



BULLETIN TRIMESTRIEL

DECEMBRE 1987 - N° 28

BELGIQUE-BELGIË  
P.P.  
BRUXELLES X  
10/211

ASBL BELGIQUE 30 Fr.

RUE DES PRÊTRES 15  
1000 BRUXELLES

TÉLÉPHONE N°  
02 / 538 86 62

BANQUE :  
210.0391178-29

# ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE

AVEC L'AIDE DU  
MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ  
FRANÇAISE DE BELGIQUE

## sommaire :

- ADMD: renouvellement des cotisations	2
composition du Conseil d'administration	2
- Le billet du Président (Y.K.)	3
- Fédération Mondiale des ADMD	4
Assemblées générales 1986 et 1988 (J.B.)	
- Un choix: mourir chez soi (Y.K.)	5
- Acharnement thérapeutique (un membre de l'ADMD)	6
- La qualité des soins...	7
Une garantie pour la qualité de vie des malades	
- 2ème et dernière partie - (Dr D. Razavi)	
- Colloque National de Bioéthique	11
Réplique de l'ADMD. Annexes IV, V et VI (Y.K.)	
- R.W.S.: nouvelles (G.P.)	16
- Bibliographie: Voluntary Euthanasia (J.B.)	16
- Témoignage: ... dans un home de vieillards (J.B.)	17
- Le moment est venu de renouveler la cotisation	18
- Aide - Ecoute - Réconfort	19

SECRETARIAT  
15, rue des Prêtres,  
1000 Bruxelles.

PERMANENCE  
téléphonique  
02/538.86.62.

ENTRETIENS  
sur  
RENDEZ-VOUS

BANQUE  
compte n°  
210-0391178-29

(Les articles signés n'engagent que leur auteur)

---

*Meilleurs Voeux*

*Beste Wensen*

*Frohe Festtage*

*Season's Greetings*

*Felices Fiestas*

---

## Cotisations

Le Conseil d'administration demande aux membres de l'ADMD de bien vouloir, dès à présent, payer leur cotisation pour 1988.

La cotisation, inchangée, de CINQ CENTS francs (minimum 300), est à transférer au compte n° 210-0391178-29 de l'ADMD à 1000 Bruxelles (voir le formulaire en annexe).

De plus amples informations sont fournies en page 18 de ce même bulletin.

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

Après l'Assemblée Générale de 1987, les mandats des membres du Conseil d'administration ont été confirmés comme suit:

Président: Dr Y. Kenis

Vice-Président: Dr D. Razavi

Secrétaire: Mme A.M. Staelens

Trésorier: M. I. Lebrun

Membres: Mmes M. Moreau, M. Moulin et G. Pulinx; Melles R. Burniat et A.M. Frédéric; MM. L. Favys, P. Herman, E. Klein et A. Merchie.

---

Editeur responsable: Y. KENIS, rue du Champ de Mars, 9 bte 2,  
1050 Bruxelles.

## LE BILLET DU PRESIDENT

Nos amis de l'ADMD française ont demandé à la SOFRES un sondage d'opinion sur l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie. Les résultats de cette enquête viennent d'être publiés. Ils montrent sans équivoque qu'une très forte majorité des Français demande que l'on reconnaisse au malade incurable "le droit d'être aidé à mourir". A la question: "en cas de maladie grave et incurable s'accompagnant d'une souffrance insurmontable, seriez-vous favorable à ce que soit reconnu au malade le droit d'être aidé à mourir à sa demande", 85% des personnes interrogées se disent favorables et 11% y sont opposés. Pour 27%, le droit d'être aidé à mourir devrait se limiter au refus de l'acharnement thérapeutique, alors qu'il devrait inclure également une aide active à mourir pour 63%. Dans cette dernière éventualité (euthanasie active), 46% des personnes interrogées estiment que c'est au médecin traitant, en priorité, de "mettre en oeuvre les moyens de cette mort volontaire". Pour 37% ce devrait être le malade lui-même et pour 7% seulement un de ses proches.

Les réponses à d'autres questions montrent qu'une très large majorité se prononce en faveur du respect de la volonté du malade exprimée au préalable par écrit (testament de vie, notre déclaration relative à la mort) et en faveur d'un changement du Code pénal ayant pour but de mettre fin à des risques de poursuites judiciaires contre les personnes qui ont aidé un malade à mourir.

Ces résultats sont les témoins d'une évolution très marquée de la société en faveur des positions défendues par notre association. Les réactions négatives sans nuance de représentants officiels des médecins (par exemple, le président de l'Ordre, en France, et le docteur Wynen, au nom de l'Association Médicale Mondiale) témoignent d'un divorce inquiétant entre l'opinion publique en général et le corps médical qui apparaît comme attaché à des positions conservatrices. On peut espérer que ce divorce est plus apparent que réel et qu'un grand nombre de médecins sont, en leur for intérieur, persuadés que leur premier devoir est d'aider leur malade.

