



BULLETIN TRIMESTRIEL

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

MARS 1989 - N°33

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 DIGNITÉ

---

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

## sommaire :

- Calendrier : 2 réunions ADMD le 29 avril	2
- Rappel des cotisations pour 1989	"
- le billet du Président	3
- ce que les mots veulent dire ... (ADMD, RWS)	"
- le Courrier	4
- Réanimation dans l'Etat de New-York (J.B.)	"
- Dossier "Soins Palliatifs" II : "Le Service d'aide aux grands malades de Liège" (Dr. Ch. Minet)	5
- la presse et l'opinion publique (Y.K. et L.F.)	12
- L'euthanasie jugée par des croyants (P.H.)	13
- Réunion des membres le 29 avril - A NOTER - -conférence du docteur Y. Kenis -discussion des activités de l'ADMD	15
- pour ou contre la brochure d'auto-délivrance (J.B.)	16
- deux cas récents ...! (G.P.)	18
- Aide - Ecoute - Réconfort	19

---

En annexe : bon de commande de la nouvelle Revue de Presse  
1984-1987, et d'autres documents.

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).

## Calendrier

Les membres de l'ADMD sont conviés à participer à la REUNION qui se tiendra SAMEDI 29 AVRIL 1989 à 14 H 30 à la salle Félicien Cattier à la FONDATION UNIVERSITAIRE, 11, rue d'Egmont, 1050 Bruxelles (près de la porte de Namur) tel. 511.81.00

conférencier, le Docteur Y. KENIS

"Le droit de mourir dans la dignité,  
la bioéthique, la morale et la pitié"

La conférence sera suivie d'une libre discussion des sujets exposés et des activités de l'ADMD.

ASSEMBLEE GENERALE ANNUELLE DE L'ADMD Belgique (A.S.B.L.)

L'Assemblée générale statutaire aura lieu le même jour, à 10 h 30, dans la même salle. Tous les membres sont invités à cette réunion ; seuls les membres effectifs y ont droit de vote.

Sont nommés "effectifs" les membres qui apportent une aide particulièrement efficace à l'association. Les membres désireux de le devenir voudront bien écrire au Dr Y. Kenis, président de l'ADMD, 15, rue des Prêtres, 1000 Bruxelles.

## Cotisation

## L'avez-vous renouvelée ?

Si vous n'avez pas encore payé votre cotisation 89 veuillez bien transférer sans tarder la somme de 500 frs (300 minimum) au compte au compte n° 210-0391178-29 de ADMD, 1000 Bruxelles, avec la mention " renouvellement cotisation de Mme, Melle ou M. ....

(de plus amples détails sont fournis p. 18 du Bull. 32 (déc. 88))

## LE BILLET DU PRESIDENT

La publication d'une série d'articles sur les soins palliatifs, commencée dans le numéro précédent du Bulletin et qui s'achèvera dans le prochain, montre l'importance que nous attachons aux soins palliatifs en phase terminale. Il serait en effet dommage que notre association apparaisse exclusivement comme un organisme militant en faveur de l'euthanasie volontaire. N'oublions pas que celle-ci, même si elle était légalement autorisée, ne concernerait jamais qu'une petite minorité des décès (on parle, aux Pays-Bas, de cinq à six mille cas d'euthanasie active pour plus de 120.000 décès par an), alors que les soins palliatifs devraient pouvoir être proposés à tous les mourants et seraient certainement acceptés par la très grande majorité de ceux-ci.

