delà d'un simple traitement de la douleur. Il s'agit en particulier de la sédation contrôlée, au cours de laquelle le patient est endormi pour lui éviter de ressentir les douleurs liées à la maladie. Ces traitements sont procurés dans la phase terminale de la vie (33).

La question se pose de savoir si ces soins sédatifs peuvent être qualifiés de soins palliatifs ou continus et bénéficier à ce titre de l'autorisation de la loi. Ceci requiert une définition plus précise de la notion de soins palliatifs et continus.

Lorsque, comme en l'espèce, le législateur entreprend une certaine forme de dépénalisation, il lui appartient en effet d'identifier clairement les actes qui bénéficient d'une immunité pénale, afin de faire ainsi apparaître, par défaut, ceux qui restent punissables.

L'un des principes fondamentaux du droit pénal, consacré notamment par l'article 7 de la Convention européenne des droits de l'homme, l'article 15 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, et les articles 12 et 14 de la Constitution, est celui de la légalité des infractions et des peines, qui signifie que « seule la loi peut incriminer, c'est-à-dire ériger des faits en infractions et établir des peines » (34).

Il en résulte qu'une infraction doit être clairement définie par la loi. Selon la Cour européenne des droits de l'homme :

« Cette condition se trouve remplie lorsque l'individu peut savoir, à partir du libellé de la clause pertinente et, au besoin, à l'aide de son interprétation par les tribunaux, quels actes et omissions engagent sa responsabilité » (35).

En droit constitutionnel belge, le principe de la légalité reçoit une signification additionnelle. Il y trace aussi les domaines respectifs d'action du pouvoir législatif et du pouvoir judiciaire en matière pénale. Dans son avis donné le 21 octobre 1996 sur le projet devenu la loi du 10 janvier 1999 relative aux organisations criminelles, la section de législation du Conseil d'État s'est exprimée en ces termes sur cette exigence :

« Le pouvoir législatif est tenu de faire les règles que le pouvoir judiciaire doit, pour sa part, appliquer en respectant les termes. Le seul moyen de garantir cette rigoureuse répartition des pouvoirs – et, par suite, de conjurer tout risque d'arbitraire de la part des juges –, est de rédiger les lois pénales de la façon la plus précise. Le pouvoir législatif viderait de sa substance le principe constitutionnel de légalité s'il se bornait à poser des règles pénales ne donnant aux juges que de vagues directives, car il les obligerait ainsi du même coup à compléter les règles applicables pour les rendre susceptibles d'être effectivement appliquées. Une peine décidée par un juge dans ces conditions ne serait plus infligée en vertu de la loi, mais en vertu de la loi et d'une autre règle que le juge a dû y ajouter pour arriver à l'appliquer.

Le principe de légalité emporte qu'en matière pénale, c'est, pour le pouvoir législatif, une obligation constitutionnelle, et non une simple obligation générale de prudence, de disposer par des règles précises » (36).

Même si l'application de la loi pénale comporte inmanquablement un élément d'interprétation judiciaire (37), et que le juge est appelé à préciser en fait la qualification juridique (38), il ressort de l'ensemble des dispositions conventionnelles et constitutionnelles précitées une obligation pour le législateur de circonscrire avec la plus grande précision possible les comportements qu'il entend incriminer, sous peine de générer l'insécurité juridique. Cette obligation vaut spécialement pour les comportements ici en jeu qui sont probablement, d'un point de vue strictement pénal, les plus graves en ce qu'ils touchent au droit à la vie du patient.

17. La deuxième question à examiner concernant les soins sédatifs résulte de la difficulté à distinguer, dans certains cas, l'euthanasie de l'acte médical de soulagement des souffrances.

Une pareille distinction est délicate à percevoir, notamment lorsqu'il est difficile d'établir la dose de substances analgésiques au-delà de laquelle ce n'est plus la douleur qui est traitée, mais le décès qui est provoqué.

La définition donnée à la notion de soins palliatifs par l'article 2 de la proposition de loi qui les concerne se caractérise par deux traits, l'un négatif, l'autre positif. Négativement, un soin est palliatif lorsqu'il est prodigué à un patient dont la « maladie ne réagit plus aux thérapies curatives ». L'acte consistant à soulager une souffrance sans pouvoir conduire à une guérison est donc un soin palliatif. Un autre passage du même article 2 le confirme – et c'est le trait positif de la définition – en indiquant que « le but premier des soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale ».

L'administration d'un analgésique dans le cadre des soins sédatifs peut donc être qualifiée de soin palliatif en ce qu'elle ne cherche pas à guérir de sa maladie le patient qui souffre, mais en ce qu'elle a pour but de lui procurer une fin de vie sans souffrance, et ce même si la mort en est la conséquence éventuelle à plus ou moins brève échéance.

Cette hypothèse montre qu'il est difficile de distinguer l'acte consistant à « mettre fin intentionnellement à la vie », au sens de la proposition de loi relative à l'euthanasie, par l'injection d'une substance létale, de l'acte consistant à soulager la douleur d'une personne en lui administrant une drogue dont il est pratiquement sûr qu'elle aura aussi pour effet de la conduire à la mort. On ignore, sur le vu des deux propositions de loi examinées, si un médecin ayant soigné son patient sans avoir respecté les conditions et les procédures propres à l'euthanasie (39) et qui serait poursuivi pénalement, pourra se défendre en alléguant la permission légale déduite de la loi proposée relative aux soins palliatifs.

Si ce type de pratique est qualifié comme comportant une euthanasie, les actes posés par le médecin dans ce cadre doivent répondre aux conditions prévues par la proposition de loi qui y est relative. En revanche, si ces actes sont considérés comme des soins palliatifs et continus, leur licéité est pleinement admise en leur qualité d'actes relevant de l'art de guérir et ils ne sont pas soumis aux conditions de la loi proposée relative à l'euthanasie.

Vu l'incertitude pesant sur cette qualification, la précision qui sera apportée à la notion de soins palliatifs et continus à la suite de la première observation formulée plus haut (40) devra dès lors avoir également pour objectif de mieux distinguer les soins palliatifs et continus des actes euthanasiques. La proposition de loi relative aux soins palliatifs sera complétée sur ce point.

#### b) L'assistance médicale au suicide

18. Le cas de l'assistance au suicide pose des problèmes plus délicats encore. Deux considérations conduisent le Conseil d'État à s'interroger sur la pertinence du choix opéré par les commissions réunies du Sénat de faire échapper l'assistance au suicide du champ d'application de la loi proposée relative à l'euthanasie (41).

Une première considération tient à l'incertitude régnant actuellement quant au caractère punissable de tels comportements (42). Le suicide n'étant pas une infraction pénale, la personne ayant assisté celui qui a posé ce type d'acte ne peut être qualifiée de complice et elle ne sera donc en principe pas poursuivie. En pratique, il n'est toutefois pas exclu que ce comportement soit qualifié dans certains cas de non-assistance à personne en danger, incriminée par les articles 422*bis* et 422*ter* du Code pénal.

La seconde considération, plus fondamentale, tient à la nécessité, pour le législateur, de respecter les principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination.

Il est admissible que, lorsque le suicide est commis en dehors de tout contexte médical et que l'assistance du médecin n'est pas assurée dans les mêmes conditions que celles de la loi proposée – ou dans des conditions équivalentes eu égard aux objectifs poursuivis –, les commissions réunies aient estimé ne pas devoir régler cette question à l'occasion de l'examen de la proposition.

Il peut en revanche se concevoir que l'assistance au suicide se déroule dans le respect des conditions prévues par la proposition, ou dans des conditions équivalentes.

Dans ce cas, il n'y a guère de différence, quant à la nature même du comportement visé et des intentions de la personne assistant une personne suicidaire, entre l'euthanasie au sens de l'article 2 de la proposition de loi et l'assistance médicale au suicide. On comprend dès lors mal pourquoi la loi proposée ne vise pas le comportement du médecin qui met des substances létales à la disposition d'un patient à la demande de ce dernier, tout en lui laissant le choix du moment de sa mort et en s'abstenant de poser lui-même l'acte mortel, d'autant que, comme on vient de le voir, une pareille attitude peut, le cas échéant, conduire ce médecin à répondre de préventions de non-assistance à personne en danger.

La seule différence objective entre ces deux situations consiste en ce que l'acte conduisant directement à la mort est posé ou non par le médecin. Cette considération ne semble toutefois pas justifier, à elle seule, le fait de ne pas régler l'assistance au suicide si, pour le surplus, l'ensemble des autres actes préalables, décisifs quant aux conséquences voulues par la personne en demande, sont accomplis dans l'un et l'autre cas par le médecin.

Il appartient au législateur soit de régler également cet aspect de la mort assistée soit, en tout cas, de pouvoir s'autoriser de motifs objectifs et juridiquement admissibles au regard des principes d'égalité et de non-discrimination pour lesquels cette distinction est faite, spécialement eu égard au fait que cette assistance médicale au suicide peut être assurée dans des conditions de contrôle médical comparables à celles qui sont prévues par la proposition de loi, en manière telle qu'elle ne donne lieu à aucun abus ni à aucun détournement au profit d'un tiers.

#### *B. La proportionnalité des peines applicables en cas de violation des conditions posées par la proposition de loi relative à l'euthanasie*

19. En vertu de l'article 3 de la proposition de loi relative à l'euthanasie, le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction si, d'une part, il s'est assuré qu'il a été satisfait aux conditions de fond définies au paragraphe 1<sup>er</sup>, premier à troisième tirets, de cet article et si, d'autre part, il a respecté les conditions et procédures prescrites par la proposition.

Cette dernière condition a une portée générale et concerne dès lors tant les conditions et exigences de procédure qui ont pour but de garantir le respect des conditions de fond prévues à l'article 3, que les conditions et exigences de procédure qui ne sont pas de cette nature mais qui comprennent des obligations purement formelles, telles que les obligations relatives à la déclaration imposée par l'article 7 de la proposition.