Y.K.

## FEDERATION MONDIALE DES ADMD

6ème ASSEMBLEE GENERALE DE LA FEDERATION MONDIALE DES ADMD.

tenu à Bombay du 21 au 24-11-86

de "Hemlock Quarterly", avril 1987, Los Angeles.

Dix-sept sociétés membres étaient représentées. Elles ont discuté principalement de leur but commun : changer les lois pour permettre aux malades incurables, ou en phase terminale, de choisir une mort digne.

L'unanimité de la détermination de défendre ce qui est considéré comme l'un des droits fondamentaux de l'être humain est d'autant plus remarquable qu'elle est le fait de communautés aux moeurs et croyances diverses, de pays comme le Japon, l'Inde, l'Australie, la Suède, l'Espagne et les autres pays occidentaux.

En comptant les deux nouveaux membres : R.W.S. d'Anvers et le "Club dell'Euthanasia" de Rome, il y a actuellement 32 associations de 18 pays, comptant un total de plus de 500.000 membres.

Le délégué de "U.S. Society for the Right to Die" a confirmé qu'il y a maintenant 37 Etats sur les 51 que comptent les Etats-Unis qui ont une loi autorisant le refus de soins prolongeant la vie, ou précisant les circonstances dans lesquelles ce refus est admis.

Un espoir de progrès se fait jour au Royaume-Uni car une commission de la B.M.A. (Association Médicale Britannique) étudie le problème de l'euthanasie volontaire.

Le symposium s'est réparti en trois groupes : judiciaire, médical et éthique. Au premier, deux juges, de Bombay et de New Delhi, ont déploré la législation actuelle.

Le président du groupe médical a résumé le problème en disant : "si nous aidons à la naissance pourquoi ne pas aider à la mort" ?

Enfin, un psychiatre anglais a suggéré qu'un médecin courageux prenne le risque de créer un cas convaincant, ce qui pourrait prouver la nécessité de changer la loi. (douteux chez nous!)

J.B.

7ème ASSEMBLEE GENERALE MONDIALE

Elle aura lieu à San Francisco, Californie, U.S.A. (Cathedral Hill Hotel) les 7, 8, 9 et 10 avril 1988.

S° organisatrice : The Hemlock Society - P.O. Box 66218  
Los Angeles, CA 90066 - Tel : (213) 390-0470.

## Un choix: mourir chez soi

Notre association a décidé, en collaboration avec l'ADMD française, de publier une brochure pour aider l'entourage de ceux qui ont pris la décision de mourir chez eux de mort naturelle. Ce texte donne des conseils pratiques pour apporter au mourant le maximum de confort, tout en évitant l'hospitalisation. La création d'équipes de soins à domicile comprenant des infirmières, des psychologues, des aides familiales et des assistantes sociales, rend la chose possible, là où de telles équipes existent, et lorsque les familles disposent de moyens suffisants (les remboursements de la sécurité sociale ne couvrent qu'une faible partie des frais). L'ADMD veut ainsi manifester son souci constant de respecter les volontés de chacun dans la phase ultime de la vie et récuser l'accusation d'être une organisation qui milite seulement pour l'euthanasie.

La brochure sera envoyée gratuitement à tous nos membres. Le texte ci-dessous en reproduit la préface rédigée par notre président.

### PREFACE

Mourir chez soi est certes un droit qui paraît désirable à un grand nombre de nos contemporains. Les hôpitaux ont la réputation -parfois justifiée- d'être des institutions déshumanisées, trop gigantesques, excessivement techniques et, de ce fait, peu propres à créer l'atmosphère de chaleur humaine et de compassion, indispensable au mourant. C'est pourquoi l'ADMD belge est heureuse de mettre à la disposition de ses membres cette brochure réalisée grâce à l'excellente collaboration et à l'amitié qui existent entre les associations qui luttent pour le droit de mourir dans la dignité, en Allemagne, en Suisse, en France et en Belgique. Il me plaît de souligner ici que cette collaboration s'étend, dans d'autres domaines, à toutes les associations -une trentaine- regroupées dans la Fédération mondiale.

Nous avons tenu à indiquer, dans le titre de la brochure, que mourir chez soi est un choix, qui doit dépendre seulement du désir de chacun et des possibilités existantes, tant du côté de l'entourage que des équipes spécialisées -infirmières, médecins, kinésithérapeutes, etc.- capables d'assurer les soins à domicile. De telles équipes commencent à se constituer un peu partout et nous espérons qu'elles iront en se multipliant.