On a souvent voulu opposer soins palliatifs et euthanasie. C'est la position défendue par Cicely Saunders, fondatrice du mouvement Hospices en Angleterre, et par la plupart des partisans de ce mouvement en Grande-Bretagne et en France et, d'une façon moins unanime, aux Etats-Unis. Selon eux, les soins palliatifs font disparaître la demande d'euthanasie qui devient littéralement sans objet. Certains font part de leur expérience dans ce domaine et affirment que les malades qui bénéficient de ces soins ne demandent pas que l'on hâte leur fin. C'est certainement vrai pour la majorité, mais je suis persuadé que pour quelques-uns le climat psychologique entretenu dans ce genre d'institutions peut refouler une demande qui serait considérée comme déplacée, incongrue, choquante et comme une preuve d'ingratitude. Dans un travail sur des centres de soins palliatifs au Québec, le docteur Marc Jamouille relate le fait suivant. A sa question "Est-ce qu'on peut aborder le problème de l'euthanasie ?" l'infirmière interrogée répond : "Ici, on ne l'aborde pas. On ne l'aborde pas en ce sens que ... non ! peut-être passive, mais pas active. Ça nous a été demandé souvent" : "Donnez-moi quelque chose qui va me faire passer vite", mais il n'en est pas question. "Ça, c'est un élément qui est complètement en dehors de notre pratique." Cette réponse, dans sa naïveté, montre qu'il faut prendre avec réserves les affirmations trop absolues de certains. De toute façon, les associations comme la nôtre sont tout à fait favorables à la généralisation des soins palliatifs, mais elles entendent que l'on respecte avant tout la volonté de l'individu.

Y. K.

ce que les mots veulent dire ...

EU	-	THANASIE		VOLONTAIRE
BONNE		MORT	LIBREMENT	CHOISIE

## LE COURRIER

Une dame membre de notre association nous a aimablement envoyé la traduction d'une intéressante causerie faite en danois, en mars 1988, par le professeur Lillian Zollner et parue dans le bulletin N° 42 (sept. 88) de l'ADMD danoise. Le thème est celui de la réanimation comprise comme "retrait de sa mort" à un être humain.

Il s'agit du cas réel du père de l'auteur qui ayant eu un arrêt cardiaque a subi un grave dommage au cerveau à la suite de sa réanimation par électrochocs. Dès lors cet homme âgé fut hors d'état de parler, ne savait plus ce qu'il était ni où il était. Il a été maintenu "en vie" pendant environ un an, au lit, à l'hôpital, transporté d'un endroit à l'autre ; alimenté, changé et traité, notamment à la pénicilline. L'auteur constate qu'il est légal pour les médecins de "retirer sa mort" à quelqu'un mais illégal de la "lui restituer" par euthanasie active. Il demande que l'on prenne en considération le cas de nombreuses personnes âgées qui veulent pouvoir décider du moment de mourir, sans angoisse, maladie ou douleur. Il souligne que celles qui refusent d'être réanimées n'ont ni le droit ni la possibilité de "rester mortes" ; porter sur elles une attestation écrite de leur volonté ne sert même à rien car elle ne sera pas respectée.

En finale L. Zollner souhaite un débat qui ne soit pas dirigé seulement par des médecins ou des représentants du Pouvoir il faut que la voix des vieux - et celle des jeunes - soient largement entendues.

(P. H.)

### **"NE REANIMEZ PAS" (DNR)**

Le Département de la Santé de New York a distribué une information écrite sous forme de questions et réponses avec comme titre : "Ne réanimez pas (Do not resuscitate, ou DNR) : un guide pour patients et leur famille, à tous les hôpitaux et cliniques de l'Etat, en ordonnant qu'un exemplaire soit donné à chaque patient lors de son admission, à partir du 1er avril. Un testament de vie dûment contresigné par un témoin est cité comme moyen de donner son consentement ou son refus à la réanimation.

J. B.

(de "Society for the Right to Die" - N.Y. - été 1988).

## DOSSIER - SOINS PALLIATIFS

## II.

### HOSPITALISATION - SOINS A DOMICILE

La première partie du dossier consacré aux "Soins palliatifs", parue dans notre dernier bulletin (N° 32 de décembre 1988) comportait 2 articles. L'un relatif à l'"Unité de Soins continus" du Centre des tumeurs des Cliniques Universitaires Saint-Luc, du professeur Ch. DEKERS, l'autre sur "Continuing Care", de Madame Ch. COUVREUR, présidente de cet organisme en Belgique. Une troisième expérience réalisée en Belgique est décrite ici par le Docteur Charles MINET, Sénateur, ancien président de l'A.D.M.D.

\*  
\*       \*  
\*

Ch. Minet

#### LE SERVICE D'AIDE AUX GRANDS MALADES

A LIEGE

---

Le 29 novembre 1983 naissait notre association d'aide aux grands malades.