Le constat qui vient d'être fait implique qu'un médecin qui n'a pas respecté l'une de ces conditions ou exigences de procédure purement formelles ne peut invoquer l'article 3 et que, sauf s'il peut faire valoir la présence d'un état de nécessité, il peut dès lors être condamné en application des dispositions en vigueur du Code pénal en vertu desquelles l'euthanasie peut être punie. Ce médecin est par conséquent traité tout à fait de la même manière que le médecin qui méconnaît les conditions de fond dans lesquelles l'euthanasie est admissible ou les exigences de procédure qui sont étroitement liées à ces conditions (43).

La seule méconnaissance d'une obligation purement formelle peut donc conduire à l'imposition d'une peine qui, même si l'on tient compte des peines minimales applicables et à la possibilité de retenir des circonstances atténuantes, peut difficilement être réputée se trouver dans un rapport raisonnable à l'égard de la prévention qui, dans l'hypothèse, présentement examinée, revient essentiellement à avoir pratiqué l'euthanasie sans avoir respecté l'exigence purement formelle y afférente.

Afin de respecter le principe de proportionnalité, il est indiqué d'opérer une distinction entre, d'une part, les conditions essentielles qui doivent être respectées pour que l'euthanasie ne soit pas une infraction et, d'autre part, les conditions strictement formelles sans rapport avec ces conditions essentielles. Pour assurer le respect de ces conditions strictement formelles, il conviendrait de prévoir des peines adaptées et distinctes.

#### OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

##### Quant à la proposition de loi relative à l'euthanasie

##### Article 3

20.1. Il peut être admis que la consultation du médecin, visée à l'article 3, §2, 3<sup>o</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, porte tant sur le caractère grave et incurable de l'affection que sur la présence du caractère constant, insupportable et inapaisable de la

souffrance physique ou psychique. Afin de l'exprimer plus clairement, cette disposition pourrait être rédigée de la manière suivante :

« 3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection ainsi qu'à la présence du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique, en lui précisant les raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et rédige un rapport concernant ses constatations. »

20.2. Au paragraphe 2, 3°, second alinéa, de l'article 3 proposé, le texte exige que le médecin consulté soit « indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant ». Doit-on comprendre cette indépendance dans le sens, par exemple, que le médecin consulté ne peut avoir un lien de parenté avec le patient ou le médecin traitant ou dans un sens beaucoup plus large en sorte que le médecin consulté ne doit jamais avoir eu aucune relation avec le patient ou le médecin traitant ? Le texte devrait être plus précis quant à la portée de cette indépendance.

21. Au paragraphe 4 du même article, le texte proposé impose que « la demande » d'euthanasie soit actée par écrit, que ce document soit rédigé, daté et signé par le patient lui-même, et qu'il soit versé au dossier médical. Cette disposition est à rapprocher de celle du paragraphe 1<sup>er</sup>, deuxième tiret, où il est question d'une 20.1. Il peut être admis que la consultation du médecin, visée à l'article 3, § 2, 3°, alinéa 1<sup>er</sup>, porte tant sur le caractère grave et incurable de l'affection que sur la présence du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Afin de l'exprimer plus clairement, cette disposition pourrait être rédigée de la manière suivante :

« demande » formulée de manière répétée.

Ces dispositions pourraient donner l'impression que le patient doit faire plusieurs demandes écrites. Telle ne semble certes pas être l'intention des commissions réunies. Il résulte en effet des discussions que deux conditions cumulatives sont requises, à savoir une demande répétée et la présence d'un document écrit (44), et que « le document écrit doit intervenir dans le processus, conformément à la logique de dialogue qui sous-tend le texte proposé » (45).

Le texte gagnerait en clarté, si cette intention s'y trouvait exprimée. Le Conseil d'État suggère de remplacer la première phrase du paragraphe 4, alinéa premier, par le texte suivant :

« Au cours d'un des entretiens que le médecin a avec le patient, celui-ci doit lui remettre un écrit actant sa demande. »

#### Article 4

22. Cette disposition consacre l'existence de la « déclaration anticipée ». En vertu du paragraphe 1<sup>er</sup>, tout majeur ou mineur émancipé qui est capable peut formuler par écrit une déclaration anticipée suivant laquelle il manifeste une demande d'euthanasie dans l'hypothèse où il ne serait plus conscient.

Pour être prise en compte par le médecin, la demande du patient doit avoir clairement pour objet une euthanasie au sens de la loi proposée.

Il est donc indispensable que le texte de loi proposé soit clair sur le contenu de la déclaration anticipée. Celle-ci doit être dépourvue d'ambiguïté. Il n'appartient pas à la personne qui formule une déclaration anticipée de préciser dans quelles conditions le médecin à qui elle serait remise, pourrait pratiquer une euthanasie, étant entendu que ce médecin ne peut pratiquer celle-ci que si les conditions imposées au paragraphe 2, alinéa 1<sup>er</sup>, du même article sont réunies. Au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « si ce médecin constate » :

- qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- qu'il est inconscient,
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science »,

devraient donc être omis. Le texte de l'alinéa premier de l'article 4, § 1<sup>er</sup>, pourrait alors être rédigé comme suit :

« Tout majeur ou mineur émancipé capable peut indiquer, dans une déclaration anticipée, sa volonté d'un acte d'euthanasie, à pratiquer par un médecin, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté. » (46)

23.1. En vertu de l'article 4, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, l'intéressé peut désigner, dans la déclaration anticipée, une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence. L'article dispose en outre que la personne de confiance met le médecin traitant au courant de la « volonté » du patient.

Le texte initial de la proposition de loi (article 4, alinéa 3) ainsi que l'amendement n° 15, déposé après les auditions (article 4, alinéa 3), employaient le mot « mandataire ». Au cours de la discussion de l'article 4, ce mot a été remplacé par l'expression « personne de confiance » (article 4, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, de l'amendement n° 291). Ce remplacement indiquait qu'il ne s'agissait pas d'un mandataire qui aurait pu accomplir des actes au nom du déclarant (47). Toutefois, le fait que la personne de confiance doit informer le médecin de « la volonté » de l'intéressé donne toujours à penser que la personne de confiance doit interpréter la volonté de l'intéressé au cas où celle-ci ne serait pas claire.

Si l'intention des Chambres législatives est de limiter le rôle de la personne de confiance sur ce point à la communication de l'existence de la déclaration anticipée et de son contenu (48), il serait préférable de remplacer les mots « la volonté du patient » par « l'existence de la déclaration » (49).

23.2. Au même paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 4, il convient de remplacer dans la première phrase les mots « sa déclaration peut être actée par écrit » par « sa déclaration peut être consignée par écrit ». Il y a par ailleurs discordance entre les textes français et néerlandais (« sa déclaration peut ... »/« kan hij ... aanwijzen »).

24. L'alinéa 8 de ce même paragraphe donne une habilitation au Roi pour déterminer « les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national ».

Cette habilitation est très large et devrait être mieux circonscrite par le législateur, eu égard à la diversité des aspects envisagés.

Au demeurant le texte laisse entendre que l'inscription au registre national sera la seule manière possible de veiller à la prise en considération d'une déclaration anticipée. Cela ne semble toutefois pas être l'intention des commissions réunies. Au contraire, on peut déduire des discussions que la loi proposée n'impose aucune obligation d'enregistrement de la déclaration anticipée et que le Roi ne pourra dès lors prévoir qu'un système facultatif (50). Cette intention devrait apparaître plus clairement du texte.

25. Le paragraphe 2, alinéa 1<sup>er</sup>, énumère des conditions en regard de trois tirets. La troisième condition (caractère irréversible) doit assurément être mise en rapport avec la deuxième condition (l'intéressé est inconscient). Dans ce cas, il est préférable de grouper ces deux conditions sous un seul tiret (51).

## Article 6

26.1. Il conviendrait de préciser dans l'appellation de la commission que celle-ci est chargée du contrôle et de l'évaluation en matière d'euthanasie.

26.2. Il conviendrait d'explicitier davantage la mise en œuvre de la suppléance, notamment lorsqu'un membre effectif est absent pour une longue durée ou qu'il est définitivement empêché de siéger. Il faudrait préciser si le suppléant achève le mandat de l'effectif ou s'il sera procédé à une nouvelle nomination.

## Article 7

27.1. À l'alinéa 2, 5°, dans le texte français, il y a lieu d'écrire « une déclaration anticipée » au lieu d'« une déclaration de volonté ».

27.2. Au troisième alinéa, il est indiqué que le premier volet du document d'enregistrement est confidentiel et qu'il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission ». Il est supposé que cette décision est celle visée à l'article 8, alinéa 1<sup>er</sup>, de la proposition. Si tel est le cas, il conviendrait de le préciser.

## Article 8

28.1. À l'article 8, il serait indiqué que le médecin soit informé de la décision prise par la commission à son égard, spécialement lorsque celle-ci saisit le parquet, comme prévu à l'alinéa 3.

28.2. À l'alinéa 4, dans le texte français, il convient de remplacer les mots « se fera excuser » par « se récusera ».

## Article 15

29. L'alinéa 2 rend applicable les dispositions de l'article 909 du Code civil aux membres de l'équipe soignante. D'un point de vue légistique, il serait préférable de modifier directement l'article 909 du Code civil en ce sens.

## Article 16

30. La date de l'entrée en vigueur de la loi proposée doit être indiquée de manière à être déterminée de façon plus précise, soit en mentionnant le délai au terme duquel elle entrera en vigueur après sa publication au *Moniteur belge* – et non pas, comme dans le texte proposé « au plus tard trois mois après sa publication » –, soit en y habilitant le Roi, le cas échéant, dans un délai que la loi préciserait.