Il convient toutefois d'être bien conscient que l'accompagnement d'un mourant en dehors d'un hôpital est une tâche extrêmement lourde pour l'entourage. Il serait très souhaitable que des établissements puissent, même pour un temps limité, prendre le relais, afin de soulager la famille, et que le choix ne doive pas se présenter comme une alternative entre deux solutions opposées et incompatibles: la maison ou l'hôpital. L'expérience des centres de soins palliatifs, en Grande Bretagne et aux Etats-Unis, montre que cette collaboration entre l'institution de soins et l'entourage est possible. Les pouvoirs publics et les organismes de la Sécurité sociale devraient encourager la création de telles unités, ce qui rendrait réellement possible un choix basé avant tout sur les aspirations du malade.

Comme le Président Caillavet, j'aimerais terminer en rappelant que le véritable but de nos associations est de donner à chacun le droit d'être aidé pour mourir, au moment et de la façon qui correspondent le mieux à l'idée qu'on se fait, pour soi, d'une mort digne et humaine.

Docteur Y. Kenis  
Président de l'ADMD (Belgique)

## LE COURRIER

### ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE

#### QUELQUES REFLEXIONS

Il me semble que si l'acharnement thérapeutique est source de différents entre le monde médical et celui des patients, s'il provoque de la rancœur chez ce dernier, c'est dû à trois faits:

- 1) L'acharnement thérapeutique n'est pas compris de la même manière par les médecins et certains de leurs patients.
  - Pour les médecins, il faut soigner jusqu'au bout et reculer la mort tant qu'il y a le plus petit espoir d'efficacité à un traitement. Pour eux, l'acharnement thérapeutique commence là où l'on soigne sans aucun espoir de résultat, et ils sont portés à espérer contre toute espérance et à tenter de faire partager cette optique à leurs patients.

...

- Pour certains patients, cet acharnement commence là où il y a des chances minimales de guérison, et où le résultat attendu aboutirait seulement à des souffrances prolongées ou à un état d'infirmité jugé pire que la mort.

2) L'acharnement thérapeutique n'est pas du tout ressenti de la même manière par médecins et patients.

Les premiers savent le côté douloureux et épuisant de certains traitements, mais les patients eux, le sentent et le redoutent. C'est tout différent. Les souffrances infligées par les médecins sont bien plus lourdes que celles qui résultent de la maladie elle-même, quand l'espoir de guérir est minime.

3) La troisième différence est capitale: le secret tenu par le médecin sur certains éléments du dossier qui rendent le résultat très aléatoire. On en arrive à tromper le patient qui doit accepter ou refuser le traitement. Sa déception sera proportionnée à l'espoir de guérison qu'on avait éveillé en lui. Après son décès, généralement les médecins avouent la vérité aux proches, pour expliquer leur échec. D'où on entend dire: "les patients sont des jouets manipulés par les médecins". Exemple: dans un cas de cancer, on a dit au patient que dans cette forme de mal il y a 50% de guérisons, et c'est vrai. Mais on a caché le fait qu'un prélèvement avait prouvé une métastase et que les 50% étaient peut-être réduits à 1%.

#### REMEDES PROPOSES

Le testament de vie mais aussi: a) une franche conversation qui permette au patient de préciser à son médecin les limites qu'il entend mettre à l'acharnement thérapeutique et de lui signifier sa volonté de connaître toute la vérité; b) une formation psychologique adéquate aux médecins: quand et comment dire la vérité au malade incurable.

Un membre de l'ADMD.

## La qualité des soins...

## Une garantie pour la qualité de vie des malades

(suite; 1ère partie  
voir bull. n°27)

Dr D. Razavi

Vice-Président de l'ADMD.

#### NOUVELLES SURVIES

Les raisons de la nécessité d'une information complétée par une éducation et préparation est en outre liée à ce que j'appellerai les nouvelles survies. Celles-ci sont caractérisées par des situations complexes dans lesquelles de nombreuses nouvelles technologies tant pour les soins curatifs que pour les soins palliatifs sont utilisées.

Ces nouvelles survies sont également caractérisées par une grande fréquence d'handicaps liés aux séquelles de la maladie et des traitements. Ces survies sont aussi, bien souvent, associées à des réhabilitations possibles mais longues. Un autre fait justifie aussi de créer le concept des nouvelles survies : l'association fréquente à un âge avancé de plusieurs affections médicales.

On comprendra qu'informer, éduquer, préparer sont indispensables pour les malades confrontés aux nouvelles techniques de traitement et à des survies prolongées. Ceci offrirait à l'être humain un droit pour sa conscience et la maîtrise de son environnement et de sa vie. C'est peut être là une des dimensions les plus importantes de la qualité de la vie.

Ces nouvelles survies ont des implications médicales, et sociales nouvelles pour certains malades et leurs entourages. C'est ce concept qui détermine aujourd'hui l'insuffisance d'une information simple et qui nécessite des stratégies plus complexes d'éducation et d'information.

Autres conséquences des nouvelles survies pour les malades :

- un nouvel environnement ;
- une nouvelle perception d'eux-mêmes, de leur corps ;
- une perception plus développée de certaines dimensions ;
- des nouveaux handicaps auxquels ils devront s'adapter.

