



**Propositions de loi relatives à l'extension de la législation relative à  
l'euthanasie  
à diverses situations de personnes incapables  
Quelques réflexions éthiques de la commission éthique du Réseau Santé  
Louvain**

Depuis quelques temps, diverses propositions ont été déposées au Sénat en vue d'étendre la législation relative à l'euthanasie (Loi du 28 mai 2002) à diverses situations de personnes juridiquement « incapables ». Il existe deux types de propositions concernant le dossier euthanasie :

- des propositions de loi visant une extension de la déclaration anticipée pour les situations de démence, ou de diminution grave et irréversible des fonctions cérébrales, en donnant à la déclaration anticipée une durée illimitée :
  - o VLD Sénat, 922
  - o Spa Sénat 676 et Chambre 1050
- des propositions de loi visant une extension aux mineurs :
  - o VLD Sénat 920 et 785 (Vankrunkelsven)
  - o Spa Sénat 431 et Chambre 611

La position du MR sur ce sujet est assez bien expliquée dans la proposition de Mme Defraigne Sénat 4 -301: le parti ne serait pas partisan d'une modification de l'actuelle législation.

Notons que pour l'instant, le suicide assisté renvoie au cadre strict de la législation relative à l'euthanasie et ne nécessite aucune modification de la loi<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Plusieurs documents d'enregistrement indiquaient que la technique utilisée pour l'euthanasie avait consisté à obtenir l'inconscience non par injection I.V de Thiopental ou similaire mais par administration d'une dose létale d'un barbiturique en potion que le malade a dégluti lui-même. Dans la majorité de ces cas, le décès s'est produit rapidement sans autre intervention et dans certains un paralysant neuromusculaire a été injecté après la perte de conscience. Une telle manière d'agir peut être qualifié de « **suicide médicalement assisté** ». La commission a cependant considéré que **cette manière de procéder est autorisée par la loi pour autant que les conditions et les procédures légales pour que l'euthanasie soit autorisée aient été respectées et que l'acte se soit déroulé sous la responsabilité du médecin présent et prêt à intervenir** : en effet, la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée. Il faut noter que cette interprétation est conforme à celle du Conseil National de l'Ordre dans son avis daté du 22 mars 2003. », dans Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Brochure d'information à l'intention du corps médical*, p. 12 [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,9794439&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,9794439&_dad=portal&_schema=PORTAL))

Face à ce fait de société et nous appuyant, entre autres, sur les travaux déjà réalisés par le Comité Consultatif Belge de Bioéthique<sup>2</sup>, et par la Commission d’Ethique Biomédicale Hospitalo-Facultaire des Cliniques St Luc<sup>3</sup>, il nous a paru important de partager ici nos réflexions dans une visée d’information sur ce qui est aujourd’hui discuté en vue de nourrir de possibles échanges au sein des comités d’éthique du RSL, voire d’éclairer certaines personnes en situation de responsabilité politique. De notre point de vue, l’enjeu de fond serait d’éviter de se tromper de contenu et d’action dans un dossier complexe aux multiples aspects et de ne pas considérer ce que pourrait induire, au niveau d’un imaginaire social, la multiplication d’extensions de la législation relative à l’euthanasie à des situations de plus en plus singulières.

Notre but n’est pas de commenter ici une par une les propositions de loi déposées mais de mettre au jour certains enjeux inhérents aux différentes catégories de personnes visées par ces possibles modifications législatives : les personnes démentes, les personnes en situation d’inconscience prolongée, les mineurs, les situations de néonatalogie, les personnes porteuses d’un handicap. Pour nous résumer, les deux premières catégories concernent essentiellement l’allongement possible de la déclaration anticipée (au-delà de 5 ans), tandis que les trois dernières concernent l’extension possible de la législation de l’euthanasie à ces groupes de personnes.

De plus, au préalable, il nous semble utile, voire indispensable de distinguer les personnes juridiquement incapables des personnes incapables de fait. Ceci renvoie à des cas de figures très différents et à des questions philosophiques et éthiques très spécifiques également (état d’inconscience prolongée, démence, néonatalogie, minorité, handicap).

Ces quelques éléments de contexte ouvrent, en fait, une question de fond : lorsque nous disons ou entendons « incapable », de quoi parlons-nous ?