## II. Quant à la proposition de loi relative aux soins palliatifs

### A. La compétence du législateur fédéral

31. La proposition de loi soumise pour avis accorde de façon générale au patient le droit de bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de la fin de sa vie. Elle confère au Roi des pouvoirs étendus en vue d'accroître et d'améliorer l'offre de soins palliatifs.

L'autorité fédérale n'est toutefois pas compétente pour tous les aspects de l'administration de soins palliatifs. En vertu de l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, 1<sup>o</sup>, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, les communautés sont en effet compétentes en matière de politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins, à l'exception des matières énumérées sous a) à g) de cette disposition et sans préjudice de la compétence fédérale résiduelle relative à l'adoption de réglementations concernant l'exercice des professions médicales (52).

Il résulte de la répartition des compétences qui vient d'être rappelée que l'autorité fédérale n'est pas compétente pour élaborer une réglementation générale à propos de l'administration de soins palliatifs (53) et qu'elle doit au contraire se limiter à ces aspects de la réglementation qui peuvent s'inscrire dans le cadre de l'une des matières réservées à l'autorité fédérale par l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, 1<sup>o</sup>, de la loi spéciale du 8 août 1980 (54) ou qui concernent l'exercice d'une profession dans le domaine des soins de santé.

Vu ce qui précède, le champ d'application de la proposition de loi doit dès lors être limité.

### B. Examen du texte

## Article 2

32. La première phrase de l'article 2, alinéa 2, qui n'exprime qu'une déclaration d'intention, n'a pas sa place dans un texte normatif et doit dès lors être omise de la proposition.

33. Les quatre autres phrases de l'article 2, alinéa 2, entendent définir la notion de soins palliatifs. Sans préjudice de ce qui a été relevé quant à l'imprécision de la définition de cette notion (55), il convient de reformuler sous la forme d'une définition les troisième, quatrième et cinquième phrases, qui présentent actuellement plutôt le caractère d'un commentaire.

Étant donné que la notion de « soins palliatifs » apparaît encore à d'autres endroits du projet, il est recommandé d'en inscrire la définition dans un article distinct qui devrait être inséré avant l'actuel article 2.

34. Sans préjudice de l'observation précédente, il convient de signaler une incohérence dans le texte néerlandais de l'article 2, alinéa 2, dernière phrase, où il est question de la « kwaliteit van het resterende leven van deze patiënt en

nabestaanden ». Ce texte doit être aligné sur le texte français qui emploie la formulation suivante : « la qualité de vie pour le patient et pour sa famille, durant le temps qu'il lui reste à vivre ».

#### Article 3

35. La délégation accordée au Roi à l'article 3 doit être limitée, vu ce qui vient d'être relevé quant à la compétence de l'autorité fédérale (56).

#### Article 4

36. À l'article 4, il convient de remplacer la référence aux « fins décrites aux articles 2 et 3 » par une définition du contenu du rapport visé à l'article 4.

#### Article 5

37. Le texte ne fait pas apparaître clairement à quoi se rapporte la délégation accordée au Roi par l'article 5, ni sa corrélation à l'égard de la délégation accordée à l'article 3.

L'article 5 doit être précisé sur ce point.

#### Article 6

38. La délégation accordée au Roi par l'article 6 est également formulée en des termes trop vagues pour pouvoir en déterminer la portée exacte.

En outre, on n'aperçoit pas ce que visent précisément les termes « équipe de soins palliatifs », « structures de soins » et « temps et lieux de parole ».

Enfin, le terme « supervision » est sans équivalent dans le texte néerlandais.

Vu ce qui précède, il est dès lors nécessaire de remanier l'article 6.

#### Article 8

39. À l'alinéa 1<sup>er</sup>, il convient de mentionner l'institut qui y est évoqué avec sa dénomination complète : « Institut scientifique de la santé publique - Louis Pasteur ».

L'assemblée générale de la section de législation était composée de :

M. W. DEROOVER, premier président;

MM. R. ANDERSEN et M. VAN DAMME, présidents de chambre;

MM. Y. KREINS, D. ALBRECHT, P. LEMMENS, P. LIENARDY, J. BAERT, P. QUERTAINMONT, J. SMETS, P. VANDERNOOT et J. JAUMOTTE, conseillers d'État;

MM. G. SCHRANS, F. DELPERÉE, F. VAN COMPERNOLLE, H. COUSY, J. KIRKPATRICK et A. SPRUYT, assesseurs de la section de législation;

Mme D. LANGBEEN, greffier en chef;

Mme A. BECKERS, greffier.

La concordance entre la version néerlandaise et la version française a été vérifiée sous le contrôle de MM. P. LEMMENS et P. LIENARDY.

Le rapport a été présenté par Mme P. VANDERNACHT et M. J. VAN NIEUWENHOVE, auditeurs. La note du Bureau de coordination a été rédigée et exposée par M. L. VAN CALENBERGH et Mme A.-F. BOLLY, référendaires adjoints.

*Le greffier en chef,*  
D. LANGBEEN.

*Le premier président,*  
W. DEROOVER.

- (1) La fixation de l'examen de cette demande devant l'assemblée générale de la section de législation est intervenue dès la réception, le 23 mai 2001, par le Conseil d'État de la version provisoire du rapport des commissions réunies. Les références faites au rapport dans le présent avis visent cette version provisoire.
- (2) Doc. Sénat, 1999-2000, n<sup>os</sup> 2-244/1 et 2-246/1.
- (3) Doc. Sénat, SE 1999, n<sup>o</sup> 2-10/1.
- (4) Doc. Sénat, SE 1999, n<sup>o</sup> 2-22/1.
- (5) Doc. Sénat, SE 1999, n<sup>o</sup> 2-86/1.
- (6) Doc. Sénat, 1999-2000, n<sup>o</sup> 2-105/1.
- (7) Voir, notamment, Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), 27 septembre 1995, McCann, *Publ. Cour*, série A, vol. 324, p. 45, § 147; CEDH, 9 octobre 1997, Andronicou et Constantinou, *Rec.*, 1997-VI, p. 2097, § 171.
- (8) CEDH, 9 juin 1998, L.C.B./Royaume-Uni, *Rec.*, 1998-III, p. 1403, § 36; CEDH, 28 octobre 1998, Osman, *Rec.*, 1998-VIII, p. 3159, § 115.
- (9) L'obligation négative n'est pas en cause. Par conséquent, les dispositions spécifiques des articles 2 de la CEDH et 6 du PIDCP concernant la mort infligée intentionnellement à un individu par les autorités ou la mort résultant du recours à la force par celles-ci ne seront pas examinées.
- (10) CEDH, 28 octobre 1998, Osman, *Rec.*, 1998-VIII, p. 3159, § 115; CEDH, 28 mars 2000, Kiliç, § 62, et M. Kaya, § 85; CEDH, 10 octobre 2000, Akkoç, § 77.
- (11) Voir notamment les arrêts cités dans la note précédente.
- (12) CEDH, 16 novembre 2000, Tanribilir, § 70; CEDH, 3 avril 2001, Keenan, § 90. Ces deux affaires concernent des détenus qui se sont suicidés dans leur cellule. Après avoir examiné les éléments concrets de l'espèce, la Cour a chaque fois conclu que l'autorité n'avait pas failli à son obligation de protéger le droit à la vie du détenu en question.
- (13) Cour européenne des droits de l'homme, 3 avril 2001, Keenan, § 91.
- (14) Dans l'affaire d'un patient interné dans un hôpital psychiatrique, la Cour européenne a estimé que les autorités médicales pouvaient mettre certains moyens thérapeutiques en oeuvre, au besoin de force, pour préserver la santé physique et mentale des patients entièrement incapables d'autodétermination et dont elles avaient donc la responsabilité (Cour européenne des droits de l'homme, 24 septembre 1992, Herczegfalvy, *Publ. Cour*, série A, vol. 244, p. 26, § 82).
- (15) Voir *supra*, n<sup>o</sup> 6.
- (16) Consulter N. Mole et J. Harrington, « Article 2 of the European Convention on Human Rights », dans Lord Lester et D. Pannick (rédacteurs), « *Human Rights Law and Practice* », Londres, 1999, (79), p. 85, n<sup>o</sup> 4.2.22. Voir également P. van Dijk et G.J.H. van Hoof, « *Theory and Practice of the European Convention on Human Rights* », La Haye, 1998, 3<sup>e</sup> édition, p. 303.
- (17) Commission européenne des droits de l'homme, (CEDH), mai 1984, X/Allemagne, n<sup>o</sup> 10.565/83, E.H.R.R., 1985, (152), p. 153, § 1.
- (18) CEDH, 19 mai 1982, H./Norvège, 17.004/90, D.R., vol. 73, (155), pp. 181-182, § 1<sup>er</sup>.
- (19) *Ibidem*, p. 182, § 1<sup>er</sup>.
- (20) Le législateur peut tenir compte de considérations non seulement d'ordre éthique mais également d'ordre politique concernant, par exemple, la santé publique et l'effet dissuasif du droit pénal en général. Voy. Cour eur. dr. h., 19 février 1997, Laskey, Jaggard et Brown, *Rec.*, 1997-I, p. 133, § 44.
- (21) CEDH, 4 octobre 1989, Adler, 13.371/87. Dans une affaire récente, la Cour européenne a été saisie d'une demande de reconnaissance du droit à une vie digne ou à une mort digne et, par voie de conséquence, de l'obligation pour les autorités de respecter le droit de mourir de l'individu qui souffre de manière insupportable. La Cour n'a cependant pas examiné le bien-fondé de la plainte, celle-ci ayant été introduite non pas par l'intéressé, mais par une représentante (l'intéressé était décédé dans l'intervalle, avec le concours de tiers et malgré une ordonnance judiciaire refusant l'autorisation d'euthanasie). Selon la Cour, la plainte était irrecevable « *ratione personae* » (CEDH, 26 octobre 2000, Sanles Sanles).
- (22) Voir, au sujet de l'alimentation forcée d'un prisonnier en grève de la faim, Comm. eur. dr. h., mai 1984, X/Allemagne, 10 565/83, *EHRR*, 1985, (152), pp. 153-154, § 1<sup>er</sup>.
- (23) Par ailleurs, il est suffisant de rendre généralement punissable l'homicide involontaire résultant de l'absence des mesures de prévoyance requises par les circonstances ou par la situation personnelle de l'intéressé. On ne saurait reprocher à une législation nationale de violer l'article 2 de la CEDH du simple fait qu'elle ne prévoirait pas une répression particulière de l'euthanasie dite « passive » (CEDH, 10 février 1993, Widmer, n<sup>o</sup> 20.527/92, § 1<sup>er</sup>).
- (24) Voir, au sujet d'une loi accordant notamment l'amnistie pour certains meurtres : « Il est vrai que, comme toute infraction pénale, le crime d'assassinat peut faire l'objet d'une amnistie. Ce fait ne se heurte pas en soi à la Convention (européenne des droits de l'homme), sauf s'il témoigne d'une pratique générale visant à empêcher systématiquement que des poursuites soient diligentées contre les auteurs de tels crimes » (CEDH, 2 septembre 1991, Dujardin, n<sup>o</sup> 16.734/90, *DR*, vol. 72, (236), p. 240).
- (25) La doctrine attache une importance particulière à la condition d'une demande claire et valable de l'intéressé : « The individual must be able to express a definitive wish, and must explicitly have done so » (T. Opsahl, « The Right to Life », dans R. St. Macdonald, F. Matscher et H. Petzold (réd.), *The European System for the Protection of Human Rights*, Dordrecht, 1993, (207), p. 221).
- (26) L'importance de l'existence d'un contrôle a posteriori, dans le contexte du droit à la vie, peut se déduire de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. Selon la Cour, un examen efficace et indépendant est nécessaire chaque fois