#### Contrôler sa mort !

Pour ne citer qu'un exemple des implications des nouvelles survies, qui nous intéresse spécialement ici : le développement de perceptions nouvelles liées au souhait d'une mort qui puisse être contrôlée comme l'a été leur survie. Il y a en effet d'autres morts à imaginer et cela personne ne pourra l'empêcher, pour d'autres types de survie. A survie nouvelle choisie en conscience et contrôlée s'associe également une nouvelle perception de la mort choisie, elle aussi en conscience et contrôlée s'il le faut.

#### PREPARATION ET FORMATION DU PERSONNEL

---

Ce qui précède fait mieux comprendre la relation qu'il y a actuellement entre qualité des soins et qualité de vie et particulièrement, ici, l'importance de l'information, l'éducation et la préparation du malade qui viennent compléter les soins traditionnels.

Tout ce qui précède montre et fait comprendre l'importance d'une formation du personnel soignant à ce nouveau rôle. Ceci constituera la deuxième partie de mon propos.

La préparation et la formation du personnel soignant à ce nouveau rôle est un problème et un programme en soi. Il y a une formation nécessaire pour comprendre les aspects psychologiques de ceux qui se trouvent confrontés à des affections de mauvais pronostic. Il y a aussi une formation particulière à l'évaluation des besoins et une particulière aux stratégies pour y répondre. Les soignants doivent être formés aux nouvelles dimensions éthiques, pas celles d'une éthique totalitaire, mais celles d'une éthique individuelle contractuelle et à discuter entre le soignant formé et le malade informé pour permettre de relever le défi de la prolongation de la survie et du maintien d'une qualité de vie.

### Rôle du C.A.M.

La formation orientée vers le soignant est l'option choisie depuis 1981 par le C.A.M. Il s'agit d'une première génération de formation qui permet dès aujourd'hui, au personnel soignant de se former à la réalité des diversités individuelles en lieu et place d'une perception déformée par le malaise ou les croyances qui peuvent paralyser et qui peuvent mener le soignant à être à côté du malade et à ne pas l'entendre.

Les malades et leurs familles ne veulent pas être aliénés, ils veulent être entendus, et avoir des réponses à leurs interrogations.

L'idéal pour le soignant n'est pas seulement de recevoir une formation humaine, mais de recevoir aussi une formation technique et médico-psychologique aux problèmes posés par les nouvelles survies et aux interventions possibles d'assistance et de soins de soutien.

### Protocoles de soins

Le changement peut être illustré par des protocoles de soins à l'usage des hôpitaux et des traitements à domicile, publiés dans un ouvrage récent de deux infirmières nord-américaines (1). Les protocoles proposés sont une anticipation des problèmes posés par les malades s'associant à une évaluation de leurs besoins et à une information et une éducation favorisant autonomie et respect des droits ; le tout orienté tant vers le malade que vers sa famille.

Voici la traduction de l'un des protocoles pour en donner la tonalité :

La situation imaginée concerne un malade présentant déjà une affection chronique et ayant une difficulté d'adaptation réactionnelle au développement d'une affection cancéreuse.

Les interventions proposées sont :

- évaluer les symptômes de la difficulté d'adaptation ;
- évaluer la qualité et les personnes impliquées dans le soutien du malade ;
- favoriser le soutien du malade par ces personnes
- encourager l'expression des sentiments et besoins en détachant un membre du personnel soignant pour assurer les soins ;

- faire l'effort de communiquer clairement les interventions proposées et leurs effets et si nécessaire répéter ce processus autant de fois qu'il le faudra ;
- respecter les droits du malade de refuser les traitements ; etc...

#### L'avenir ?

Le risque est grand qu'en cette période d'austérité des règles soient édictées, la nécessité de changements reconnue mais que la bureaucratization, la rigidité des institutions, placent les travailleurs de la santé dans une position où ils perçoivent la nécessité de changer sans pouvoir le faire.

Il y a à cela plusieurs corollaires si l'on veut atteindre une nouvelle qualité de vie et une nouvelle qualité des soins d'un point de vue de neuropsychiatre :

1. former et multiplier le personnel soignant,
2. multiplier les expériences nouvelles d'informations, d'éducation de soutien des malades.

Sauf modifications dans les prochaines années il est à craindre que la proclamation de droits tels que celui à l'information, ou celui à une mort digne, ne réussisse pas, à elle seule, à améliorer pratiquement et significativement les comportements.