---

<sup>2</sup> Comité Consultatif Belge de Bioéthique, *Avis n°9 du 22 février 1999 concernant l’arrêt actif de la vie des personnes incapables d’exprimer leur volonté.*

<sup>3</sup> Avis de la Commission d’Ethique Biomédicale Hospitalo-Facultaire sur la proposition d’extension de la loi sur l’euthanasie à la démence et à l’état d’inconscience prolongé, 10 mai 2006, 4 p.

## Résumé de la réflexion menée par la commission éthique du RSL

Les quelques pages ici présentées mettent en évidence les éléments réflexifs suivants :

1. Il nous semble important de reconnaître que les questions visées par les différentes propositions de loi peuvent, potentiellement, être présentes dans la pratique clinique et devenir source d'interpellation pour les professionnels, aujourd'hui ou demain.
2. Il nous semble également important de prendre acte, face à l'inadéquation des réponses adressées par la médecine, de la possibilité d'existence de patients en situation de grande détresse, tentés d'anticiper la « gestion » de leur propre devenir ou d'entourages confrontés au même défi.
3. Face à cela, faut-il une loi :
  - qui dépénaliserait ces situations afin d'apporter une protection juridique au médecin ?
  - qui donnerait au patient la garantie de pouvoir bénéficier d'une euthanasie s'il devenait inconscient et qu'il en avait préalablement manifesté le souhait ?
  - qui protégerait le médecin qui s'y refuse ?
4. S'il devait exister une extension de la loi actuelle, ce serait d'abord pour maximaliser le dialogue entre tous les protagonistes et non pour accentuer une dimension procédurale de cette dernière. De plus, il nous semble impératif que l'enjeu de la loi soit de vérifier qu'il n'existe aucune pression et qu'elle maintienne le patient en position de sujet. Enfin, elle devrait se limiter à la rencontre de situations de souffrance et de détresse uniquement centrées sur le patient.
5. Toute modalité de déclaration anticipée ne devrait pas être contraignante, laissant tant à l'entourage qu'aux professionnels une réelle capacité à acquiescer à la notion de « vécu insupportable » pour le patient.

## 1. Les personnes démentes – incapables

La qualification de démence-incapacité ne nous apparaît pas ici comme un critère décisionnel : ce n'est pas la situation en tant que telle qui est le critère de moralité de la décision mais bien le dialogue entre un patient, son entourage et le médecin qui engage sa responsabilité dans la décision à prendre. Cette notion de « personne démente-incapable », nous l'appréhendons comme une manière d'être d'une personne à un certain moment de sa vie, condition de vie pouvant poser question et devenant ainsi une opportunité pour ouvrir mutuellement la parole sur la compréhension que tout un chacun peut en avoir.

### *Quelles motivations ?*

Il serait intéressant de rester attentif aux diverses typologies d'angoisse sous-tendant une demande d'euthanasie dans un contexte socioculturel de libéralisme où chacun cherche à contrôler sa vie, d'un bout à l'autre. L'angoisse ne viendrait-elle pas d'une peur de perte de contrôle (dépendance) plutôt que de souffrances inutiles pour tous, auquel cas la loi serait une manière d'éviter cette perte de contrôle, ou de se le réapproprier ?

Dans le cadre légal actuel, une distinction devrait sans doute être apportée dans les motivations qui sous-tendent une volonté d'extension de la législation aux personnes démentes. Dans le cas d'une demande pour souffrance constante, inapaisable, insupportable et irréversible, l'intention de la demande serait bien à visée personnelle : « je ne veux plus souffrir : c'est en pensant à moi que je fais la demande ». Dans le cas d'une demande anticipée pour état d'inconscience prolongée, l'intention pourrait être vraisemblablement plus altruiste : « je ne veux pas imposer cette charge à ma famille : c'est en pensant à elle que je fais la demande ».

Dans le cas de démence, une double intentionnalité serait donc à l'œuvre : me protéger de souffrance insupportable à mes yeux (sombrier dans la démence) et protéger ma famille d'une charge engendrant pour elle beaucoup de souffrance sans finalité apparente (une fois la démence installée). Nous sommes conscients qu'il peut s'agir d'hypothèses de notre part ; ce qui est certain, c'est qu'on se trouve en face de personnes qui, quelles que soient leurs motivations, ont atteint leurs limites : elles pensent ne pas pouvoir « tout supporter ».

