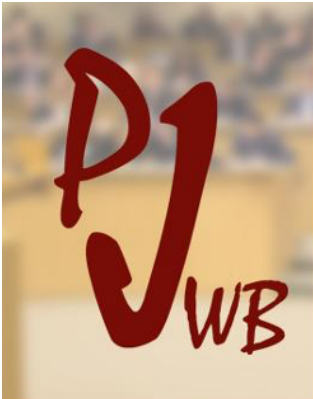




Parlement Jeunesse

Wallonie-Bruxelles

Décret visant à promouvoir une vie de
qualité en démystifiant la mort



Parlement
Jeunesse

Wallonie-Bruxelles

Wallonie-Bruxelles

Jeunesse

Parlement

Proposé par M. le Ministre Sébastien Pannus

Ministère de la santé

Exposé des motifs



Nul n'ignore sa finitude et pourtant... La mort est un des plus grands dénis collectifs de notre société. La majorité de nos concitoyen.ne.s excelle dans la procrastination lorsqu'il s'agit de penser et de préparer sa mort.

Ce paradoxe tire son origine de la peur que nous inspire la mort et de tout ce qui gravite autour de celle-ci. Les résultats aujourd'hui sont que la plupart des nos concitoyens, qu'ils soient croyants ou non, se retrouvent face à la mort sans y avoir vraiment réfléchi.

La mort reste une inconnue et l'inconnu fait peur. Quand on a peur, on cherche tous les moyens pour ne pas y être confronté, acceptant progressivement des situations de plus en plus aberrantes. Cet effroi nous pousse à toujours aller plus loin, à accepter des dérives médicales et sociétales. Nous ne pouvons plus fermer les yeux sur cette situation.

Mon projet de décret vous propose donc de s'attaquer à la source du problème en démystifiant la mort mais aussi de préparer une nouvelle société où le bon sens et la qualité de vie seront redevenus des concepts fondamentaux et essentiels.

Vous constaterez que ce projet de décret se compose en trois actes d'une même pièce: avant la mort, pendant la mort et après la mort. Cette prise en charge complète est nécessaire tellement la problématique est diffuse et profonde.

Pour beaucoup d'entre nous, ce thème ne sera pas facile à aborder car il nous évoque tantôt des souvenirs malheureux tantôt de la nostalgie d'un temps passé tantôt des craintes enfuies et dissimulées en nous. C'est justement pour ces raisons que je vous propose cette thérapie collective qu'il me tarde de débiter ensemble.

Je vous souhaite une agréable lecture.

Sébastien Pannus

Ministre de la santé



Cher·ère·s député·e·s,

Le présent mémoire de commission vise à vous aider à comprendre le décret de Monsieur le ministre Sébastien Pannus et à vous outiller afin de pouvoir en débattre et l'amender.

Pour ce faire, nous passerons en revue les éléments principaux du décret : nous débuterons par l'éducation à la mort (I) avant de nous pencher sur le chapitre de la fin de vie (II), comprenant la thématique des soins curatifs, du suicide assisté et de l'euthanasie. Ensuite, nous aborderons le cadre des dernières volontés (III), du don du corps à la recherche scientifique (IV) et enfin, les modes et les lieux de sépulture.

Quentin Libotte

Président de commission

I. L'ÉDUCATION À LA MORT

DÉFINITIONS

La **qualité de vie** peut être définie selon une interprétation large ou stricte. Dans son sens large, elle correspond à la « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». Cela inclut la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les facteurs environnementaux et les croyances personnelles¹.

Dans son sens strict, la **qualité de vie** correspond à un « **agrégat de représentation fondées sur l'état de santé, l'état physiologique, le bien-être et la satisfaction de vie** »². Ici on prendra en compte la

¹ The Whoqol Group, *People and Health, what quality of life ?*, 1996, pp.354-356, [en ligne]

² MacKeigan LD, Pathak DS, Overview of health-related quality-of-life measures, *American Journal of Hospital Pharmacy*, 49, 1992, pp.2236-2245.

santé générale du patient (ancienneté de la maladie, nombre de symptômes, douleur, perte d'autonomie) et son propre point de vue sur la maladie dont il souffre (bonheur, bien-être, intégrité).

La **sacralisation** peut être considérée comme **étant la fonction de faire entrer quelque chose dans le domaine du religieux**. Ainsi, la mort est entourée de rites dit funéraires propres à chaque civilisation et qui ont pour but d'accompagner le défunt dans sa mort grâce à des actes particuliers et à une cérémonie. Traditionnellement, la cérémonie était religieuse et suivie par une inhumation. Il existe aussi des funérailles civiles (ou laïques) dont le principal procédé est la crémation et parfois la promession. En France, on estime à environ à 32% la proportion d'obsèques civiles.

Monsieur le ministre prévoit au sein de son décret la mise en place d'un cours de « Préparation à la mort » qui consiste notamment à promouvoir l'importance de la qualité de vie, à lutter contre la sacralisation de la mort et à aborder une réflexion sur ce sujet.

II. LA FIN DE VIE ET LA MORT

A. LES SOINS CURATIFS

1. QUELQUES DÉFINITIONS

Les **soins curatifs** regroupent l'ensemble des soins thérapeutiques mis en œuvre pour guérir le patient de sa maladie. Ils se distinguent des **soins palliatifs** qui sont des **soins actifs et complets** donnés aux malades dont le traitement curatif n'est plus suffisant, en cherchant à améliorer la qualité de vie des patients jusqu'à leur mort par le soulagement de la douleur et des autres souffrances physiques et psychologiques³.

³ Fédération wallonne des soins palliatifs, *Définition des soins palliatifs* OMS, [soinspalliatifs.be](http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-oms.html), [en ligne], <http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-oms.html>.

Les **maladies incurables et mortelles** sont les pathologies pour lesquelles il n'existe actuellement pas de traitement et qui entraînent le décès du malade⁴. Le plus souvent, les patients vont être pris en charge par des services de soins palliatifs en vue d'améliorer leur qualité de vie. Dans cette catégorie de maladie, on retrouve entre autres des maladies dégénératives comme l'Alzheimer ou Parkinson.