Cinq années ont passé.

Où en sommes-nous ?

Nous poursuivions, vous vous en souviendrez, un double objectif. D'abord au point de vue du malade à l'hôpital. Nous étions frappés par le constat suivant : demeuraient hospitalisés des malades au sujet desquels, malgré l'importance et la sophistication des moyens de diagnostic et de traitement mis en oeuvre, on ne pouvait plus espérer, ni la guérison, ni l'amélioration significative de leur état.

Et parfois s'exerçait à leur égard, ce qu'on a appelé l'"acharnement thérapeutique", mais, plus justement, l'"obstination" des techniques médicales et qui trouve à l'hôpital le lieu principal de son application.

La prise de conscience de ce phénomène regrettable s'est répandue largement dans toutes les couches de la population, d'une part, mais

.../...

tout autant dans les milieux médicaux et paramédicaux. Et nous pouvons, nous semble-t-il, en constater, aujourd'hui, en de nombreuses institutions hospitalières, les heureuses conséquences : la raréfaction de cette contestable pratique.

La réduction du nombre de lits d'hôpitaux y a peut être aidé.

Par nos publications, nos conférences, nos contacts, et par le relais de nos nombreux sympathisants, nous avons apporté notre contribution à cette bénéfique évolution.

Nous n'avons cessé d'insister particulièrement sur les aspects suivants :

- mise en avant de la médecine dite "palliative" ou "de confort" essentielle particulièrement quand tout espoir d'une récupération importante est perdu pour le malade.

- popularisation, en ce domaine, des idées et des pratiques de certaines institutions, "pilotes" à cet égard, tel l'hôpital Paul Brousse dans la région parisienne, sous la responsabilité éclairée du Docteur Madame Sébag-Lanoë.

- diffusion des traitements des douleurs dites "terminales" par la prise orale d'opiacés, en particulier par le recours à la solution sédative complexe, d'inspiration anglo-saxonne, connue sous le nom de "potion de Saint-Christophe" du nom d'un hôpital anglais, et plus récemment, en Belgique, le "MS Contin".

Mais un second objectif nous tenait pareillement à coeur.

Nous le savions, quand l'hôpital ne peut plus rien apporter d'essentiel aux malades, certains d'entre eux, lorsque leur environnement familial le permet, n'ont qu'un souhait : rentrer à la maison, et y terminer si possible leur existence.

Il faut certes rendre hommage à notre système de sécurité sociale et de protection de la santé : un corps médical et paramédical de qualité, soigne les malades, à leur domicile, à des conditions financières somme toute encore accessibles à beaucoup de familles. Et la solidarité publique, l'initiative privée les assistent, souvent, dans leur tâche difficile : aides familiales, repas à domicile, télé vigilance, ...

Mais n'oublions jamais que garder un grand malade à la maison coûte très cher : non pas tellement à la sécurité sociale (comme c'est le cas pour l'hospitalisation) mais à la famille elle-même : et c'est souvent pourquoi on doit placer ou hospitaliser le malade : pensons en effet à ce qu'il faut dépenser à domicile pour les frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, les repas, l'entretien de la maison, le chauffage, les nécessités de toute sorte, ...

.../...

En plus, la surveillance permanente du malade est une charge exigeante et la famille le plus souvent ne peut y suffire sur la base de ses propres disponibilités. Dans toute sa variété, le bénévolat n'est en général qu'une solution transitoire et partielle. Notre tâche a donc été de contribuer à assurer au malade soigné à domicile l'accompagnement qu'il mérite.

Quelques conditions s'imposent :

Prix accessible aux budgets les moins favorisés, régularité et fiabilité du service, souplesse des horaires, responsabilité et contrôle du médecin de famille, collaboration avec tous les intervenants naturels : infirmier(e)s privé(e)s ou organisé(e)s, kinésithérapeutes, logopèdes, aides familiales, (et notre volonté est de n'en remplacer aucun) ...

C'est ce que nous avons mis en route au 1er mai 1985.