### *Etendre la loi, la meilleure solution ?*

Il nous semble ainsi, qu'au-delà d'une réponse législative et euthanasique à ces problèmes, il existe d'autres alternatives peu ou non exploitées pour rencontrer ces situations vécues en termes de « limite ». C'est le cas des échelles thérapeutiques,

souvent inutilisées et pouvant être un bon outil d'anticipation (en collaboration avec le médecin traitant, le patient, la famille,...).

Il existe également des cultures très différentes selon les lieux de soins, les institutions (service de psychiatrie, soins palliatifs, MRS...) envisageant la problématique parfois très différemment.

Il existe également d'autres manières d'approcher nos peurs contemporaines (notamment ici la mort) que de mettre en place des lois : il y a certainement là un travail de fond à réaliser. Avant de légiférer, il y a beaucoup d'autres choses à faire ; on pourrait s'inspirer de la Loi Léonetti d'avril 2005<sup>4</sup> telle qu'elle a cherché, en France, à rencontrer les situations de fin de vie difficile en insistant sur l'importance du recours à une personne de confiance, d'une consultation des directives anticipées -supposant idéalement que chaque patient se trouve suffisamment au clair par rapport à la signification qu'il donne à son existence présente et future-, sur la nécessité de mettre en place des procédures de décision collégiale, particulièrement au regard d'une demande d'arrêt de traitements à laquelle il faudrait concéder plus facilement qu'aujourd'hui.

Enfin, par rapport à cette extension possible, nous nous interrogeons sur ce que signifie le recours à la notion de « délai », surtout lorsqu'il est question d'en augmenter l'étendue. Tout d'abord, que signifie élaborer des directives « en temps non suspect », lorsqu'on ne se trouve pas atteint de la pathologie, certes crainte, mais non vécue ? Se trouve-t-on, à ce moment de la rédaction, dans une temporalité porteuse d'un sens semblable à celui qui se fera jour quand une décision « devra » être prise ? Comment se trouve réfléchi, interprété -et par qui ?- la tension entre ces deux temps décisionnels : celui de l'écriture où se dit l'inclination d'un sujet non malade et le temps de la décision, par un autre que lui ? Ceci pose bien la question du statut de la personne de confiance associée à cette déclaration : sa situation par rapport au « déclarant » et son implication émotionnelle dans les événements. De même, il faut s'interroger sur les circonstances dans lesquelles cette déclaration anticipée est réalisée. De plus, on peut se demander quelle vigilance aura la personne ayant anticipé ses volontés à en vérifier régulièrement tant le contenu que ses modalités, et donc l'esprit, la philosophie de sa propre volonté.

Cependant, l'anticipation semble pouvoir constituer un élément majeur, important comme point de discernement : en effet, plus la déclaration est faite tôt et dans un temps non-suspect, plus elle peut être réfléchi et affinée lorsque, éventuellement, la

---

<sup>4</sup> La loi Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des patients en fin de vie, complétée par les décrets du 6 février 2006 a recherché une solution éthique à l'encadrement juridique de la relation médicale entre le médecin et le malade en fin de vie. Cette loi apporte trois dispositions essentielles à la relation de soins et favorise l'expression de la volonté, discussion en collégialité. Elle vise, entre autre, à l'Interdiction de toute obstination déraisonnable ; elle renforce les droits du patient particulièrement avec le recours à la personne de confiance sensée le représenter. ; elle instaure la nécessité d'un processus décisionnel en cas de patient inconscient ou arrêt des traitements reposant sur deux mots clés : la collégialité et la transparence de la décision.

maladie advient, et plus elle peut constituer un appui solide à la décision de mettre un terme (ou pas) à la vie. La temporalité serait donc une notion importante qui permet la réflexion même si la déclaration anticipée constitue une projection sur un état futur inconnu. Permet-elle dès lors la lucidité sur la situation projetée ? C'est de l'expérience que naît la nuance tout en signalant la nécessité, si déclaration il y a, pour qu'elle soit la plus affinée, la plus illustrée possible pour que, le cas échéant, elle puisse éclairer un processus décisionnel.

### *Que signifie « étendre » le temps d'une déclaration anticipée ?*

La proposition de loi souhaite, par l'extension illimitée dans le temps de la validité de la déclaration anticipée, permettre à l'individu de conserver une certaine maîtrise sur son existence lorsqu'il en sera lui-même incapable. La démarche est liée à une peur et, de façon plus large, liée à notre finitude humaine qui est toujours à respecter, à la conscience de la dégénérescence ; ne serait-ce pas d'abord sur l'origine de cette peur qu'il conviendrait de s'interroger et d'interroger un contexte de société ? Ce constat renvoie à se demander ce qui est fait en amont et qui conduit ou non au dépôt de semblables propositions de loi.