L'**espérance de vie** est « le nombre moyen d'années qu'il reste à vivre à un individu ayant un âge donné »⁵. En France en 2017, l'espérance de vie à 65 ans était de 23,2 ans pour une femme et de 19,4 ans pour homme tandis que l'espérance de vie à la naissance était de 85,3 ans pour les femmes et 79,5 ans pour les hommes⁶. Le fait d'être atteint par une maladie va réduire l'espérance de vie. Par exemple, pour les personnes atteintes d'un Alzheimer, l'espérance de vie sera en moyenne de 8 à 12 ans⁷ et de 13 à 14 ans pour les patient atteint de la maladie de Parkinson qui ont été diagnostiqués entre 55 et 65 ans.

2. CADRE LÉGAL DES SOINS CURATIFS EN BELGIQUE ET EN FRANCE

En 2002, la **Belgique**, s'est doté d'un cadre légal entourant la fin de vie. Ainsi, **tous les patients ont le droit d'accéder aux soins palliatifs pour l'accompagnement de leur fin de vie**, ils bénéficient de droits qui précisent les caractéristiques de la relation avec le corps médical et enfin le droit à l'euthanasie sous certaines conditions est reconnu⁸. Dans les **droits reconnus aux patients**, il est admis que ceux-ci peuvent refuser tout **acharnement thérapeutique**. Celui-ci est défini comme « une attitude qui consiste à poursuivre une thérapie lourde à visée curative alors même qu'il n'existe **aucun espoir réel d'obtenir une amélioration de l'état du malade** et qui a pour résultat de prolonger

⁴ Soins palliatifs.org, *Quelles sont les pathologies mortelles les plus graves ?*, soinspalliatifs.org, octobre 2019, [en ligne] <https://soin-palliatif.org/soins/maladies-incurables/>.

⁵ Futura Santé, *Espérance de vie*, Futura-science.com, [en ligne], <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-esperance-vie-5127/>.

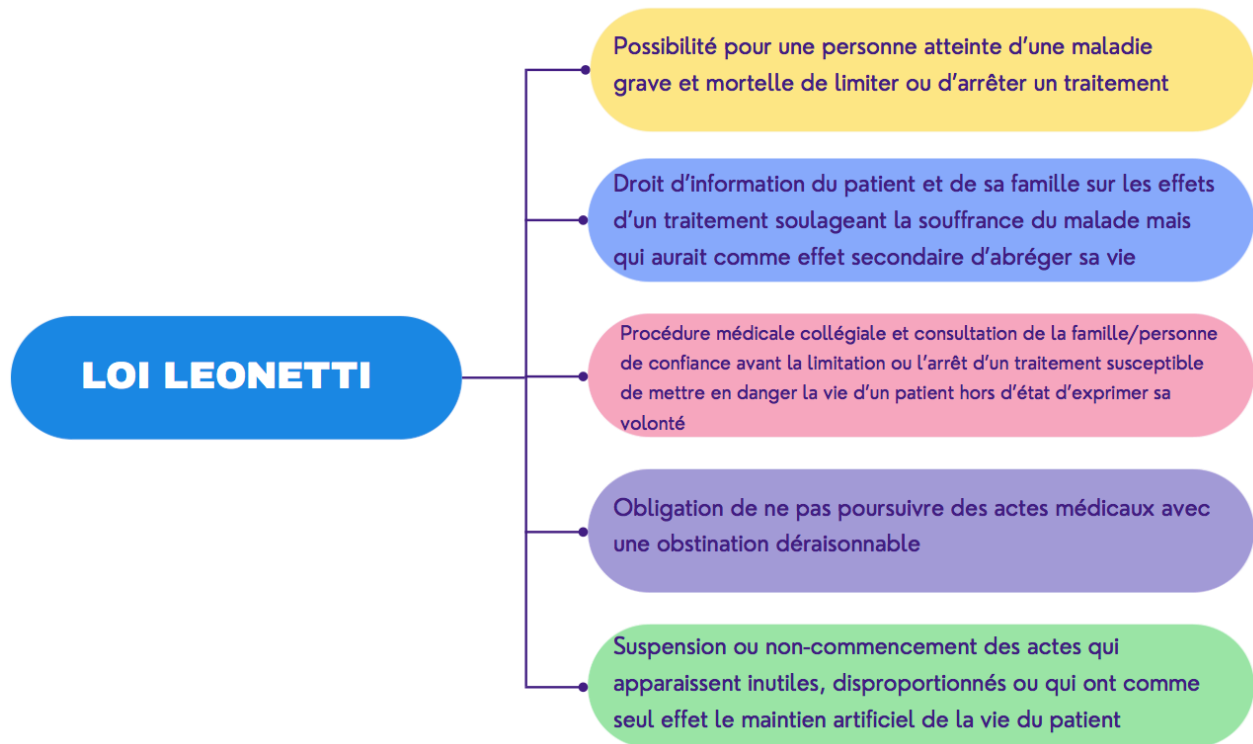
⁶ Insee, *Espérance de vie à différents âges*, 29 mars 2021, [en ligne], <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#tableau-Donnes>.

⁷ France Alzheimer et maladie apparentées, *La maladie d'Alzheimer : Premiers repères sur la maladie*, francealzheimer.org, [en ligne], https://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/la-maladie-dalzheimer/premiers-reperes-maladie/#esperance_alzheimer.

⁸ Institut européen de bioéthique, *Le modèle belge des soins palliatifs intégraux dénature-t-il la pratique des soins palliatifs ?*, 4 septembre 2015, [PDF en ligne], <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/20150904-dossiers-euthanasie-et-soins-palliatifs.pdf>.

simplement la vie »⁹. Pour autant, la loi belge ne prévoit rien sur la limitation des soins autres que palliatifs ou sur l'acharnement thérapeutique.

À l'inverse de la Belgique, la France dispose d'un tel dispositif, la loi « Leonetti »¹⁰.