qu'une personne décède des suites de violences (voir, entre autres, Cour eur. dr. h., 27 septembre 1995, McCann, Publ. Cour, Série A, vol. 324, p. 49, § 161; Cour eur. dr. h., 19 février 1998, Kaya, Rec., 1998-I, p. 324, § 86).

En ce qui concerne le décès d'un patient à l'hôpital, il peut être ajouté que la Commission européenne des droits de l'homme a déduit des obligations positives de l'autorité que l'État devait instaurer un système judiciaire efficace permettant d'établir la cause d'un décès et éventuellement la responsabilité des médecins traitants (Comm. eur. dr. h., 22 mai 1995, Isiltan, n° 20 948/92, D.R., vol. 81-A, (35), p. 40, § 1<sup>er</sup>).

(27) L'appréciation du caractère punissable d'un acte euthanasique non autorisé porte non seulement sur la présence des éléments constitutifs de l'infraction, mais aussi, le cas échéant sur l'existence de l'état de nécessité en l'espèce. Si l'acte euthanasique est accompli dans les conditions fixées par la loi proposée, le médecin ne devra plus se prévaloir en justice de l'état de nécessité pour justifier son geste, la loi lui ayant donné une autorisation de le poser. Par contre, si l'euthanasie est pratiquée en dehors de ces conditions, il pourra toujours invoquer l'état de nécessité. Sur cette dernière notion, voy. Cass., 13 mai 1987, Pas., 1987, I, p. 1061, n° 535; RCJB, 1989, pp. 588 et suivants, et la note d'A. De Nauw, La consécration jurisprudentielle de l'état de nécessité.

(28) Voy., plus loin, le n° 15.

(29) Cette notion se réfère à la notion de dol général prévue par le droit pénal général, c'est-à-dire à l'exigence selon laquelle l'auteur agit en connaissant tant le caractère punissable de son comportement que le fait que tous ses éléments matériels sont réalisés. Il faut en outre, que l'auteur ait l'intention de réaliser l'élément matériel de l'infraction (Cass., 23 novembre 1999, Pas., 1999, I, p. 1550, n° 624); le mobile de l'agent n'influe pas sur l'existence du délit (Cass., 5 octobre 1988, Pas., 1989, I, p. 127, n° 73).

(30) Ch. Hennau-Hublet, *L'activité médicale et le droit pénal*, Bruxelles-Paris, 1987, p. 37.

(31) R. Tahon, « Le consentement de la victime », mercuriale prononcée le 15 septembre 1951 à l'audience solennelle de rentrée de la Cour d'appel de Liège, JT, 1951, p. 493. L'intervention du médecin sur son patient est donc de manière générale présumée justifiée pour autant bien entendu qu'elle se fonde sur des nécessités préventives et curatives. Toutefois, cette présomption n'est que relative et, en cas de poursuites, il appartient au ministère public de prouver l'abus éventuel que le médecin aura fait de l'autorisation légale (Corr. Bruxelles, 27 septembre 1969, Pas., 1969, III, p. 115; JT, 1969, p. 635; *Rev. dr. pén.*, 1969-1970, p. 168; RGAR, 1970, n° 8362; Anvers, 30 septembre 1997, RW, 1997-1998, p. 749). C'est notamment à ce titre qu'est en principe prohibé l'acte médical non fondé sur le consentement éclairé du patient. En revanche, si le médecin est amené, « dans une situation exceptionnelle non expressément prévue par le législateur, à outrepasser les limites que lui fixe la loi, pour préserver un bien supérieur », il pourra alléguer l'état de nécessité (Ch. Hennau-Hublet, *op. cit.*, pp. 36 et 45).

(32) Le texte actuellement en vigueur de cette disposition énonce que « l'art de guérir couvre l'art médical, en ce compris l'art dentaire, exercé à l'égard des êtres humains, et l'art pharmaceutique, sous leurs aspects curatifs ou préventifs ».

(33) Une première forme de soins de ce type se pratique de manière intermittente : le patient est réveillé de temps en temps de manière à recevoir des visites et, le cas échéant, prendre congé de sa famille et de ses proches. À cette occasion, il lui est aussi demandé s'il souhaite poursuivre ce type de traitement. Sous une seconde forme, le patient est endormi de manière continue, jusqu'au moment de la mort.

(34) F. Tulkens et M. Van de Kerchove, Introduction au droit pénal, Bruxelles, 1998, p. 184.

(35) CEDH, 25 mai 1993, Kokkinakis, Publ. Cour, Série A, vol. 260-A, p. 22, § 52; CEDH, 22 novembre 1995, S.W./Royaume-Uni, Publ. Cour, Série A, vol. 335-B, pp. 41-42, § 35, et C.R./Royaume-Uni, Publ. Cour, Série A, vol. 335-C, pp. 68-69, § 33; CEDH, 15 novembre 1996, Cantoni, Rec., 1996-V, p. 1627, § 29; CEDH, 8 juillet 1999, Baskaya et Okçuoglu, § 36; CEDH, 22 mars 2001, Streletz, Kessler et Krenz, § 50, et K.-H.W./Allemagne, § 45. Voy., dans le même sens, Cass., 25 novembre 1997, Pas., 1997, I, p. 1270, n° 504.

(36) Avis n° 25 345/2 du 21 octobre 1996, *Doc. parl.*, Chambre, 1996-1997, n° 954/1, p. 13.

(37) CEDH, 22 novembre 1995, S.W./Royaume-Uni, précité, p. 42, § 36, et C.R./Royaume-Uni, précité, p. 69, § 34.

(38) Cass., 25 novembre 1997, précité.

(39) On songe notamment au cas où l'acte est posé en l'absence de toute demande de la part du patient.

(40) Voy. le n° 16.

(41) Voy. notamment le rejet des amendements n°s 5, 24 et 97.

(42) Les discussions au sein des commissions réunies du Sénat contiennent des interventions faisant état, à tort, de ce que ces comportements ne seraient jamais punissables.

(43) Voir à ce sujet la discussion sur les amendements n°s 155B et 160 en commissions réunies (version provisoire du rapport, pp. 769-777).

(44) Version provisoire du rapport, p. 782.

(45) Version provisoire du rapport, p. 795.

(46) Voyez la proposition faite par un membre des commissions réunies, version provisoire du rapport, p. 972.

(47) Voir la justification relative à l'amendement n° 291.

(48) Cette interprétation a été donnée par un membre des commissions réunies (version provisoire du rapport, p. 1017). Il n'apparaît toutefois pas clairement dans quelle mesure cette interprétation reflète la conception des commissions mêmes.

(49) Voir d'ailleurs en ce sens l'amendement n° 370.

(50) Voir la version provisoire du rapport, p. 1050.

(51) Les trois tirets visés se retrouvent également à l'article 4, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>. Le Conseil d'État propose d'omettre complètement les tirets à cet endroit (*cf. supra*, n° 22).

(52) Voir, en ce qui concerne ce dernier point, l'exposé des motifs relatif au projet qui est devenu la loi spéciale du 8 août 1980, doc. Sénat, 1979-80, n° 434/1, p. 7. Voir également, notamment, Cour d'arbitrage, n° 62/92, 12 novembre 1992; Cour d'arbitrage, n° 81/96, 18 décembre 1996; Cour d'arbitrage, n° 83/98, 15 juillet 1998, n° 120/98, 3 décembre 1998.

(53) Ainsi, les communautés sont compétentes pour organiser les soins palliatifs à domicile.

(54) Voir à propos de l'ampleur de cette compétence, notamment, Cour d'arbitrage, n° 23/98, 15 juillet 1998, et Cour d'arbitrage, n° 108/2000, 31 octobre 2000.