De plus, lorsque la démence est installée, le problème n'est-il pas résolu ? En effet la personne atteinte de démence ne connaît pas nécessairement l'angoisse liée à la mort et à la dégénérescence telle qu'elle était visée lors de la déclaration anticipée. Ne peut-on donc pas dire que l'état de conscience réversible est alors dépassé ? Ce dernier raisonnement est certes cynique mais il doit être souligné. D'autre part, le dément est une personne qui peut vivre heureuse dans un monde qui nous échappe. Donc, **ce n'est pas pour raison de démence** qu'on pourrait autoriser l'euthanasie, mais seulement pour des raisons de souffrances intolérables dans une situation de démence.

On peut également se demander ce qu'il en est de la validité limitée de la déclaration anticipée. Faut-il en limiter la validité dans le temps ou lui préférer une longévité dont la limite est constituée de la seule volonté de la personne concernée ? Quoiqu'il en soit, même si le délai « légal » est dépassé, la déclaration peut demeurer une information valable.

### *Place de l'argument économique ?*

La commission se demande également si l'argument économique est ou non un moteur à l'émergence de telles lois. En cas de réponse positive, on pourrait supposer, qu'au-delà des patients, les premiers à profiter de ces lois seraient les caisses de l'état. Si l'intention première de ces lois n'est pas l'argument économique et financier, il n'en reste pas moins vrai qu'il s'agit certainement d'un danger, et dans deux directions au moins. La loi, si elle se trouvait motivée par l'argument

économique, pourrait supplanter les critères fondamentalement humanistes de la médecine et ses critères décisionnels. Le rapport au coût pourrait devenir, en certaines situations de précarité, un argument sollicitant le patient à mettre fin à ses jours pour ne plus faire porter par son entourage le poids de sa prise en charge. Il faut donc ne pas négliger le risque de dérive économique dans la mise en place et l'application de la législation.

### *En résumé*

Force est de constater qu'il existe des incohérences dans certaines notions légales touchant à l'inconscience prolongée lorsqu'on assimile inconscience et démence, qu'il importerait de se pencher sur la volonté du législateur et de retourner aux travaux préparatoires pour préciser ce que recouvre réellement la législation.

La rencontre des notions d'inconscience irréversible et de fin de vie mène à s'interroger sur la conscience qu'a réellement la personne d'elle-même. La démence est un état avec ses normes propres, différentes des normes valorisées par la société, mais sont-elles pour autant sans valeur? Nous sommes loin de le penser.

En effet, le conscient [le patient] se prononce sur l'inconscient sur base d'une représentation personnelle de cet état, voire sur base des préjugés sociaux. Or, le changement d'état peut modifier la perception des choses et donc de ce même état. Le législateur ne peut négliger cet aspect des choses.

La notion de déclaration anticipée face à la crainte de la démence peut cependant rester porteuse d'une réelle signification: n'est-elle pas une réponse, certes imparfaite, mais une réponse toutefois permettant à la personne d'exister comme sujet et non pas uniquement comme objet de soins ?

Mais, et ce serait la face positive de la problématique, ne faut-il tout simplement pas voir dans la déclaration anticipée ce qu'elle est d'abord : un avis personnel porté consciemment sur une représentation de soi ?

## **2. Les personnes en situation d'inconscience irréversible**

Actuellement, dans la loi, il existe déjà un passage construit entre le rapport à la souffrance insupportable (fondement premier de cette loi) et la notion d'inconscience irréversible (Loi du 28.05.2002, Ch II. Art 3§1 et Ch III. Art4§1). Il s'agit là d'un premier glissement par la disparition de la condition faite à la notion de souffrance.



### *Déclaration anticipée et inconscience*

Quelle est la portée de la déclaration anticipée, quel est l'enjeu de fond ? N'est-elle pas une peur du trop, de l'acharnement thérapeutique ? En outre, la perception de la «normalité» n'est-elle pas un élément subjectif, reflet de la société ? Poser la question est, de notre point de vue, une façon de déjà y répondre.