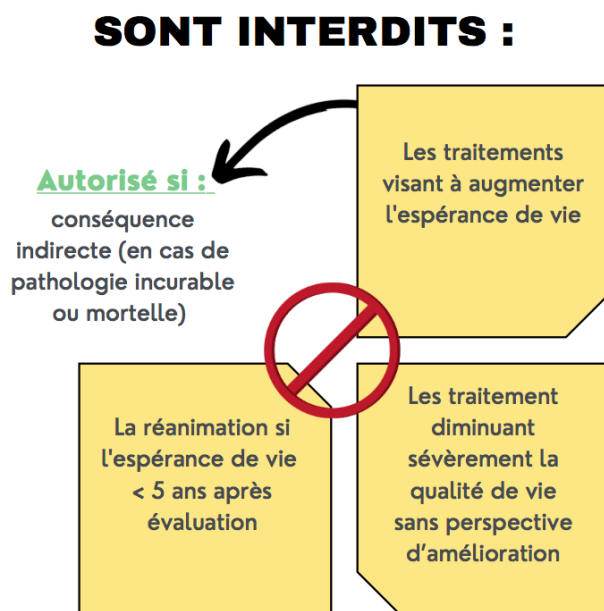


Le décret du ministre Pannus entend poser une limitation des soins curatifs et curatifs, notamment pour les patients souffrant de maladies incurables et mortelles et ceux dont l'espérance de vie attendue est limitée.

⁹ Baum, M., *Acharnement thérapeutique et euthanasie*, mars 1998 - www.uclouvain.be

¹⁰ LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) (J.O 23 avril 2005).

Ainsi, le décret prévoit d'interdire : les traitements qui vont sévèrement diminuer la qualité de vie des patients sans leur offrir une perspective d'amélioration ; la réanimation des patients séjournant en maison de repos et de soins ou en hôpital si leur espérance de vie est évaluée à moins de 5 ans ; les traitements qui visent à augmenter l'espérance de vie. Ceux-ci restent quand même admis si l'augmentation de l'espérance de vie est une conséquence indirecte du traitement de la pathologie incurable et mortelle.



3. LE SUICIDE ASSISTÉ

Le suicide assisté est défini comme étant l'acte par lequel une personne va mettre fin à sa propre vie grâce à l'aide d'une autre personne (le médecin) qui va lui fournir les médicaments nécessaires pour mourir¹¹. Il est important de préciser que c'est bien la personne elle-même qui va

¹¹ Espace Seniors, *La prévention du suicide et le suicide assisté : une contradiction ?* novembre 2015, [PDF en ligne]

avaler les médicaments. Dans la plupart des cas où le suicide assisté est possible, l'affection médicale est la condition *sine qua non*.

Cadre légal dans différents pays

Certains pays, comme les Pays-Bas et le Luxembourg, autorisent explicitement le suicide assisté mais à certaines **conditions**¹² :

- Être conscient au moment de la demande
- Être majeur capable
- Avoir pris sa décision sans pression extérieure
- Être dans une situation médicale irréversible et sans issue, sans perspective d'amélioration, à la suite d'un accident ou d'une pathologie
- Souffrir physiquement ou psychologiquement de votre situation de santé
- Le médecin est tenu d'être présent lors de l'acte et doit le déclarer à une Commission de contrôle.
- Le médecin doit s'assurer de la volonté profonde du patient et constater sa souffrance, demander l'avis d'un deuxième médecin sur la situation médicale du patient, s'entretenir avec l'équipe soignante et la personne de confiance désignée par le patient.

En Belgique, le suicide assisté entre dans le cadre légal de l'euthanasie : puisqu'il ne précise pas comment se fait l'euthanasie, il est envisageable que le patient avale lui-même la substance mortelle¹³. Pour autant, le médecin doit respecter des conditions légales strictes (voir infra).

¹² Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, *Euthanasie ; Assistance au suicide*, santé.public.lu, Mis à jour le 20 janvier 2020, [en ligne], <https://sante.public.lu/fr/droits/fin-vie/euthanasie/index.html>.

¹³ Espace Seniors, op.cit.

En Suisse, le suicide assisté est permis implicitement, à trois conditions : « être doué de discernement, s'administrer soi-même la dose létale et l'aidant ne doit pas avoir de mobile égoïste »¹⁴. À l'inverse des pays cités précédemment, il n'est pas requis qu'un médecin soit présent. Dans la pratique, ce sont des associations spécialisées qui vont se charger d'évaluer la demande, de fournir les substances létales (après délivrance d'une ordonnance par un médecin) et le cadre dans lequel va se dérouler le suicide assisté¹⁵. Depuis 2018, le suicide assisté est possible dans les cas de maladies ou de limitations fonctionnelles (dans le quotidien, dans les relations sociales, les sensations de désespoir et d'inutilité) qui causent au patient une souffrance qu'il juge insupportable¹⁶.

Contrairement aux exemples précédents, le décret de Monsieur le ministre prévoit une possibilité d'accès **sans condition** au suicide assisté pour toute personne « libre et éclairée », ce qui signifie que le patient doit agir en l'absence de contrainte et après que le médecin lui ait fourni une information claire, complète, compréhensible et appropriée à sa situation¹⁷.

¹⁴ Alliance Vita, *Le suicide assisté en Suisse*, alliancevita.org, 6 mai 2020, [en ligne], <https://www.alliancevita.org/2020/05/le-suicide-assiste-en-suisse-2/>.

¹⁵ Ibidem

¹⁶ Ibidem

¹⁷ Conseil national de l'ordre des médecins, *Recueillir le consentement de mon patient*, conseil-national.medecin.fr, 6 mai 2019, [en ligne], <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>.

4. L'EUTHANASIE

A.DÉFINITION ET VISIONS ÉTHIQUES

Le terme euthanasie vient du grec « eu » (bien) et « thanatos » (mort), ce qui signifie « mort douce », soit un décès sans souffrance. Elle est définie par le Robert comme un « usage des procédés qui permettent de hâter ou de provoquer la mort de malades incurables qui souffrent et souhaitent mourir »¹⁸. L'euthanasie est pratiquée dans le but d'alléger les souffrances physiques et morales d'un malade.

Deux visions d'éthique médicale principales s'opposent dans l'approche de l'euthanasie¹⁹. La première consiste à dire que l'euthanasie est un acte complémentaire aux soins palliatifs dans les cas de vie les plus difficile, qu'elle permet une mort digne et douce, une protection à la fois du droit des patients et du corps médical. La deuxième considère au contraire qu'une euthanasie banalisée fait relativiser l'intérêt pour les soins palliatifs, qu'elle fait l'impasse sur la question du sens à donner à la fin de vie et qu'elle remet en cause la spécificité de la médecine qui n'a jamais été de faire mourir.