(55) *Cf. supra*, n°s 15-16.

(56) *Cf. supra*, n° 31.

---

## NOS COMMENTAIRES

Le texte examine d'abord si la proposition de dépénalisation de l'euthanasie est compatible avec le droit à la vie, garanti par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) et par l'article 6 du pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP).

Le Conseil d'État fait remarquer que la CEDH et le PIDCP ne visent pas à protéger « la vie » en tant que telle mais bien « le droit à la vie » et il considère que cette protection doit être mise en balance avec le droit à l'autodétermination des individus et avec le rôle du législateur consistant à concilier des conceptions éthiques opposées dans ce domaine. Le Conseil d'État examine point par point les conditions que la proposition de loi met à la pratique de l'euthanasie, que ce soit en phase terminale ou non terminale de la maladie, ainsi que les conditions mises pour rendre valide la déclaration anticipée de volontés. Il conclut que la proposition de loi est parfaitement compatible avec les dispositions de la CEDH et du PIDCP car il respecte le droit à la vie en prenant toutes les précautions nécessaires pour s'assurer de la volonté réelle du patient.

*Notre commentaire : ce point est particulièrement important car cette compatibilité avait été contestée par certains opposants et la menace d'un recours auprès des institutions européennes avait été brandie, notamment par le CVP.*

En ce qui concerne les soins palliatifs (qui se situent en dehors du droit pénal), le texte fait observer que certains actes pratiqués en médecine palliative qui dépassent le simple traitement de la douleur (la «sédation contrôlée») s'apparentent à l'euthanasie. Il demande donc de définir de manière plus précise la notion de soins palliatifs afin d'identifier clairement les actes qui échappent à la loi pénale parce qu'ils sont réellement «palliatifs» et ceux qui sont punissables car ils visent indirectement à provoquer la mort.

*Notre commentaire : cette remarque nous paraît parfaitement justifiée (voir dans notre bulletin n°77 sous le titre « Limites et abus du concept d' « euthanasie passive » notre critique de la soi-disant « sédation contrôlée »).*

A Le Conseil d'État examine ensuite la question du suicide médicalement assisté. Il se demande pourquoi la proposition de loi ne l'envisage pas alors qu'il ne diffère de l'euthanasie que par le fait que l'acte conduisant à la mort est posé par le malade et non par le médecin, celui-ci se bornant à la prescription de substances létales. Il suggère que la proposition de loi inclue le suicide médicalement assisté ou justifie les raisons de cette abstention.

*Notre commentaire : le suicide médicalement assisté (prescription de substances létales que le malade prend ultérieurement au moment où il le décide) a effectivement les mêmes implications éthiques que l'euthanasie et demande les mêmes précautions. Il faut cependant remarquer que si l'euthanasie est dépénalisée, le suicide en présence du médecin et avec son aide est une euthanasie, que la technique consiste à faire absorber les substances létales par la bouche ou par injection ; il est donc autorisé par la proposition de loi. Quant au suicide grâce à une prescription médicale mais sans*

*intervention directe du médecin, le malade agissant seul, il présente de nombreux inconvénients à divers points de vue. D'ailleurs aux Pays-Bas, où les deux modalités sont prévues, le nombre de suicides médicalement assistés est très faible par rapport au nombre d'euthanasies. Il s'agit de souligner que le médecin doit être présent au moment de l'acte et au besoin intervenir par injection si la mort tarde à survenir.*

*Pour toutes ces raisons, nous pensons que la législation telle qu'elle est proposée est suffisamment adéquate et qu'il serait inopportun d'ouvrir un nouveau débat.*

Enfin, le Conseil d'État suggère de prévoir des peines distinctes suivant que le médecin qui pratique une euthanasie n'ait pas respecté une condition considérée comme essentielle ou une condition purement formelle.

*Notre commentaire : comme l'ont déjà fait remarquer les sénateurs Mahoux et Monfils (voir ci-après), nous pensons que toutes les conditions à respecter sont essentielles et qu'il n'y a donc pas lieu de prévoir des peines d'importance variable.*

L'avis se termine par quelques remarques mineures concernant certains points rédactionnels.

*En conclusion, cet avis du Conseil d'État est fondamentalement favorable à la proposition de loi. Seules quelques corrections sont à apporter aux textes. Les sénateurs Mahoux et Monfils ont fait part de leur satisfaction et de leur intention de n'apporter au texte que des modifications mineures. Il faut espérer que cette position sera aussi celle de la grande majorité des sénateurs de la majorité arc-en-ciel et que la proposition de loi, qui sera soumise à la discussion au Sénat à la rentrée parlementaire, sera enfin adoptée.*

*Ne subsistera plus alors que l'étape de la Chambre qui peut s'avérer difficile mais nous nous emploierons à convaincre les députés de respecter la volonté de la grande majorité des citoyens.*

---

#### INTERVIEW DU SÉNATEUR PHILIPPE MAHOUX (PS)

---

La Libre Belgique, 4 juillet 2001

Ph. M. : C'est un avis fouillé, qui prend position et dit que l'euthanasie, dans certaines conditions, n'est pas contraire, comme on nous l'a dit et répété, à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. Donner à leur demande une mort digne à des malades est un geste d'humanité.

*La L.B. : le Conseil d'État relève pourtant un glissement possible entre soins palliatifs et euthanasie.*

Ph. M. : Il n'y avait pas d'unanimité pendant les débats concernant la sédation prolongée et les autres méthodes de soins palliatifs. Pour moi, les soins palliatifs relèvent de l'art de guérir. Pour l'euthanasie, nous avons fait une loi pénale.

*La L.B. : Le Conseil d'État suggère de prévoir une gradation des sanctions.*

Ph. M. : L'ensemble des conditions prévues qui pourraient apparaître comme de forme touchent en réalité le fond du problème. Elles visent toutes à s'assurer de l'état du malade et de sa volonté formelle.

---

#### INTERVIEW DU SÉNATEUR PHILIPPE MONFILS (PRL)

---

La Libre Belgique, 4 juillet 2001

Nous sommes confortés à 100% dans notre point de vue. Le Conseil d'État nous donne tout à fait raison sur des points fondamentaux qui avaient été critiqués par l'opposition. Il dit que notre système est compatible avec les conventions internationales et confirme le droit de l'individu à déterminer ce qu'il veut faire de sa propre vie... Il y a des remarques qui peuvent faire l'objet d'amendements en séance plénière. mais à partir du moment où la loi essentielle ne pose aucun problème du point de vue du Conseil d'État, je n'imagine pas une seconde que l'on commence à se

lancer dans des débats douteux pour traîner encore pendant un an. Il n'en est pas question.

---

ET LES PARLEMENTAIRES DE  
L'OPPOSITION...

---

*Clotilde Nyssen (PSC) : C'est difficile de porter un jugement global. L'avis est très nuancé, et apparaît parfois contradictoire... Il y a des zones d'ombre... Je*

suis très choquée par l'avis du Conseil d'État sur les soins palliatifs... Pourquoi se pose-t-il tant de questions sur la sédation contrôlée alors que celle-ci n'est même pas inscrite dans les propositions ? Là il s'écarte de sa mission et porte un avis d'opportunité osée (La Libre Belgique, 4 juillet 2001)

*Hugo Vandenberghe (CVP) : Les garanties inscrites dans la loi ne sont que du papier... Quant à la loi sur les soins palliatifs, elle doit être entièrement réécrite (La Libre Belgique, 4 juillet 2001).*

ET LA PRESSE ...

Mardi 3 juillet 2001



EUTHANASIE

**FOUILLE** L'avis du Conseil d'Etat sur les propositions de loi relatives à la fin de vie est arrivé lundi soir au Sénat

## "Pas incompatible avec le droit à la vie"

**Euthanasie:  
peu d'objections de la  
part du Conseil d'Etat**

L'ÉCHO

5 juillet 2001

LE SOIR 4 juillet 2001

**Le Conseil d'Etat rassure la majorité**

**Généraliste**

N° 562

11 JUILLET 2001

---

## Feu vert pour l'euthanasie

## LES OPPOSANTS NE DÉSARMENT PAS !

Un « Groupe de travail Euthanasie » auquel « Le Journal du Médecin », périodique distribué gratuitement deux fois par semaine à tous les médecins ouvre largement ses colonnes, a mis sur pied le 23 juin un symposium sur le thème « L'Euthanasie et l'Europe ». Dans son numéro du 31 août, le « Journal du Médecin » consacre une page à ce symposium où n'étaient entendus que des partisans du maintien de l'interdiction pénale de l'euthanasie. Nous en reproduisons ci-après quelques extraits :

- ❖ *Le groupe de travail est bien décidé à faire entendre sa voix pour que ne soit pas mis un terme au débat pour des raisons idéologiques marquées par une vision à court terme, voire pour régler des comptes politiques.*
- ❖ *Il s'agit d'un débat marginal.*
- ❖ *Autoriser l'euthanasie ferait perdre le peu de protection que l'interdit assure actuellement aux personnes solitaires, peu instruites et sans moyens.*
- ❖ *L'accord du patient exigé pour l'euthanasie a ouvert la voie à la légalisation*
- ❖ *Pour prévenir l'euthanasie, il ne faut pas attendre de se retrouver au chevet du patient, mais commencer bien avant les soins palliatifs afin d'éviter les traumatismes qui conduisent bien souvent à une demande d'euthanasie. Il importe de rétablir l'équilibre physique et psychique du patient pour qu'il entame un processus qui peut avoir toute sa valeur*
- ❖ *Il s'agit d'un problème mineur, statistiquement vu bien entendu.*
- ❖ *Le gouvernement hollandais est en contradiction flagrante avec l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'homme consacrant le droit à la vie et à ne pas être torturé.*
- ❖ *C'est la tour de Babel ! On doit savoir qui fait quoi. L'euthanasie ne peut pas être acceptée. L'idée que c'est un droit est une sottise.*

### SOINS PALLIATIFS ET DEMANDES D'EUTHANASIE

Nous avons rendu brièvement compte dans notre bulletin n° 80 de l'enquête réalisée par l'Institut de sondages M.A.S. auprès de 823 médecins et dont les résultats avaient été publiés dans « Le Journal du Médecin ». Nous avons revu en détail les résultats des réponses à la question particulièrement intéressante de savoir dans quelle mesure les soins palliatifs appliqués de façon optimale font disparaître les demandes d'euthanasie.