#### CONCLUSION

1. l'information telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui est insuffisante et éclaire très peu le futur incertain du malade. Cette vision troublée du futur n'agit certainement pas dans le sens d'une augmentation de la liberté individuelle.
2. le droit de mourir dans la dignité, un exemple de ce que peut exprimer le malade, risque de ne pas être compris si les soignants ne sont pas sensibilisés à ces nouvelles dimensions de leur profession, en particulier à la confrontation, à la demande la plus personnelle et la plus intime, celle du comment et du quand on souhaite de finir sa vie ; après avoir été aidé à vivre et à survivre.
3. des malades participant de façon éclairée au processus de décision qui les concernent, associés à des soignants conscients de la médecine qu'ils pratiquent et des nouvelles dimensions de celle-ci, et guidant et éclairant leur malade, sont les garants d'une médecine de bonne qualité.

Ces propositions impliquent une préparation parallèle des soignants et des malades et une indispensable recherche pour vitaliser ce processus.

D. R.

---

(1) Ahana DN, Kunishi MM :  
(1986) Cancer care protocols for hospital and home care use (second edition) ; Springer Publishing Co, New York.

**Réplique de l'ADMD** (1ère partie: voir bull. n°27)

Docteur Y. KENIS

*ANNEXE 1 v* **Le testament de vie**

L'Etat de Californie, par une loi intitulée "Natural Death Act", a été le premier, en 1976, à donner une valeur légale et contraignante au "testament de vie" (living will). Cette loi prescrit qu'une personne adulte a le droit d'établir une directive prescrivant aux médecins que soit évité ou supprimé, en cas d'affection fatale, le recours à tout procédé qui aurait pour seul résultat de retarder artificiellement le moment du décès. Depuis lors, plus de trente états américains ont adopté des lois similaires, souvent accompagnées de dispositions permettant de désigner un mandataire habilité à prendre toute décision en cette matière, en cas d'incapacité du mandant (1-2). Les associations pour le droit de mourir dans la dignité proposent à leurs membres des modèles de textes qui se rapprochent plus ou moins de la déclaration californienne. En Belgique, l'ADMD propose à ses membres le modèle suivant, qui est reproduit sur la carte de membre :

Dernières volontés relatives à ma mort

S'il m'arrivait d'être dans un état de déchéance physique ou intellectuelle irréversible et dans l'impossibilité d'exprimer ma volonté, alors qu'il n'y aurait plus aucun espoir de me guérir, je demande instamment :

- 1° de ne pas être maintenu(e) en vie artificiellement;
- 2° que l'on m'administre des médicaments aux doses utiles pour apaiser mes souffrances, même si cela doit hâter ma mort;
- 3° que l'on n'hésite pas à pratiquer sur moi l'euthanasie active;

4° (mentionnez ici d'autres volontés s'il y a lieu)

Ce testament a été rédigé en toute liberté et en pleine possession de mes facultés. J'espère que les médecins ainsi que mes proches se sentiront tenus de le respecter.

Une étude, parue en 1982, a été réalisée chez des patients qui avaient eu une première intubation (mise au respirateur) pour une complication cardio-respiratoire et qui devaient en subir une seconde pour une nouvelle attaque (3). Quarante-deux pour cent des médecins préférèrent l'abstention. Dans la quasi totalité des cas, l'avis du malade n'avait été demandé ni avant ni après la première intubation. Les patients qui ont été interrogés, après l'intubation, auraient, dans leur majorité, préféré ne pas avoir été traités. Les auteurs attirent l'attention sur cette discordance entre la décision du médecin et l'avis du malade, et sur le manque de concertation (4). Ils proposent comme remède à cette situation qu'ils déplorent, la rédaction par le patient d'une déclaration préalable ("advanced directive" ou "living will") et, chaque fois que la chose est possible, la discussion approfondie de ces questions entre le médecin et le patient.

- 
1. P. RENTCHNICK, "Evolution du concept "euthanasie" en cours des cinquante dernières années", Médecine et Hygiène, 42, 1984, pp. 1-34.
  2. F. ROUSE, "State-by-state summary of living will legislation and case law", in The Physician and the hopelessly ill Patient. Legal, medical and ethical Guidelines, New York, Society of the Right to Die, 1985, pp. 53-80.
  3. R.A. PEARLMAN, T.S. INUI, W.B. CARTER, "Variability in physician bioethical decision-making. A case study of euthanasia", Annals of internal Medicine, 97, 1982, pp. 420-425.
  4. La même constatation est faite par S.E. BEDELL et T.L. DELBANCO, "Choices about cardiopulmonary resuscitation in the hospital. When do the physician talk to patients ?", New England Journal of Medicine, 310, 1984, pp. 1089-1093.

## ANNEXE V Pratique de l'euthanasie

Nous disposons de quelques données chiffrées sur la pratique de l'euthanasie. Une enquête non encore publiée, réalisée pour le Centre d'Aide aux mourants (Bruxelles), sous la direction de D. Razavi et N. Delvaux, auprès de 100 médecins généralistes de la région bruxelloise, montre que 84% sont favorables à l'euthanasie passive (8 ont une attitude défavorable). En ce qui concerne l'euthanasie active, la proportion est respectivement de 34% pour et 54% contre. A la question "avez-vous pratiqué l'euthanasie active au cours des deux dernières années ?", 45% répondent "jamais", 7% "une fois", 12% "plusieurs fois" et 35% ne répondent pas.