B.LES DIFFÉRENTS TYPES D'EUTHANASIE ET LEUR CADRE LÉGAL

On distingue deux types d'euthanasie : l'euthanasie passive (arrêt des traitements nécessaires au maintien de la vie) et l'euthanasie active (une injection létale réalisée par un médecin).

L'**euthanasie active** correspond à l'injection d'un produit létal par un médecin qui conduit le patient atteint d'une maladie incurable à mourir rapidement et sans douleur²⁰. Elle est autorisée dans moins d'une dizaine de pays, dont 5 se trouvent au sein de l'Union européenne (Espagne, Portugal, Benelux). La Belgique dispose d'un cadre légal sur l'euthanasie depuis mai 2002. Cette loi définit

¹⁸ Le Robert, Définition euthanasie, dictionnaire.lerobert.com, [en ligne], <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/euthanasie>.

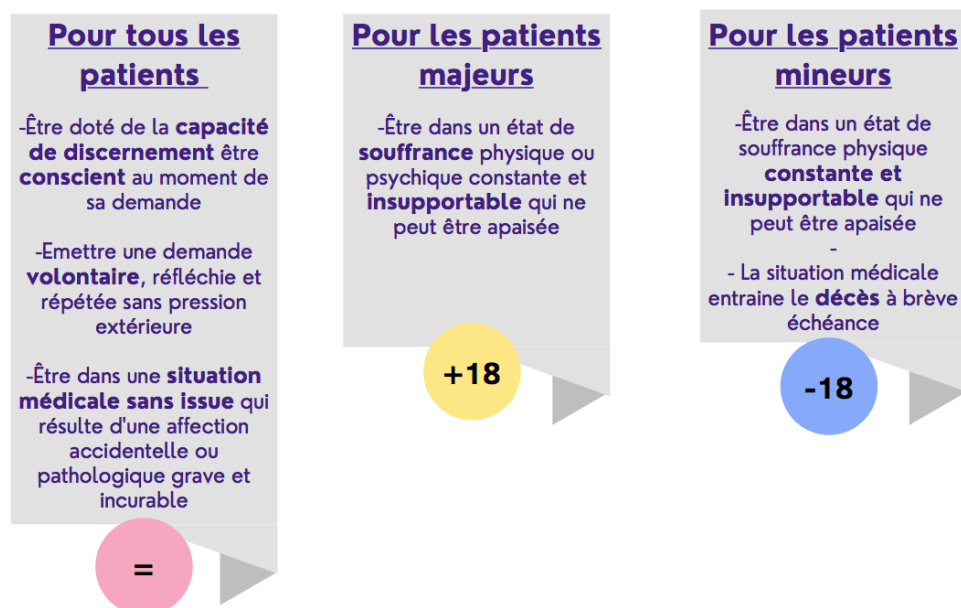
¹⁹ Institut européen de bioéthique, op.cit.

²⁰ Le Monde, *Euthanasie passive et active, les différences*, lemonde.fr, 7 février 2012, [en ligne], https://www.lemonde.fr/archives/article/2012/02/07/euthanasie-passive-et-active-les-differences_4322859_1819218.html.

l'euthanasie comme étant « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci »²¹.

Pour avoir accès à l'euthanasie, les patients doivent respecter certaines conditions²² détaillées ci-dessous :

CADRE LÉGAL BELGE



L'**euthanasie passive**, quant à elle, correspond au principe du « laissé mourir ». Ce type d'euthanasie, appliqué notamment en France depuis la loi Leonetti (voir supra) consiste à refuser l'acharnement thérapeutique et à permettre de soulager la douleur grâce une sédation profonde et continue jusqu'à l'arrêt cardiaque, pour les patients dont le pronostic vital à court terme est engagé²³. La décision de recourir à cette méthode se fait sur demande du patient, à travers ses directives anticipées ou via un proche si le patient n'a plus la capacité de s'exprimer.

²¹ Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie et modifiée en février 2014, (M.B 22 juin 2002).

²² Fédération wallonne des soins palliatifs, *Euthanasie*, soinspalliatifs.be, [en ligne], <http://www.soinspalliatifs.be/euthanasie.html>.

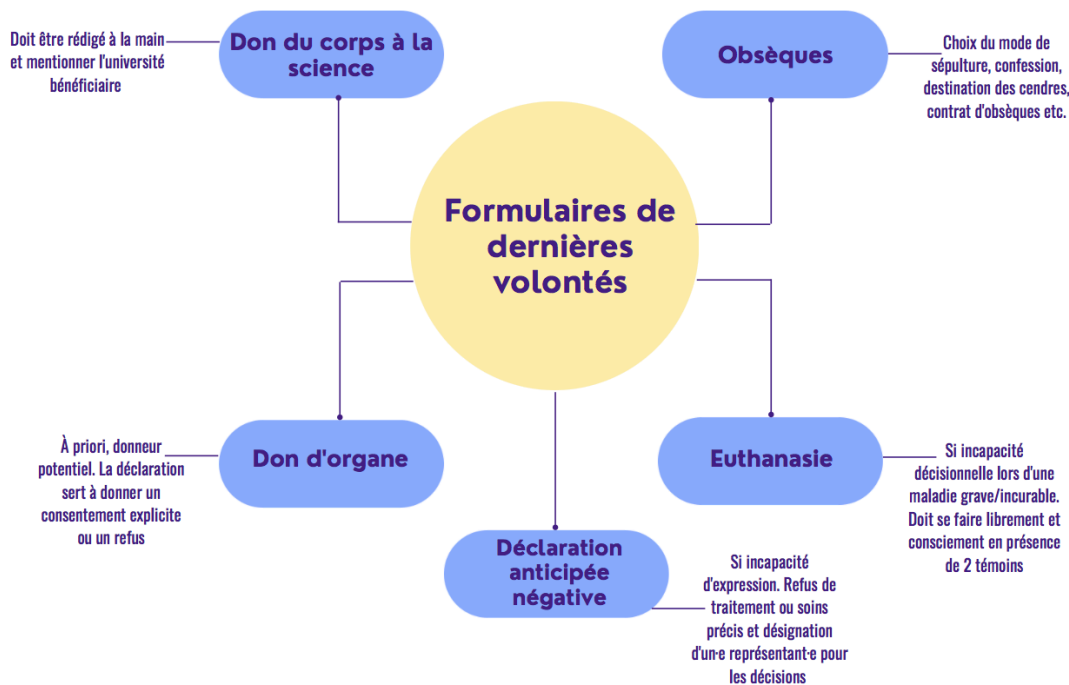
²³ JDD, *Qu'est-ce que l'euthanasie ?* lejdd.fr, 19 mars 2021, [en ligne], <https://www.lejdd.fr/Societe/quest-ce-que-leuthanasie-4032348>.