La participation de cinq soignantes bénéficiaires du statut du T.C.T. nous a permis, jusqu'à ce jour, d'aider à peu près quatre vingt familles : et un peu plus de malades car il peut y en avoir simultanément deux par familles. Un tiers environ d'entre eux étaient en situation réellement terminale : tandis que les autres se trouvaient atteints d'une affection sévère, quoique peu évolutive, mais qui aurait condamné à l'hospitalisation ou au placement si leur entourage n'avait pas été relayé par notre service. Plus de mille prestations sont assurées par an : de jour, de nuit, en semaine ou le dimanche. Leur coût, horaire, varie d'après les revenus réels et va de 0 à 150 francs, moyennant quelques suppléments (nuits, ...).

Un don anonyme de 25.000 francs nous a permis de nous équiper d'un compresseur et de deux matelas adéquats (à pression alternée) précieux dans la prévention des escarres. Ils sont à disposition des familles pour une location modeste.

Nous espérons voir bientôt l'effectif de notre personnel se renforcer : en effet, la plupart du temps, par voie de conséquence, le service est complet et nous devons refuser notre aide à des familles qui la demandent et où elle serait pourtant bienvenue : depuis le 1er janvier 89, c'est chose faite, et quatre nouvelles aides sanitaires (T.C.T. également) ont pu être engagées ainsi qu'un employé à mi-temps. Dès le début de février, et malgré cet accroissement du nombre de nos intervenants, le service est déjà saturé : ce qui indique bien que son travail est nécessaire et apprécié.

Docteur Charles Minet.

---

Nous reproduisons ici quelques conseils pratiques extraits de la brochure trimestrielle "Service d'Aide aux Grands Malades" (février 1988, 94, rue Chauve-Souris, 4000 Liège) comme nous l'a autorisé le Docteur Minet.

## QUELQUES CONSEILS PRATIQUES

Sans vouloir entrer trop dans les détails, et sans autre prétention que de donner quelques renseignements aux familles en difficulté, nous avons voulu aborder quelques-uns des problèmes les plus fréquemment rencontrés dans les soins des malades grabataires.

### COORDONNER LES INTERVENTIONS

Il est vital, pour le maintien confortable du malade à la maison, que participent tous les intervenants naturels sous la responsabilité du médecin de famille : infirmières, kinésithérapeutes, logopèdes, aides sanitaires, aides familiales.

La coordination de ces diverses prestations est, chaque fois, indispensable.

Il est nécessaire d'autre part que le médecin de famille tienne informés tous les intervenants des principaux problèmes que pose, ou risque de poser, la santé du malade : ainsi le travail de chacun, assumé dans un réel esprit d'équipe, sera bien plus efficace et bénéfique.

Une bonne information de la famille sur le matériel qui, le cas présent, pourrait améliorer le confort du malade, est indiquée.

Faut-il redire combien une attitude de patience, d'écoute, de respect, de solidarité, de tous les soignants envers leur malade, est la clé de voûte du traitement !

Faut-il encore insister sur le temps qu'il convient de consacrer à ces grands malades ?

Faut-il souligner combien il est fructueux pour eux, que leur famille soit informée, comme il se doit, des différentes interventions de l'équipe soignante, et y soit, dans la mesure du possible, associée ?

### LES ESCARRES

La prévention de ces plaies profondes, situées aux endroits où, le corps reposant dans le lit, la peau s'écrase entre les aspérités osseuses et le plan du matelas, réside essentiellement dans le changement fréquent de la position du malade : souvent, mobiliser le malade est une des conditions de la réussite.

Les matelas à pression d'air alternée avec compresseur adéquat sont très utiles.

Un anneau gonflable peut être intéressant en position assise.

Des rouleaux sous la cheville, dégageant les talons, sont des préventifs très efficaces. Les crèmes et pommades ne le sont guère.

.../...



Le traitement préventif de la peau saine, par la glace, systématiquement massée sur la peau des zones de contact, quelques secondes et deux fois par jour, est devenu classique. La poudre de talc est ensuite largement appliquée.