Le rapport publié présente les résultats sous le titre : « *Les médecins estiment que des soins palliatifs de qualité font généralement disparaître la demande d'euthanasie* ». Personne, bien entendu, ne met en doute le fait que les soins palliatifs sont utiles pour réduire les demandes d'euthanasie. Mais si on examine de près les résultats chiffrés de l'enquête, on s'aperçoit que 8% des spécialistes des soins palliatifs, évidemment les mieux placés pour répondre à cette question, considèrent que ces soins ne suppriment pas du tout la demande d'euthanasie et que 11% de ces spécialistes estiment qu'ils ne la font disparaître que parfois ou rarement. Quant aux oncologues qui, comme on le sait, sont les plus confrontés à cette demande, 26% d'entre eux estiment que les soins palliatifs ne la suppriment soit pas du tout soit parfois ou rarement.

Ceci constitue un démenti cinglant, qui émane de ceux qui sont les plus habilités à en juger, à l'affirmation de l'efficacité totale des soins palliatifs pour faire disparaître la demande d'euthanasie.

# À L'ÉTRANGER

## GRANDE-BRETAGNE

### UNE FEMME DEMANDE À LA JUSTICE LE DROIT DE MOURIR

Une femme de 42 ans, Diane Pretty, atteinte de sclérose latérale amyotrophique (affection neurologique qui entraîne une paralysie musculaire progressive et aboutit à la mort par étouffement) a adressé en juillet dernier une demande de pouvoir être aidée à mourir à la Direction générale des poursuites judiciaires de Londres (il faut savoir que la loi anglaise punit d'un emprisonnement qui peut aller jusqu'à 12 ans, celui qui aide une personne à se suicider et, comme en Belgique, assimile l'euthanasie à un assassinat). Actuellement tétraplégique, incapable de déglutir, pouvant à peine parler, elle est nourrie par sonde et ne communique plus que par ordinateur grâce à la pression d'un doigt. Elle sait que l'évolution de la maladie aboutira à la mise au respirateur artificiel ou à une mort affreuse par paralysie des muscles respiratoires (on se rappellera la situation similaire de Jean-Marie Lorand qui, après deux années de recherches vaines, avait enfin trouvé un médecin courageux qui prit le risque de l'aider à mourir).

Sa requête ayant été rejetée, elle s'est adressée à la Haute Cour de Justice, la plus haute autorité judiciaire de Grande Bretagne, en se basant sur la Convention européenne des Droits de l'Homme qui interdit les traitements inhumains. La Haute Cour a, le 31 août, estimé sa demande recevable, ce qui est une première victoire. Le jugement devrait être rendu à la fin du mois de septembre.

Déjà le débat fait rage. Les associations « Pro-Life » et des associations médicales se font entendre en s'opposant violemment à sa requête, prétendant, selon leur tactique habituelle, que reconnaître son droit à obtenir une aide à mourir ouvrirait la porte à des assassinats légaux et à « un affaiblissement du droit fondamental à la vie » selon les termes du secrétaire de la « Société pour la Protection des Enfants à naître » (en clair une société contre le droit à l'interruption volontaire de grossesse). Bien entendu Diane Pretty a le soutien actif des associations de défense des droits

civiques et des associations pour le droit à l'euthanasie volontaire.

P.S. Le journal « The Independent » a procédé à un sondage d'opinion à propos de cette affaire. À la question « *les gens devraient-ils avoir le droit de mourir au moment de leur choix ?* », 85 pour cent des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative..

## ÉTATS-UNIS

### UNE LETTRE DE PRISON DU Dr KEVORKIAN

Le docteur Kevorkian, qui avait aidé de nombreux malades en phase terminale de leur maladie à se suicider et qui a été condamné à une peine de prison de 10 à 25 ans pour l'euthanasie active d'un malade atteint de paralysie progressive par sclérose latérale amyotrophique a fait appel de cette condamnation depuis la prison où il est enfermé depuis plus de deux ans. Depuis son arrestation, il est interdit de parole et ne peut donner des interviews. Sa requête a enfin été prise en considération. Dans une longue lettre adressée à la Cour Suprême des États-Unis, le docteur Kevorkian rappelle tous les arguments qui plaident pour le droit à l'euthanasie dans des situations de souffrance intolérable. Nous reproduisons ci-après la traduction du dernier paragraphe de cette lettre (le texte complet en langue anglaise est disponible sur demande au secrétariat de l'ADMD) : *En tant que profession séculaire, la médecine s'adresse à la vie humaine dans sa globalité, de la conception à la mort. Toute entrave légale à cette mission est irrationnelle, cruelle, barbare. En tant qu'ayant la charge de préserver les droits humains, vous avez l'autorité, la possibilité et l'obligation de libérer la société de cette tare médiévale en utilisant le Neuvième Amendement qui garantit aux Américains le droit humain le plus précieux, le droit de choisir.* (New York Review, 5 juillet 2001)

Robert Wendland, un homme de 49 ans, est depuis 8 ans, suite à un accident de voiture, dans un état semi-végétatif : il est paralysé, pratiquement inconscient, nourri par sonde gastrique ; il n'est capable ni de parler, ni d'avalier, ni de communiquer. Il est impossible d'obtenir de lui une réponse même à une question simple.

La demande d'autoriser le retrait de la sonde pour lui permettre de mourir avait été acceptée par un tribunal californien mais la mère du patient a introduit un recours auprès de la Cour Suprême de l'État. Contrairement au cas de Karen Quinlan dans lequel la Cour suprême des Etats-Unis avait autorisé ce retrait, cet homme n'est pas totalement inconscient. Par ailleurs, il n'a pas laissé de testament de vie.

Comme il est inimaginable d'arrêter son alimentation sans une intervention médicale qui supprime totalement sa conscience, la situation est inextricable dans un pays où une telle intervention médicale, assimilée à une euthanasie ou à un arrêt actif de vie, est totalement interdite.

Aux États-Unis, des milliers de personnes seraient dans un état similaire.

## FRANCE

À la demande de l'ADMD-France, la Sofres a reconduit en mars 2001 l'enquête sur « Les Français et la mort volontaire » déjà réalisée en 1987 et 1997. 86 % des personnes interrogées sont favorables à ce que soit reconnu au patient le droit d'être aidé à sa demande.

## SUISSE

Le quotidien édité à Genève « Le Temps » a consacré trois pages, dans son édition du jeudi 23 août, au suicide assisté et à l'euthanasie. Nous reproduisons à la page suivante la relation de la mort de Madame Koradi et ci-dessous, l'éditorial du journal.

### Témoignage pour la liberté

*Quoi de plus intime et de plus intimement lié à la dignité de chacun que la mort ? Quoi donc de plus choquant que de donner à voir ou de raconter la mort d'autrui ? C'est pourtant ce que « Le Temps » a choisi de faire. Dans les pages qui suivent, nous faisons le récit des derniers moments de Lilianne Koradi, 82 ans, atteinte de sclérose en plaques, qui a choisi de partir à son heure, pendant qu'elle était encore capable de faire elle-même le geste nécessaire : avaler une potion létale préparée par l'association Exit Suisse romande.*

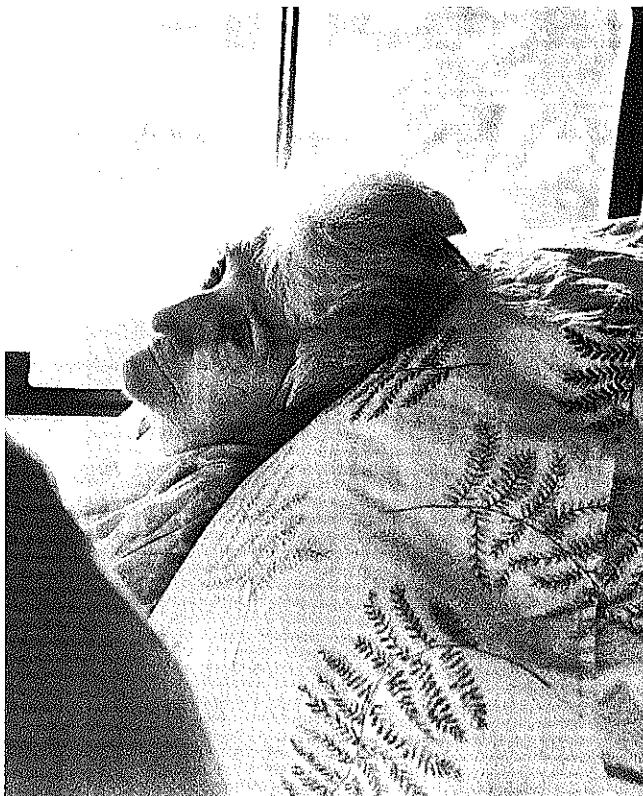
*Ce reportage a été voulu par Lilianne Koradi et ses proches, sans quoi il n'aurait bien sûr pas été envisageable. Nous le publions parce que nous partageons leur conviction que le débat sociétal autour de l'aide au décès ne peut pas se mener uniquement sur le plan des idées générales. C'est en regardant les choses de près, avec leur complexité, leurs contradictions parfois, leurs beautés et leurs laideurs, qu'on se met le mieux à même d'éviter, sur ce sujet difficile, les généralisations simplificatrices, les réponses à l'emporte-pièce et le rejet sans appel de ceux qui pensent différemment.*