Au sens du décret proposé par Monsieur le ministre, toutes les conditions ci-dessus ne seraient plus nécessaire à une demande d'euthanasie.

I. LE FORMULAIRE DE DERNIÈRES VOLONTÉS

A. CADRE LÉGAL

En **Belgique**, il existe **5 formulaires** de « déclaration anticipées » qui peuvent être établis à l'avance, dont 3 (dernières volontés, euthanasie et don d'organe) auprès de l'officier d'état civil de la commune de résidence par **toute personne qui le souhaite**²⁴. Cela permet de tenir compte des volontés de la personne dans le cas où elle ne serait plus en mesure de s'exprimer. Ces déclarations sont retirables et modifiables à tout moment et sont valables indéfiniment.



²⁴ SPF Santé publique et al., *Les déclarations anticipées correctes*, [PDF en ligne], https://wemmel.center/data/VZP - Brel_Franstalig.pdf.

Ce que prévoit le décret

Le décret de Monsieur le ministre propose de **créer un formulaire unique de « dernières volontés »** regroupant les choix des personnes sur les directives anticipées de soin, l'euthanasie, le don d'organes, l'exposition du corps au funérarium, la cérémonie funéraire, les modes et lieux de sépulture. Le décret prévoit que ce formulaire doit être renouvelé tous les 5 ans pour être considéré comme valide. S'il n'est pas valide, ce sont les dernières volontés par défaut définies dans le décret qui vont s'appliquer. Le formulaire est obligatoire tant pour les citoyens péjigoniens que pour les personnes résidant sur le territoire.

La personne chargée de compléter le formulaire varie en fonction de différentes situations. En plus de l'âge, c'est la situation de capacité décisionnelle qui est importante. Celle-ci requière quatre critères devant être évalué lors d'un entretien avec le patient : comprendre, apprécier, raisonner et exprimer un choix.

- Si la personne a moins de 14 ans, c'est son représentant légal qui remplit le formulaire à partir de la naissance de l'enfant et le renouvelle tous les 5 ans jusqu'à ses 14 ans (attention, le formulaire devient invalide dès que la personne atteint l'âge de 14 ans et 1 mois).
- Si la personne a plus de 14 et est en situation de capacité décisionnelle, elle le remplit elle-même.
- Si la personne a plus de 14 ans mais n'est pas en situation de capacité décisionnelle justifiée médicalement : soit elle a déjà rempli le formulaire et c'est alors l'exemplaire complété le plus récemment qui sera d'application ; soit elle n'a jamais rempli le formulaire et dans ce cas c'est son représentant légal qui sera tenu de le compléter et le renouveler.

Le décret apporte une attention particulière aux directives anticipées de soins reprises dans le formulaire de « Dernières volontés ». Il en effet prévu que ces directives résultent d'un questionnaire discuté avec un médecin et au sein duquel la personne va déterminer ses directives de soins pour différentes situations médicales si elle venait à se trouver en incapacité décisionnelle. A noter également que les citoyens doivent choisir s'ils souhaitent donner ou pas leurs organes, on ne suppose plus d'un consentement a priori.

II. LE DON DU CORPS À LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

A. DÉFINITIONS

Le **don du corps** à la science est une démarche personnelle et volontaire à travers laquelle une personne s'engage à léguer gratuitement sa dépouille à l'université de son choix, à des fins d'enseignement et de recherche²⁵. Ce don n'exclut pas la possibilité d'obsèques ultérieures. Le but est que le corps puisse bénéficier à l'enseignement, la recherche, l'étude de l'Anatomie et la formation des médecins.

La **greffe** est une opération chirurgicale consistant à remplacer un organe malade par un organe sain, appelé « greffon » ou « transplant » et provenant d'un donneur. Ce type d'opération a un impact sur l'espérance de vie des patients. Par exemple, là où l'espérance de vie d'un patient atteint d'insuffisance rénale et mis en dialyse est de 16 ans, elle grimpe à 31 ans en cas de greffe prioritaire réussie (c'est-à-dire sans passer par une dialyse)²⁶. L'espérance de vie attendue varie énormément en fonction du temps et du type d'organe greffé. Pour une greffe du cœur, la survie à 1 an est de 74% et descend à 53% après 10 ans, avec une médiane de survie d'environ 11 ans²⁷.

Les **essais cliniques** sont considérés comme étant une étape obligatoire et systématique du développement d'un médicament car ils permettent de préciser l'effet d'un traitement chez l'homme, d'en déterminer l'efficacité ainsi que les éventuels effets indésirables. Ils se décomposent en quatre phases.

²⁵ Ville de Namur Capitale, *Don du corps à la science*, namur.be, [en ligne], <https://www.namur.be/fr/je-trouve/demarches-administratives/demarches-externes/don-du-corps-a-la-science>,

²⁶ Renaloo, *Espérance de vie des personnes greffées et dialysées*, 7 avril 2020, renaloo.com, [en ligne], [Espérance de vie des personnes greffées et dialysées \(Rapport REIN 2016\) | Renaloo](#).

²⁷ Agence biomédecine, *Greffe cardiaque*, agence-biomedecine.fr, [en ligne], <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/donnees/organes/03-coeur/telechargement/FC4.gif>.

Les **recherches** scientifiques fondamentales sont pour la plupart effectuées au sein des facultés de médecine des hôpitaux. Elles ont pour objectif de comprendre les troubles à l'origine des maladies et de trouver des moyens pour agir dessus par exemple grâce à des médicaments. Les traitements éventuels sont d'abord testés en situation de laboratoire et ensuite sur des êtres humains²⁸.