Une enquête assez semblable a été réalisée en 1982 en France par SOFRES Medical, à la demande de l'ADMD et du journal Le Généraliste. Sur 200 médecins interrogés, 100 généralistes et 100 spécialistes, 82% sont prêts à respecter la volonté des patients, exprimée dans un "testament biologique", sur le refus de l'acharnement thérapeutique; 90% sur la demande de calmants, même si cela doit avancer le moment de la mort. Par contre, 63% ne sont pas prêts à recourir à l'euthanasie active en cas de souffrances intolérables, de maladie irréversible (26% y sont prêts). Dans le cadre d'une nouvelle législation qui dégagerait explicitement le médecin de toute responsabilité pénale ou déontologique, le pourcentage de médecins qui seraient prêts à répondre positivement à une demande d'euthanasie active n'augmenterait que faiblement : 28% au total, 32% pour les généralistes. Un tiers de réponses positives est cependant loin d'être négligeable et doit être rapproché des chiffres de l'enquête belge où nous apprenons qu'un généraliste sur cinq a pratiqué l'euthanasie active au moins une fois au cours des deux dernières années et qu'un sur trois refuse de répondre. Ceci montre que l'euthanasie est loin d'être un problème sans importance pratique réelle. Tenant compte

de ces résultats et du nombre de médecins, on peut estimer que plusieurs milliers d'actes d'euthanasie sont pratiqués chaque année en Belgique, ce qui n'est pas si éloigné des chiffres calculés pour la Hollande : 6000 à 10 000 cas par (1).

De ces constatations statistiques, il faut rapprocher les témoignages de médecins qui, de plus en plus nombreux, reconnaissent aujourd'hui que leur conscience les a parfois obligés à pratiquer l'euthanasie active.

" Mais les médecins dans leur grande majorité, tout en reconnaissant faire de la survie de leur malade leur préoccupation prioritaire, admettent qu'il leur arrive, dans la pratique quotidienne, d'avoir recours de façon plus ou moins directe à l'euthanasie (2)."

" Je n'ai ni le goût du scandale ni le mépris des lois, et n'aime point braver les dieux, mais à l'humiliante et inutile souffrance, qui accompagne souvent la mort, je préfère le "grand sommeil" que tout médecin peut donner à bon escient en accord avec sa conscience (3)."

- 
1. M. VOS, "Toetsing by euthanasie", Medisch Contact, 35, 1985, pp. 1059-1063.
  2. C. BROUSSOULOUX, De l'acharnement thérapeutique à l'euthanasie, Paris, Robert Laffont, 1983, p. 101.
  3. J. THUILLIER, La médecine et la mort, Paris, Calmann-Lévy, 1979, p. 241. Voir aussi les témoignages dans les ouvrages suivants :  
P.V. ADMIRAAL, "Active voluntary euthanasia", in Voluntary Euthanasia. Experts Debate the Right to Die, A.B. DOWNING, B. SMOKER, ed., London, Peter Owen, 1986, pp. 184-192.  
ANONYME, "Une histoire d'amour", Autrement, 87, 1987, pp. 84-86.  
I. BARRERE et E. LALOU, Le dossier confidentiel de l'euthanasie, Paris, Editions Stock, 1962.

## ANNEXE VI Le risque d'abus

Une objection fréquente aux propositions de dépénalisation de l'euthanasie est le risque d'abus, de "glissement", et la banalisation de l'acte homicide, si celui-ci était légalisé, même à des conditions précises et très rigoureuses. On évoque souvent le spectre des crimes nazis et on a affirmé que la loi sur les stérilisations et les décrets sur l'extermination des malades mentaux et des enfants malformés avaient été le point de départ du génocide. En réalité, la logique des crimes racistes se trouvait inscrite dans les théories national-socialistes, bien avant les décrets "euthanasiques", et la mise en veilleuse de ceux-ci sous la pression de l'opinion allemande n'a pas empêché la mise en route ultérieure de l'holocauste. On ne peut donc pas dire que l'un découle de l'autre. D'autre part, des états américains ont édicté, entre 1900 et 1930, des lois eugéniques rendant la stérilisation obligatoire pour certains délinquants (1). Loin de voir ces lois s'étendre à des catégories de plus en plus grandes de citoyens, on constate au contraire qu'elles sont pratiquement tombées en désuétude. Le contrôle démocratique a parfaitement joué et le glissement ne s'est pas produit. On aurait pu dire aussi que la loi sur le divorce allait aboutir à une interdiction du mariage, que l'indemnisation du chômage allait inciter tout le monde à cesser de travailler...