*Lilianne Koradi nous rend un service d'autant plus grand en nous laissant son témoignage que la déchéance et la mort sont trop souvent obscurcies par le silence et le fantasme. Dans ce qu'elle nous a donné à voir, il y a la souffrance de la maladie, certes, beaucoup de détermination et de sérénité aussi, et même une forme de joie, parce que la séparation d'avec ses filles s'est faite sous le signe de l'entente et de l'amour. Il y a aussi, plus amer, un combat contre l'EMS où elle résidait, pour pouvoir mourir là où elle avait vécu les seize dernières années de sa vie. Combat perdu, dont l'issue renvoie à un nécessaire débat sur le droit de tout un chacun, même hospitalisé, à choisir son destin. Nous avons voulu relater ce témoignage aussi dignement qu'il avait été porté et en évitant tout voyeurisme.*

Sylvie Arsever

## Le dernier combat de Lilianne pour la dignité. Récit d'une mort choisie

D'après « Le Temps » (Genève), 23 août 2001



Atteinte d'une sclérose en plaques, Lilianne Koradi, 82 ans, arrivait à un stade de sa maladie où elle n'était plus capable de se mouvoir, ni même de sonner pour demander de l'aide. Sa vue était devenue trouble et elle commençait à avaler avec difficulté. Bientôt, elle ne serait plus capable d'avalier la potion létale prescrite qui mettrait fin à ses souffrances, seule forme d'assistance à la mort légalement admise en Suisse (le médecin peut prescrire mais ne peut poser aucun acte actif).

Elle demande à un notaire de Vevey de venir à son chevet. Elle ne peut plus signer, mais elle a deux témoins à ses côtés. L'acte est établi, selon sa volonté : « *La comparante, consciente de la*

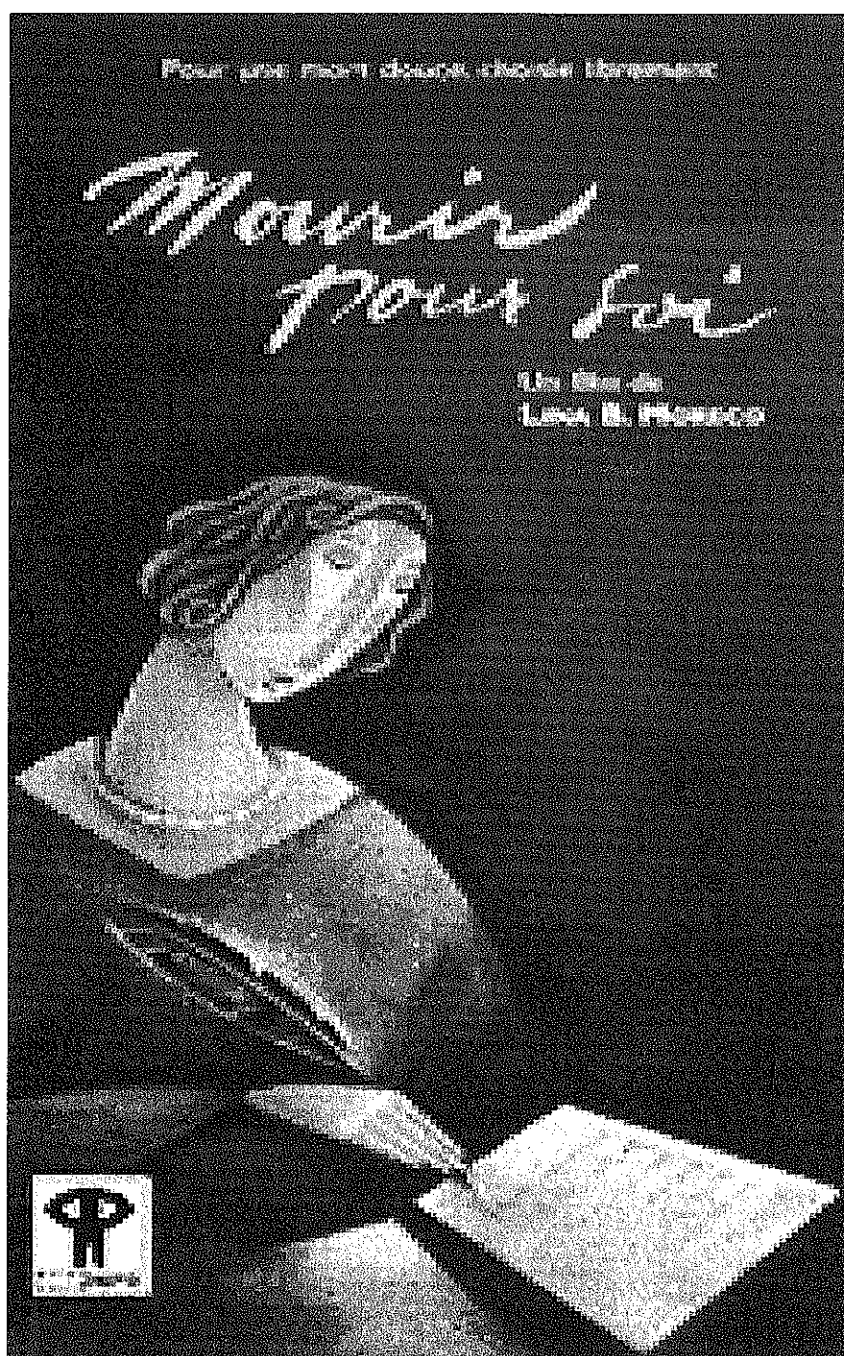
*déficiences de son état de santé actuel, du caractère irréversible de l'évolution de sa maladie et de sa dépendance physique totale et définitive, exprime dans le présent acte son vœu exprès d'être assisté lors de son auto délivrance et autorise Exit Suisse Romande à agir dans ce sens. »*

Mais l'EMS (home), où elle réside, refuse. « Après tous les soins que nous lui avons prodigués, c'est une gifle qu'elle nous donne en voulant mourir » proteste l'infirmière chef de l'institution. On fait venir une aumônière. « Elle m'a parlé du péché et de l'enfer ; mais comme je veux me faire incinérer, le diable n'aura pas grand-chose de moi », explique la malade. On fait aussi appel à un psychiatre qui constate qu'elle n'est pas dépressive et jouit de toutes ses facultés. On l'envoie alors à l'hôpital où, après deux jours d'exams qui n'apportent rien, on veut la renvoyer dans son home. Mais la malade sait que le personnel soignant de celui-ci ne l'autorisera pas à mourir volontairement et elle fait appel à ses deux filles et à l'association *Exit* qui viennent la prendre avec un bus. C'est là qu'elle boira la potion létale prescrite, en présence du médecin et entourée de ses filles, du médecin, et devant des journalistes dont elle a souhaité la présence pour faire avancer la cause de ceux qui n'ont plus qu'un home comme chez soi et qui dépendent du personnel de ce home pour pouvoir exercer leur droit à l'aide médicale au suicide autorisé par le code pénal suisse.

Elle s'endort après dix minutes et rend son dernier soupir après plusieurs heures, veillée par ses filles. Le médecin prévient le médecin légiste et la police qui procède avec beaucoup de délicatesse à l'interrogatoire des personnes présentes. C'est la fin que la malade avait si profondément souhaitée.



## Un film-documentaire remarquable produit par l'Office National du Film du Canada



Ce film suit l'évolution émouvante de plusieurs malades incurables graves qui ont accepté de témoigner et qui sont tous décédés pendant le tournage. Il peut intéresser tout particulièrement les écoles d'infirmières, les professeurs de morale, les médecins et en général tous ceux qui sont confrontés à la vie finissante. Il est disponible en cassette vidéo à l'ADMD.

# AGENDA

**Vendredi 23 novembre à 20 heures**  
**Maison de la Laïcité G.J. Chapuis, rue de Bruxelles, 4800 Verviers**

Projection du film canadien « **MOURIR POUR SOI** »

Organisé par  
Les Amis de la Morale laïque de l'arrondissement de Verviers  
La Maison de la Laïcité Grégoire-Joseph Chapuis à Verviers  
L'ADMD, régionale de Verviers-Spa  
avec l'aide de l'Échevinat de la Culture de Verviers

**Renseignements : Madame Pironet, tél. 087/77.21.29**

---

**Centre universitaire de Médecine générale de l'U.L.B.**  
Faculté de Médecine, Campus Erasme, route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles  
Bâtiment F – Auditoire Bordet (F 2.304)

**samedi 19 janvier 2002 à 10 heures**  
**« Les attitudes médicales en fin de vie »**

Programme (Cycle « Soins palliatifs et continus » - Destiné aux médecins)

- 9h30-10h : Accueil  
Chairmen : J.P. Van Vooren (Hôp. Erasme) et J. Ducobu (CUMG-ULB)
- 10h-10h45 : Les pratiques aux Pays-Bas  
M. Englert (ADMD)
- 10h45-11h : Questions-Réponses – R. Baccus (CUMG-ULB)
- 11h-11h45 : Les techniques de fin de vie  
D. Lossignol (Institut Bordet)
- 11h45-12h : Questions-réponses – Ph. Cayman (CUMG-ULB)

**Renseignements : 02/555.61.67 – e-mail : cumg.ulb@skypro.be**

---

**Dans le cadre du XIXème Symposium Infirmier**  
qui se tiendra à Gilly, les 23 et 24 octobre 2001

**le 24 octobre à 14h30**

Communication de Jacqueline Herremans, présidente de l'ADMD  
« Information du patient et de son entourage : l'aspect légal »

**Renseignements et inscriptions : Mme Jacqueline Massart, tél. 071/47.02.83 – 0495/88.20.20**

---

**L'Université libre de Bruxelles organise durant l'année 2001-2002**  
**une formation en éthique biomédicale**

L'objectif est de stimuler la recherche transdisciplinaire en développant la réflexion sur les problèmes posés par le développement des connaissances et des technologies dans le domaine des sciences de la vie.