Le projet porté par Monsieur le ministre prévoit une série de limitations au don du corps et à la recherche scientifique. Sont interdits : la greffe d'organe vital si l'espérance de vie attendue est inférieure à 15 ans, le don du corps à la science pour la recherche pour la recherche et la formation, les recherches dont l'objectif numéro 1 est d'augmenter l'espérance de vie et la poursuite d'études entraînant une diminution de la qualité de vie du patient.

III. LES NOUVEAUX MODES ET LIEUX DE SÉPULTURE

A. DÉFINITIONS

1. L'HUMUSATION

L'humusation est un « processus contrôlé de transformation des corps par les humuseurs (micro-organismes présents uniquement dans les premiers cm du sol) dans un compost composé de broyats de bois d'élague, qui transforme, en 12 mois, les dépouilles mortelles en Humus sain et fertile »²⁹.

Le processus est perçu différemment par les gouvernements. En 2016, le gouvernement français estimait que l'humusation était incompatible avec le Code Civil qui prévoit que les restes des personnes décédées soient traités avec respect, dignité et décence³⁰. A l'inverse, le gouverneur de l'Etat de Washington vient de l'autoriser, voyant dans cette méthode « un effort réfléchi pour réduire

²⁸ RUZB, Les missions des HU, la recherche, univ-hospitals.be, [en ligne], <https://www.univ-hospitals.be/fr/les-missions-des-hu/la-recherche/>.

²⁹ Humusation.org, C'est quoi l'humusation ? humusation.org, [en ligne], <https://www.humusation.org/humusation-pourquoi-comment/>.

³⁰ Emilie Torgemen, Transformer le corps humain en compost, une alternative aux funérailles classiques, leparisien.fr, 29 avril 2019, [en ligne], [Transformer le corps humain en compost, une alternative aux funérailles classiques - Le Parisien](#).

notre empreinte environnementale »³¹. Les débats sur la question voient souvent s’opposer écologie et respect du caractère sacré de la dépouille. C’est un processus en 4 étapes :



³¹ Ibidem

2. LA PROMESSION

La promession est un processus qui aboutit à la réduction du corps en très fines particules grâce à l'azote liquide et qu'on peut ensuite enterrerⁱ. C'est un processus en 5 étapes :



La promession est une technique en développement qui existe déjà en Suède, en Angleterre, en Afrique du Sud et en Corée du Sud mais qui est interdite en France et n'est pas reconnue en Belgique.

Elle est vue comme une alternative écologique aux modes de sépultures traditionnels vu qu'elle consomme moins d'énergie qu'une crémation, qu'elle ne rejette pas de CO₂, que le corps n'est pas traité avec des produits de conservation, qu'il n'y a pas de cercueil en bois et que les métaux contenus dans le corps sont recyclés³².

³² Ibidem

3. CADRE LEGAL

En France, les deux seuls modes de sépulture autorisés sont l'inhumation et la crémation. On estime à environ 39% la proportion de crémation³³. En Wallonie, une étape intermédiaire a été franchie avec une modification du Code de la démocratie locale qui prévoit « tout autre mode de sépulture fixé par le Gouvernement wallon »³⁴ en plus de l'inhumation et de la crémation qui restent les deux seuls modes reconnus actuellement. Comme expliqué ci-dessous, certains pays commencent à autoriser des modes de sépultures non-traditionnels (la Suède par exemple) mais ils restent minoritaires.

Monsieur le ministre propose une inversion du système actuel, c'est-à-dire une interdiction de l'inhumation et de la crémation remplacé par une reconnaissance de l'humusation et de la promession comme seuls modes de sépultures autorisés. De plus, le décret prévoit de transmettre tout ou une partie des matériaux issus des processus de transformation des dépouilles dans des « Parcs repos » à des fins de compostage. Ces parcs ont pour objectif de remplacer progressivement les cimetières comme lieux de sépulture autorisés.

³³ Vignerot, D., *Pratiques funéraires : la France demeure attachée aux traditions*, MyEurop.info, 7 avril 2021, [en ligne], <https://fr.myeurop.info/2021/04/07/pratiques-funeraires-la-france-demeure-attachee-aux-traditions/>

³⁴ Décret du 6 mars 2009 modifiant le Chapitre II du Titre III du Livre II de la première partie du Code de la démocratie locale et de la décentralisation relatif aux funérailles et sépultures

Projet de décret

PROJET DE DÉCRET VISANT À PROMOUVOIR UNE VIE DE QUALITÉ EN DÉMYSTIFIANT LA MORT

TITRE I - DE L'ÉDUCATION À LA MORT

Art 1. §1. Est créé le cours de « Préparation à la mort ».

§2. Ce cours est dispensé à tous les degrés de l'enseignement fondamental et secondaire.

Art 2. La charge horaire annuelle du cours de « Préparation à la mort » est de 15h pour tous les élèves.

Art 3. §1. Le cours de « Préparation à la mort » est composé de diverses activités comprenant : - Des cours théoriques et réflexifs

- Des sorties scolaires

- Une production personnelle de l'élève

§2. Sans s'y limiter, le programme des cours théoriques et réflexifs veille à :

- Aborder une réflexion historique, philosophique, culturelle, confessionnelle et médicale de la mort en luttant contre sa sacralisation

- Promouvoir l'importance de la qualité de vie et présenter des outils pour l'évaluer

- Susciter une réflexion autour de sa propre mortalité et de celle de ses proches

- Présenter le formulaire « Dernières volontés » pour en saisir les possibilités et les enjeux

- Créer des espaces de parole et des moments de rencontres avec divers intervenant·e·s, en ce compris des personnes en fin de vie.

§3. Sans s'y limiter, les sorties scolaires contiennent des visites:

- De funérariums

- De lieux de sépulture

- De lieux de transformation des corps défunts à des fins de sépulture - De services hospitaliers de gériatrie et de soins palliatifs

- De musées et d'expositions dédiés à la fin de vie et à la mort

§4. Dans le cadre du cours de « Préparation à la mort », tous les élèves réalisent annuellement une production personnelle dont le sujet a exclusivement trait à la promotion d'une vie de qualité.

Art. 4. Le Ministère de l'Éducation se charge de la mise en place de la formation des enseignant·e·s du cours de « Préparation à la mort ».

TITRE II - DE LA FIN DE VIE ET DE LA MORT

CHAPITRE 1 - DE LA LIMITATION DES SOINS CURATIFS

Art. 5. §1. Est créé un « Comité d'évaluation de la qualité et de la fin de vie » dans chaque hôpital péjigonien.