---

1. G. TERRENOIRE, "Conseil génétique et eugénisme : le passé du conseil génétique aux Etats-Unis" dans Ethique et biologie, Cahiers S.T.S., Paris, Editions du C.N.R.S., 1986, pp. 171-184.

M.A. D'ADLER, "Les risques du métier", Autrement, 87, 1987, pp. 87-92.

G.B. MAIR, Confession d'un chirurgien, Paris, Presses de la Cité, 1975.

E. RAIMBAULT, La délivrance, Paris, Mercure de France, 1976.

L. SCHWARTZENBERG, Requiem pour la vie, Paris, Le Livre de Poche, 1986.

## R.W.S.

"Recht op Waardig Sterven", association néerlandophone de Belgique ;  
Constitutiestraat, 33, 2008 Antwerpen.

Kwartaalblad Nr 15, juin 1987.

- Les activités de l'année écoulée sont résumées dans le compte rendu - illustré - de l'Assemblée Générale du 7 mars dernier.

Rappelons qu'une motion relative à la proposition de loi de E. Klein a été adoptée au cours de cette assemblée (voir notre dernier bulletin, n° 26, pp. 15-16).

- R.W.S. a été nommé membre de la Fédération Mondiale des ADMD lors du Congrès de Bombay, en novembre dernier.

### SEVI

Le R.W.S. a participé à une table ronde consacrée à l'euthanasie, dans le cadre du SEVI (Centre d'étude et de documentation de l'Institut Emile Vandervelde).

Objectif : préparer pour le Socialistische Party (S.P.) les éléments d'un projet de loi qui supprimerait l'acharnement thérapeutique sans espoir et autoriserait l'euthanasie volontaire, le malade étant libre de disposer de soi.

G.P.

## BIBLIOGRAPHIE

"VOLUNTARY EUTHANASIA : Experts debate the Right to Die." ;

de A.B. DOWNING and Barbara SMOKER

Publié par PETER OWEN Ltd. £ 14.95 (env. 900 frs).

(de V.E.S. Newsletter n° 27, mai 1986, Londres).

Edition mise à jour du livre d'EXIT (maintenant V.E.S. Londres) publié en 1969, dont on a fait six réimpressions et qui a été l'objet de sérieuses controverses.

Cette publication fête aussi les 50 ans de V.E.S.

Il y a de nombreux chapitres dont : celui écrit par le Dr Ch. Barnard, un historique de V.E.S., un projet de loi, un chapitre sur la situation légale, etc.

L'euthanasie y est discutée par des penseurs éminents, favorables ou non à l'adoption de mesures en la matière.

L'ouvrage est disponible dans les bibliothèques publiques, ce qui - en soi - est un progrès important.

J.B.

## TEMOIGNAGES

AUSTRALIE

### L'expérience d'une infirmière dans un home de vieillards

du bulletin de South Australia V.E.S., n° 4, novembre 85 (SAVES).

Sue HARPER, membre du SAVES, est administrateur du home de Tara. Lors d'une réunion de l'association, le 17-9-85 elle a fait part de son expérience des institutions gériatriques où elle a travaillé.

Quand elle a repris le travail après une interruption de quelques années, elle fut horrifiée par les supplications de trois patients, la même matinée : tous lui demandaient de les aider à mourir. Bouleversée, elle fut conseillée par l'infirmière responsable : "Ne vous en faites pas, les malades demandent cela tout le temps. Ne soyez pas concernée ; prenez votre traitement et partez".

Sue Harper a voulu savoir s'il en allait de même dans d'autres institutions et se fit engager dans un autre home, dans la section de phase terminale. Elle y a travaillé pendant 12 ans.

Elle déclare : en général on n'est pas conscient que des gens "existent" dans l'état où ils sont réellement. C'est une expérience traumatisante et macabre de les découvrir. La sénilité mentale et physique, l'incontinence, tout requiert des soins, des soins quasi constants. Beaucoup ne réagissent plus, ne parlent plus, et ceux qui parlent encore demandent à mourir. D'autres ne savent plus qu'ils existent.

Des visiteurs confessent qu'ils ne peuvent pas reconnaître leur mère ou leur père dans ces épaves humaines, et souvent la famille ne vient plus en visite car la vue est insoutenable.

L'horreur de la situation est le fait que grâce aux soins, ces patients atteignent un stade de stabilisation, et beaucoup subsistent trois ans ou plus dans cet état.

Nous, infirmières, voudrions pouvoir donner une réponse à ceux qui demandent de mettre fin à leur vie, ou "d'apporter leur cercueil, de les y mettre, et de poser le couvercle. La fin viendra vite". Depuis 12 ans j'esquive ces prières, mais à moins de changements n'oublions pas que, bientôt, nous pourrions être dans ces mêmes lits, implorant la même chose.

Ceux qui estiment que la question de vie ou de mort est de l'unique ressort du médecin oublient que ce n'est pas lui qui entend généralement le patient demander à mourir. Même s'il souhaite mettre fin à l'agonie il sait que c'est illégal. Quant aux parlementaires, ils s'accrochent à leur siège.