Ce cycle est accessible prioritairement aux porteurs d'un diplôme de docteur en médecine ou d'un diplôme de deuxième cycle en philosophie

**Renseignements : Jean-Noël Missa, tél. 02/650.26.28 ou 067/33.39.10 – e-mail : jmisa@ulb.ac.be**

**Right to Die Europe**  
**(European Division of the World Federation of Right to Die Societies)**

*LIST OF MEMBERS: AUGUST 2001*

- Belgium            **Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)**  
Rue du Président 55 – 1050 BRUXELLES  
phone: +32 2 502 04 85            e-mail: [admd@infonie.be](mailto:admd@infonie.be)  
fax:    +32 2 502 04 85            website: [www.perso.infonie.be/admd](http://www.perso.infonie.be/admd)  
members: 3,250
- Belgium            **Recht op Waardig Sterven (RWS)**  
Constitutiestraat 33 – 2060 ANTWERPEN 6  
phone: +32 3 272 51 63            e-mail: [info@rws.be](mailto:info@rws.be)  
fax:    +32 3 272 51 63            website: [www.euthanasie.be](http://www.euthanasie.be)  
members: 3,500
- France             **Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)**  
50 Rue de Chabrol – 75010 PARIS  
phone: +33 1 48 00 04 16           e-mail: [admd@club-internet.fr](mailto:admd@club-internet.fr)  
fax:    +33 1 48 00 05 72            website: [perso.club-internet.fr/admd](http://perso.club-internet.fr/admd)  
members: 27,000
- Germany           **Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. (DGHS)**  
Postfach 11 05 29 – 86030 AUGSBURG  
Office address: Lange Gasse 2-4  
phone: +49 821 502 35 0            e-mail: [wf@dghs.de](mailto:wf@dghs.de)  
fax:    +49 821 502 35 55            website: [www.dghs.de](http://www.dghs.de)  
members: 38,000
- Israel              **The Israel Society to Live and Die with Dignity (LILACH)**  
P.O. Box 14409 – TEL AVIV 61 143  
Office address: 33 Mazeh Street  
phone: + 972 3 610 08 38           e-mail:  
fax:    + 972 3 528 06 19            members: 5,700
- Italy                **EXIT Italia**  
Corso Monte Cucco 144 – 10141 TORINO  
phone: +39 11 770 71 26            e-mail: [EXIT-Italia@Libero.IT](mailto:EXIT-Italia@Libero.IT)  
fax:    +39 11 770 71 26            web-site: [www.exit-italia-it](http://www.exit-italia-it)  
members:
- Luxembourg        **Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (Letzeburg) (ADMD-L)**  
160, Rue de France – 4446 BELVAUX  
phone: +352 59 45 05            e-mail: [admdl@pt.lu](mailto:admdl@pt.lu)  
fax: +352 26 59 04 82            members: 730
- The Netherlands   **Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE)**  
P.O. Box 75331 – 1070 AH AMSTERDAM  
Office address: Leidsegracht 103  
phone: +31 20 531 59 11            e-mail: [euthanasie@nvve.nl](mailto:euthanasie@nvve.nl)  
fax:    +31 20 428 24 36            website: [www.nvve.nl](http://www.nvve.nl)  
members: 103,000
- Norway             **Landsforeningen mitt Livstestament**  
Inkognitogaten 28 B – 0256 OSLO  
phone: +47 22 44 99 17            e-mail: [l\\_livste@online.no](mailto:l_livste@online.no)  
fax:    +47 22 44 19 65            website: [www.livstestament.org](http://www.livstestament.org)  
members: 3,800

- Spain **Asociación Derecho a Morir Dignamente (ADMD)**  
 Avda. Puerta del Angel, 7, 4º B - 08002 BARCELONA  
 phone: +34 93 412 32 03 e-mail: [admd@retemail.es](mailto:admd@retemail.es)  
 fax: +34 93 412 32 03 web-site: [www.eutanasia.ws](http://www.eutanasia.ws)  
 indicate: "para señora Betancor" members: 1,149
- Sweden **Ratten Till Var Dod (RTVD)**  
 Vitkålgatan 54 - 754 49 UPPSALA  
 phone: +46 18 25 64 92 e-mail:  
 fax: +46 18 25 64 92 members: 5,000
- Switzerland **EXIT - ADMD Suisse Romande**  
 Case Postale 110 - 1211 GENEVE 17  
 Office address:  
 phone: +41 22 735 77 60 e-mail: [exit@freemail.ch](mailto:exit@freemail.ch)  
 fax: +41 22 735 77 65 website: [www.exit-geneve.ch](http://www.exit-geneve.ch)  
 members: 8,000
- Switzerland **EXIT - Vereinigung für humanes Sterben**  
 P.O. Box 309 - 8034 ZURICH  
 Office address: Feldeggstrasse 13 - ZURICH  
 phone: +41 1 388 23 88 e-mail: [vorstand@exit.ch](mailto:vorstand@exit.ch)  
 fax: +41 1 388 23 89 web-site: [www.exit.ch](http://www.exit.ch)  
 members: 65,000
- United Kingdom **Voluntary Euthanasia Society (VES)**  
 13 Prince of Wales Terrace - LONDON W8 5PG  
 phone: +44 20 79 37 77 70 e-mail: [info@ves.org.uk](mailto:info@ves.org.uk)  
 fax: +44 20 73 76 26 48 web-site: [www.ves.org.uk](http://www.ves.org.uk)  
 members: 20,000

*L'ADMD recherche, pour quelques mois, une aide bénévole, trois à quatre heures par semaine, pour des travaux de classement, d'expédition, photocopies, etc...*

*Merci de téléphoner le soir au 02/374.86.60*

## BULLETIN D'ADHESION

(à remplir en caractères d'imprimerie s.v.p.)

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 (€ = 18,59) (étudiants : 300,- frs – € = 7,44)

Cotisation familiale \*\* 1.000,- frs (€ = 24,79) (tous les documents vous seront envoyés en double sauf le bulletin trimestriel).

Cotisation des membres résidant à l'étranger

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

N.B. Une quittance pour exonération fiscale vous sera envoyée pour tout versement supérieur d'au moins mille francs aux montants détaillés ci-dessus. 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 l'A.D.M.D. à Bruxelles avec la mention "COTISATION".

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

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

(\*) *Activité exercée avant votre retrait éventuelle.*

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

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 s.v.p.)

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 (€ = 18,59) (étudiants : 300,- frs – € = 7,44)

Cotisation familiale \*\* 1.000,- frs (€ = 24,79) (tous les documents vous seront envoyés en double sauf le bulletin trimestriel).

Cotisation des membres résidant à l'étranger

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

N.B. Une quittance pour exonération fiscale vous sera envoyée pour tout versement supérieur d'au moins mille francs aux montants détaillés ci-dessus. 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 l'A.D.M.D. à Bruxelles avec la mention "COTISATION".

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

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

(\*) *Activité exercée avant votre retrait éventuelle.*

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

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>Ligue Alzheimer</u> , 1090 Bruxelles, rue L. Theodor, 147	02/411.34.70
<u>Fédération Belge contre le Cancer</u> , 1030 Bruxelles, ch. de Louvain, 479 Cancerphone (ligne verte)	02/733.68.68 0800/15800
<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 02/478.28.47
<u>Télé-Secours</u> (24 h/24 - appel portatif), 1020 Bruxelles -av. Houba de Strooper, 99	02/478.28.47
<u>Télé-Accueil</u> "Jour et nuit un ami vous écoute" tout le pays	107
<u>Centre de prévention du suicide</u> , 1050 Bruxelles, Pl. du Châtelain, 46	02/640.65.65
<u>S.O.S. Solitude</u> – <u>Espace social Télé-Service</u> , 1000 Bruxelles, Bd Abattoir, 27-28	02/548.98.00
<u>Service d'aide aux grands malades</u> , 4420 Saint-Nicolas, rue Likenne, 58	04/252.71.70
<u>Fédération des centrales de services à domicile (C.S.D.)</u> pour connaître les CSD dans votre région	02/515.02.08 078/15.60.20
<u>Soins à domicile</u> 1000 Bruxelles, rue des Moineaux, 17-19	02/743.45.90
<u>Continuing Care</u> , 1030 Bruxelles, chée de Louvain, 479	0477/48.74.01
<u>Home Clinic</u> , (Aide à domicile) 1060 Bruxelles, rue de Suisse, 29	02/649.41.28
<u>AREMIS</u> * (Soins continus et soutien à domicile) 1050 Bruxelles, ch. de Boondael, 390	081/61.46.60
5530 - Yvoir, rue Fond de la Biche, 4	071/48.95.63
6000 – Charleroi, Grand Rue, 87	010/84.15.55
<u>DOMUS</u> * (Soins à domicile) 1300 Wavre – chaussée de Namur, 90, bte 7	04/234.49.25
<u>ORPHEO</u> (Aide aux équipes de terrain) 4460 Grâce Hollogne, r. Paul Janson, 166	061/61.31.50
" <u>Au fil des jours</u> ", Ass. laïque de soins palliatifs et d'accompagnement à domicile Province de Luxembourg, 6870 St Hubert, pl. de la Mutualité, 1	064/27.94.14
Région du Centre et de Soignies, 7170 La Hestre, rue Ferrer, 114	
<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>	02/515.03.08-
<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	071/28.40.50
- 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 * (Centre de formation en Soins Palliatifs) Espace Santé – Bd Zoé Drion – 6000 Charleroi	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