§2. Ce Comité est composé de 6 spécialistes de la santé: 1 médecin spécialiste en soins intensifs, 1 médecin spécialiste en médecine interne ou 1 médecin spécialiste en pédiatrie, 1 médecin spécialiste en chirurgie, 1 médecin spécialiste en soins palliatifs, 1 médecin spécialiste en médecine générale et 1 psychologue ou 1 psychiatre.

§3. Dans le présent décret, la qualité de vie correspond à un agrégat de représentations fondées sur l'état de santé, l'état physiologique, le bien-être et la satisfaction de vie. Ces critères restent à l'appréciation du Comité, en consultation avec le patient.

Art. 6. §1. Toute administration de substances médicamenteuses ou tout acte médical ayant pour but d'augmenter l'espérance de vie d'un·e patient·e souffrant d'une pathologie incurable et mortelle est interdite.

§2. Par exception au §1, les substances médicamenteuses et les actes médicaux visant le maintien, l'amélioration de la qualité de vie ou le confort du/de la patient·e et ayant pour conséquence indirecte l'augmentation de l'espérance de vie sont autorisés si aucune alternative n'est possible.

Art. 7. §1. Le médecin responsable des soins d'un·e patient·e séjournant dans une maison de repos et de soins ou dans un hôpital évalue l'espérance de vie attendue de son·sa patiente à chaque nouvelle admission et la réévalue mensuellement jusqu'à la fin du séjour ou de l'hospitalisation.

§2. Si l'espérance de vie attendue d'un·e patient·e est jugée inférieure à 5 ans par le médecin responsable des soins, le « Comité d'évaluation de la qualité et de la fin de vie » évalue la décision. Si la décision est validée par ledit comité, le/la patient·e ne peut bénéficier d'une réanimation en cas d'arrêt cardio- respiratoire.

Art. 8. L'objection de conscience du médecin est possible pour les obligations reprises à l'Art. 6 et l'Art.7.

CHAPITRE 2 - DU SUICIDE ASSISTÉ ET DE L'EUTHANASIE

Art. 9. Toute personne libre et éclairée peut recourir au suicide assisté ou à l'euthanasie après avoir suivi une rencontre d'accompagnement psycho-médico-social à l'issue de laquelle la personne dispose de 15 jours pour confirmer ou infirmer sa demande, indépendamment de l'âge et de l'état de santé.

Art. 10. Sont précisées dans le formulaire « Dernières volontés » toutes les situations médicales pour lesquelles la personne souhaite bénéficier de l'euthanasie dans l'hypothèse où elle ne serait plus en possession de sa capacité décisionnelle.

TITRE III - DE L'EXPRESSION DES DERNIÈRES VOLONTÉS

CHAPITRE 1 – DU FORMULAIRE DES « DERNIÈRES VOLONTÉS »

Art. 11. §1. Est créé le formulaire « Dernières volontés » selon un modèle unique qui traduit les dernières volontés en matière de :

- Directives anticipées de soins
- Euthanasie
- Don d'organes
- Exposition du corps défunt au funérarium
- Cérémonies funéraires
- Modes et lieux de sépulture
- Don du corps à la science à des fins de recherche scientifique et de formation académique

§2. Le formulaire doit être renouvelé tous les 5 ans, à défaut d'être renouvelé, le dernier formulaire valide est appliqué.

Art. 12. §1. Toute personne d'au moins quatorze ans d'origine péjigonienne ou résidant en Péjigonie est tenue de compléter personnellement le formulaire « Dernières volontés », de le transmettre sans frais au notaire de son choix et de répondre aux exigences de l'Art 11 §2.

§2. Le/la représentant·e légal·e d'un enfant de moins de quatorze ans est tenu·e de compléter le formulaire à la naissance de l'enfant et de répondre aux exigences de l'Art 11 §2. Le dernier formulaire complété est invalide dès que le/la représenté·e effectue les modalités prévues au §1. du présent article et au plus tard, le mois suivant son quatorzième anniversaire.

§3. Pour toute personne en situation d'incapacité décisionnelle médicalement justifiée et ayant complété personnellement au moins une fois le formulaire « Dernières volontés », le dit-formulaire complété le plus récemment fait foi jusqu'à récupération de la capacité décisionnelle.

§4. Pour toute personne en situation d'incapacité décisionnelle médicalement justifiée et n'ayant jamais complété le formulaire « Dernières volontés », le/la représentant·e légal·e est tenu·e compléter le formulaire et de répondre aux exigences de l'Art 11. §2. pour le/la représenté·e.

Art. 13. §1. Toute personne décédée dont le formulaire « Dernières volontés » est invalide se voit attribuer les dernières volontés par défaut.

§2. Les dernières volontés par défaut sont:

- Une prise en charge des décisions de santé par le corps médical en cas d'incapacité décisionnelle - Un don d'organe obligatoire
- Le choix de l'exposition du corps défunt au funérarium laissé au choix des proches

- Une cérémonie religieuse ou non religieuse, laissé au choix des proches
- L'humusation comme mode de sépulture
- Le don de matériel composté à des particuliers et à un « Parcs de repos »

CHAPITRE 2 – DES DIRECTIVES ANTICIPÉES DE SOINS

Art. 14. §1. Sont précisées dans le formulaire « Dernières volontés » les directives anticipées de soins via un questionnaire créé et mis à jour par l'Académie Royale de Médecine selon un modèle unique.

§2. Ce questionnaire a pour objectif d'obtenir les directives du/de la patient·e dans une série de situations médicales déterminées dans l'hypothèse où celui/celle-ci est incapable.

§3. Ce questionnaire est obligatoirement l'objet d'une discussion entre le/la patiente et un médecin généraliste laissé au libre choix du/de la patient·e, qui signera pour validation le questionnaire.

Art. 15. En cas d'invalidité du formulaire « Dernières volontés » et si le/la patient·e est en situation d'incapacité décisionnelle, les choix médicaux sont assurés par le·s médecin·s chargé·s des soins en concertation avec un « Comité d'évaluation de la qualité et de la fin de vie ».

Art. 16. Les directives anticipées attribuées à des situations d'urgence sont publiées dans une base de données nationale, accessible à tous les médecins et services de secours.