Je crois que la solution est de rendre le public plus conscient de l'existence des pensionnaires dont j'ai parlé, et de leur état. Quand on saura que, sans cet état, ces gens souhaitent vraiment mourir, on acceptera le fait que le droit de mourir est un droit fondamental. La mission des membres de SAVES est de parler de ce droit et de lutter pour la dépénalisation de l'euthanasie.

J.B.

LE MOMENT EST VENU DE RENOUELER LA COTISATION

Chère Madame, cher Monsieur,

A l'heure où nous mettons sous presse nous ignorons encore si l'aide de la Communauté française de Belgique sera renouvelée pour 1988. Si ce n'était pas le cas, le maintien des activités de l'association à leur niveau actuel dépendrait uniquement des cotisations et des dons de ses membres, c'est-à-dire de vous.

Quelle que soit la décision finale, nous espérons pouvoir compter sur votre générosité et sur votre diligence.

Nous vous prions de croire, chère Madame, cher Monsieur,  
à l'assurance de nos sentiments dévoués.

Le Conseil d'administration

Nous vous demandons de bien vouloir payer sans tarder votre cotisation pour 1988 à l'aide du formulaire de virement en annexe et de l'envoyer dès que possible à votre organisme bancaire.

Nous vous en remercions dès à présent.

Comme les années précédentes, le montant de cette cotisation est de: 500 frs (minimum 300), à verser au compte n° 210-0391178-29.

- Cotisation familiale: 700 frs (tous les documents sont envoyés en double sauf le bulletin trimestriel).
- Membres résidant à l'étranger: 700 frs.
- Membres protecteurs: 2000 frs au minimum.

Il est demandé à chacun de bien vouloir observer les prescriptions suivantes:

- surtout, ne pas utiliser de chèque pour payer la cotisation (l'adresse du tireur n'y figure pas), ne pas envoyer ou remettre de numéraire au local;
- veuillez envoyer directement l'ordre de virement à votre banque ou C.C.P. et non au secrétariat ou au trésorier;
- seuls les noms figurant sur le virement seront retenus pour établir notre fichier (voir l'explication au bulletin 23, p. 2)

I. LEBRUN  
Trésorier

Rappel: chaque membre peut être nommé "membre effectif" s'il le souhaite, en fonction des services rendus à la cause de l'ADMD. La liste des membres effectifs doit être déposée tous les ans au Greffe du Tribunal de Première Instance. Ils ont droit de vote aux Assemblées Générales.

## Aide - Ecoute - Réconfort

### S.O.S. Solitude

Bruxelles 1000, 24, rue du Boulet. Tél. 02/513.45.44.

Genvai 1320, 227, avenue Albert Ier. Tél. 02/653.86.75 et 653.47.83.

### Les Portes Ouvertes

Bruxelles 1000, 21-23, rue de Nancy. Tél. 02/511.11.48.

Ecoute Cancer Service d'accueil téléphonique : 02/230.69.00 et  
Bruxelles 1040, 21, rue des Deux-Eglises. 230.52.53.

### Centre de Prévention du Suicide

Bruxelles 1050. Tél. 02/640.65.65. Rendez-vous : Tél. 02/640.51.56.

### Tele-Accueil

Bruxelles. Tél. 02/538.28.00. "Jour et nuit un ami vous écoute"

Brabant wallon. Tél. 010/22.88.77.

Charleroi. Tél. 071/31.01.83. Liège. Tél. 041/42.77.70.

Mons. Tél. 065/33.20.20. Arlon. Tél. 063/21.69.69.

### Tele-Espoir

Libramont. Tél. 061/50.02.94.

### Bien Vivre-Bien Mourir - Service d'Aide aux Grands Malades.

Liège. Tél. 041/23.39.40. - Urgences : 52.62.46 ou 52.31.64.

Permanence à l'Echevinat des Services Sociaux de la Ville de  
Liège, 7, avenue Maurice Destenay, 4000 Liège.

### Centrale de Services à Domicile (C.S.D.) Jour et nuit

Bruxelles 1060, 62a, rue de Bordeaux. Tél. 02/537.98.66.

### Centre d'Aide aux Mourants (C.A.M.)

Bruxelles 1000, 15, rue des Prêtres. Tél. 02/538.03.27.

Aide psychologique aux proches et familles des mourants.

### Continuing care

Bruxelles 1040, 21, rue des Deux-Eglises. Tél. 02/230.86.39 les  
jours ouvrables de 9 à 12 et de 13 à 17 heures.

Soins à domicile par infirmières spécialisées dans le traitement  
de la douleur (malades cancéreux) en accord avec le médecin  
traitant.

### Centres Publics d'Aide Sociale - C.P.A.S.

Voir aux diverses Communes.