Ceci nous renvoie, en l'état actuel des propositions, à une pluralité de définitions de la conscience, renvoyant à des perceptions très différenciées de la situation du patient. Il nous semblerait important d'en donner une définition plus claire, évitant de la sorte une certaine confusion dans les argumentations.

<p><b>Un passage de signification à ne pas négliger...</b></p> <p>Avant d'envisager ce que peuvent recouvrir les propositions de loi relatives aux mineurs, à la néonatalogie et aux personnes handicapées, il nous semble important de souligner que ces dernières catégories de personnes renvoient à un horizon sémantique différent de celui évoqué dans les deux premières situations visant des personnes adultes. D'une manière générale, on note que si l'ensemble de ces personnes sont considérées comme « vulnérables », il est sans doute très difficile pour celles-ci</p>	<p>de réfléchir aux questions (enfants mineurs d'âge, handicapés,...) ici envisagées et soumises à la discussion. Il serait risqué de généraliser la signification de consentement, essentielle pour les situations cliniques visées par ces propositions de loi. En effet, partiellement pour les mineurs, mais surtout pour les situations de néonatalogie et de handicap, c'est le « discernement d'un autre » qui constituera ici un des critères décisionnels.</p> <p>De plus, ces situations ne renvoient pas à l'esprit de la législation actuelle relative à l'euthanasie, celle-ci ayant toujours trait à une demande singulière et personnelle d'un patient.</p>
---	--

### **3. La situation des mineurs**

Les questions posées par la situation des mineurs d'âge sont nombreuses et délicates. Il paraît important, afin de rester dans l'esprit de la loi, que la demande d'euthanasie émane du mineur lui-même et non de son représentant légal (parents ou autres) : il est en effet malaisé de concevoir qu'un tiers, même parent, puisse exercer un pouvoir sur la fin de vie de quelqu'un, même s'il s'agit de son enfant, la loi étant d'abord là pour protéger les plus vulnérables. Ceci n'exclut évidemment pas les parents du processus de réflexion.



Si l'euthanasie devait être pratiquée à la demande du patient, comme la loi le prescrit, alors une question importante serait l'évaluation de la capacité de discernement du mineur quant à sa situation, ce qui est déjà d'application dans les soins de santé en général (cf. loi relative aux droits du patient, article 12). Ceci pose au moins deux grandes questions. D'abord comment s'assurer de la capacité de discernement du mineur (comment ? par qui ? quand ? âge minimum malgré tout ?...) et qu'en sera-t-il de sa demande s'il n'a pas cette capacité ? Ensuite quelle est la juste place à laisser aux parents ? Doivent-ils être informés de la demande ? Peuvent-ils ne pas l'être ? Doivent-ils consentir à cette demande du mineur ? Et quid d'un éventuel recours des parents (remise en cause de la capacité de discernement, par exemple). Si les avis sont ici bien partagés, la commission semble unanimement penser à l'intérêt d'une rencontre médico-familiale pour évoquer cette situation.

Au vu des difficiles questions évoquées, il semble plus constructif de dresser un état des lieux sur le sujet que de rendre un avis tranché en la matière, ce qui, du reste, n'est pas l'objectif de la commission. Faut-il d'ailleurs légiférer ? Y a-t-il une réelle demande du terrain pour une législation à ce sujet ? Une volonté politique, bien qu'animée par un idéal idéologique d'une certaine représentation du bien collectif, peut poser plus de problèmes qu'elle n'apporte de solutions au niveau sociétal ou particulier. Enfin, face à tous les enjeux ici développés, il existerait un risque réel à ouvrir la possibilité d'une extension de l'actuelle loi, une situation acceptée appellerait trop rapidement d'autres situations cliniques d'ordre différent.

#### **4. La situation de la néonatalogie**

##### *Une nécessaire clarification des concepts*

Force est de constater les raccourcis faits dans le texte relatif à la néonatalogie qui assimilent de nombreux actes à l'euthanasie. Il existe une différence entre donner la mort de façon active et stopper un traitement dépourvu de sens, qui ne s'inscrit plus dans un projet thérapeutique. L'intention à la base de l'acte fait toute la différence. L'intentionnalité de l'acte est donc à rappeler et à prendre en considération.

##### *L'intention*

Tout d'abord, l'extension de la loi actuelle nous place en dehors de son champ d'application puisque la loi de mai 2002 ne concerne que des personnes pouvant manifester leur propre volonté.