TITRE IV – DU DON DU CORPS ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Art. 17. Est précisé dans le formulaire « Dernières volontés », le choix d'être prélevé·e ou non de certains organes si la situation médicale le permet.

Art. 18. §1. Seule la greffe d'organe vital menant à une amélioration de la qualité de vie est autorisée. §2. La qualité de vie est déterminée par un « Comité d'évaluation de la qualité et de la fin de vie » en concertation avec les médecins curateurs. En cas de désaccord, ledit Comité est souverain.

Art. 19. §1. Le don du corps à la science à des fins de recherche scientifique et de formation académique est autorisé s'il y a consentement du patient dans son formulaire « Dernières volontés ».

§2. Toute conservation et manipulation des corps est effectuée en suivant rigoureusement les règles et le code d'éthique établis par l'institution responsable de la recherche.

Art. 20. Les recherches scientifiques et les essais cliniques ayant pour objectif premier l'augmentation de l'espérance de vie sont interdits.

Art. 21. Les essais et études cliniques entraînant dans leur déroulement une diminution significative et sur le long terme de la qualité de vie d'au moins un·e patient·e enrôlé·e doivent être interrompus.

Art. 22. L'État finance prioritairement les études et les recherches scientifiques ayant pour objectif l'amélioration de la qualité de vie.

TITRE V - DES FUNÉRAILLES ET DE LA SÉPULTURE

CHAPITRE 1 – DE L'EXPOSITION DU CORPS DÉFUNT ET DE LA CÉRÉMONIE

Art. 23. Est précisé dans le formulaire « Dernières volontés »:

- Le choix d'être exposé·e ou non au funérarium avant le traitement de la dépouille à des fins de sépulture. -
Le choix d'une cérémonie funéraire ou non et le cas échéant, du caractère religieux ou non de la cérémonie.

Art. 24. Sont uniquement autorisés pour le déplacement et l'exposition de la dépouille, les cercueils et les linceuls en matériaux biodégradables.

CHAPITRE 2 – DES NOUVEAUX MODES ET LIEUX DE SÉPULTURE ET DE LA TRANSITION

Art. 25. §1. Dès l'entrée en vigueur du présent décret, l'inhumation et la crémation ne sont plus reconnues comme modes de sépulture autorisés.

§2. L'humusation et la promession sont des modes de sépulture autorisés.

§3. Le choix du mode de sépulture est indiqué dans le formulaire « Dernières volontés ».

Art. 26. §1. Les matériels médicaux et les métaux lourds provenant des dépouilles sont systématiquement récoltés et recyclés durant le processus de transformation.

§2. Les fonds obtenus à l'issue du recyclage reviennent au Ministère de l'Environnement et visent à financer l'entretien des "Parc de repos".

Art. 27. §1. A l'issue du processus de transformation de la dépouille, le matériel composté est transmis partiellement ou totalement à un « Parc de repos ».

§2. S'il l'est partiellement, le matériel composté restant est transmis aux proches ou à des particuliers selon les volontés précisées dans le formulaire « Dernières volontés ».

Art. 28. §1. Les « Parcs de repos » sont des lieux de sépulture végétalisés, accessibles au public et gérés par les autorités communales compétentes qui s'engagent à assurer un entretien régulier, une végétalisation abondante ainsi que l'exposition d'œuvres artistiques diverses, sous peine de sanctions financières.

§2. Le matériel composté issu de l'humusation et donné aux « Parcs de repos » est utilisé comme terreau à la croissance de végétaux arborant lesdits parcs.

§3. Sont affichés obligatoirement à l'entrée des « Parcs de repos », les noms des défunt·e·s reposant en leur sein.

Art. 29. §1. Un seul renouvellement d'une durée de 10 ans par concession déjà existante est autorisé.

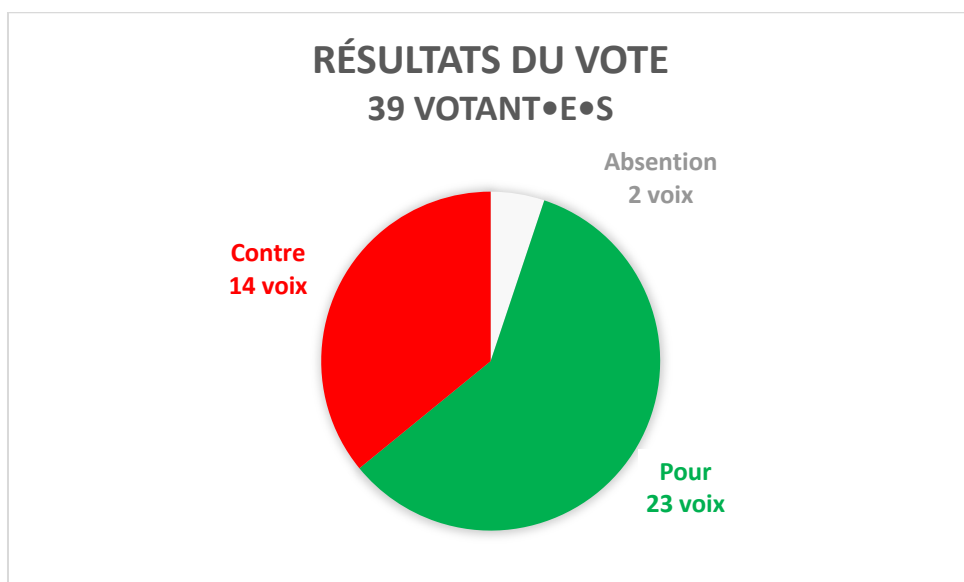
§2. Au terme de la concession, le corps est exhumé pour bénéficier d'un processus d'humusation. Les pierres tombales et autres monuments sont recyclés. Les fonds obtenus à l'issue du recyclage reviennent au Ministère de l'Environnement.

§3. Les parcelles devenant non occupées sont progressivement assainies. Lorsqu'un cimetière est entièrement désaffecté, les autorités communales compétentes y créent un « Parc de repos » ou un parc classique.

TITRE VI – ENTRÉE EN VIGUEUR

Art. 30. Le présent décret entrera en vigueur le 1er janvier 2023.

Résultat du vote



Le projet de décret est adopté.