Nous nous interrogeons également sur l'origine de la demande à cette volonté de modifier la loi. Vient-elle vraiment des professionnels ou s'inscrit-elle dans un imaginaire collectif de moins en moins enclin à accepter des situations de handicap, particulièrement dans la durée ?

## 5. Les personnes porteuses d'un handicap

La personne porteuse d'un handicap envisagée dans cette section est bien celle considérée juridiquement comme incapable.

Comme pour le mineur au point précédent, il est important de ne pas perdre de vue que le but de la loi, dans son sens général, est bien la protection des plus vulnérables, que sont en particulier ces personnes handicapées. D'autre part, pourquoi, au nom de leur statut, leur refuser ce que la loi autorise à d'autres ? Cependant, la réponse n'est pas si simple. Par exemple, est-il possible pour ces personnes d'avoir recours à la notion de capacité de discernement, comme les mineurs pouvaient, dans certains cas, le revendiquer ?

Et plus simplement encore, ont-elles la possibilité de manifester ce qui leur semble insupportable comme souffrance et de demander que cela cesse par le biais d'une euthanasie ? Si tel n'est pas le cas, et on peut bien l'imaginer, il convient de se demander de qui peut émaner la demande d'euthanasie et au regard de quoi, sachant qu'on quitte clairement le cadre de la loi (glissement) et on ouvre peut-être une porte à d'autres évolutions futures de la loi plus controversées encore.

Ici encore, la commission se veut très prudente et pense qu'il est certainement plus opportun de s'interroger sur les éléments de la question plutôt que d'y répondre. Comme précédemment, la commission s'interroge sur la réalité de la question dans les pratiques telles que vécues actuellement et par là même, sur la pertinence à légiférer en la matière.

### En conclusion

Comme nous le disions dès l'introduction, notre but n'est pas de statuer de manière définitive sur les propositions déposées mais de soumettre, à celles et ceux qui le souhaitent, nos diverses réflexions, essayant d'envisager tant en amont qu'en aval les dimensions éthiques d'une éventuelle extension des conditions d'application de la loi relative à l'euthanasie de mai 2002.

En ce sens, il reste possible de s'interroger sur les motivations du législateur, particulièrement au regard de l'extension des déclarations anticipées pour les personnes démentes. Son objectif serait donc de donner une échappatoire à une souffrance intolérable et incurable dans une situation d'incapacité à l'exprimer. L'extension de la loi actuelle qui viserait de nouvelles situations, pourrait être interprétée comme conduisant à une reconnaissance plus large et un respect plus grand de l'expression de la liberté des individus, alors qu'en réalité il pourrait s'agir de l'opposé : la question de l'euthanasie se pose lorsqu'il y a impasse dans l'autonomie, absence de liberté à vivre.

En ce qui concerne la situation des mineurs, tout en reconnaissant leur capacité à s'exprimer et dire leur souffrance, il nous semble qu'une extension de la loi serait délétère en leur accordant une autonomie déliée des liens aux parents.

Si la loi de mai 2002 visait la rencontre de l'autonomie du patient, son extension aux personnes incapables reviendrait à augmenter leur hétéronomie puisqu'elles se trouveraient soumises à la décision d'un tiers, s'opposant de la sorte à la visée première de la loi relative à l'euthanasie.

Quant à la situation de la néonatalogie et à la question du handicap, une modification de la loi risquerait d'induire, au niveau d'un imaginaire collectif, une disqualification d'un sens et d'une valeur à une existence déjà fragilisée socialement. Nous sommes conscients que ces catégories de personnes se trouvent effectivement en situation d'exclusion au regard de la loi actuelle mais également du fait qu'une modification de la loi risquerait d'ouvrir à certaines dérives.

Enfin, nous sommes favorables à un maintien de la législation en son état actuel ; certaines situations rares et difficiles pouvant encore, en conscience, être rencontrées par la notion juridique d'état de nécessité.

La commission éthique du  
Réseau Santé Louvain<sup>5</sup>

*Version approuvée par le bureau du RSL  
en date du 26 octobre 2010*

---

<sup>5</sup> Ont collaboré à la rédaction de ces réflexions : Daloze C., Damoiseaux Ph., Evrard P., Gaziaux E., Gillard L., Goffinet P., Gourdin E., Jacquemin D., Léonard M., Leroy M., Longneaux J.-M., Maloteaux J.-M., Mathieu I., Périlleux Th., Rouard Ph.