Sur les escarres elles-mêmes, l'utilisation systématique des antiseptiques est aujourd'hui discutée. Une infection modérée, dans les limites physiologiques, paraît, à certains, nécessaire pour obtenir la destruction des tissus nécrotiques, le nettoyage de l'escarre et la guérison. Exception demeure pour le pyocyanique.

Les plaques de carboxyméthylcellulose, renouvelées tous les deux à cinq jours, pourraient constituer, dans cette hypothèse, un apport très utile. La carboxyméthylcellulose existe aussi en poudre et en pâte. Les enzymes protéolytiques ne seraient pas d'un intérêt évident.

#### L'ALIMENTATION

Les temps de la rigueur sont dépassés : vu sa situation terminale, le malade devrait pouvoir choisir enfin ses aliments selon son bon plaisir (même s'il s'agit d'une boisson alcoolisée, en quantité modérée).

Peut-il être encore trop question de refuser au malade ce dont il a envie, même si on est en présence d'un diabète, d'une hypercholestérolémie, d'urémie, de troubles gastriques, coliques, ou hépatiques ... ?

L'hydratation doit être assurée : les boissons doivent donc être abondantes.

Potages, crèmes, yoghourts, purées, compotes ... qui ne nécessitent pas l'effort de mastication, sont souvent appréciables.

#### LA CONSTIPATION

Elle ne devrait pas dépasser 48 heures.

Outre les conseils classiques (aliments laissant des déchets, suppositoires à la glycérine, lavements, ...), le massage de l'abdomen par la paume de la main, dans le sens des aiguilles de la montre (sens du transit colique) est recommandé. Le malade peut éventuellement le faire lui-même.

#### L'INCONTINENCE

L'incontinence, tant urinaire que digestive, peut actuellement être traitée par un ensemble de procédés ingénieux, et bien adaptés à la situation particulière de chaque malade (type d'incontinence, poids, sexe, ...). Entrer ici dans le détail dépasse le propos très limité de nos quelques réflexions.

#### LA RESPIRATION

La position assise ou semi-assise est la plus confortable pour le malade.

.../...

La chambre doit être régulièrement aérée en prenant la précaution de bien couvrir le malade.

Trois fois par jour au moins, le malade peut utilement se livrer à une dizaine de respirations profondes : on peut aider l'évacuation de l'air en appuyant les mains sur le thorax au rythme approprié.

#### FIEVRE

Les enveloppements humides, autour du cou, sur l'abdomen, ou autour des jambes peuvent être un adjuvant. Ils s'appliquent chauds, mais, autour du cou, ils peuvent être froids. Ils se composent d'un essuie-éponge humide, replié sur lui-même deux ou trois fois, couvert d'un essuie-éponge sec puis d'une feuille de plastique.

La fièvre est d'autre part un élément d'appréciation pour le médecin, qui pourra être amené à la traiter éventuellement par des médicaments appropriés.

#### NURSING

Vigilance permanente, toilette complète à tout le moins quotidienne, propreté méticuleuse, renouvellement, aussi fréquent qu'il le faut, du linge, élimination de toute souillure, sont des règles impératives.

#### LES DOULEURS TERMINALES (1)

L'utilisation de la morphine en prise orale s'est peu à peu répandue, et est en passe de devenir classique.

Comment résumer la situation, de mon point de vue, fort restreint et empirique donc, de médecin de famille ?

- La moitié environ des cancers sont douloureux, surtout en phase terminale (ou "dépassée").

- La majorité de ces malades préfèrent, quand l'hospitalisation ne peut plus guère apporter, ni la guérison, ni une amélioration significative, rester ou rentrer à la maison.

- Dans ce cas, mettre au point un traitement antalgique efficace est essentiel et est de la responsabilité exclusive du médecin traitant.

- Dans un premier temps, la prescription par voie orale est recommandable, les autres méthodes ne devraient intervenir qu'en cas d'échec ou d'impossibilité.

- C'est très régulièrement que doit se donner l'analgésique, en anticipant la réapparition de la douleur. En général, l'administration orale est programmée de 4 en 4 heures (tout en respectant le sommeil du malade, bien entendu).

---

(1) Dans ce texte, abrégé, nous avons systématiquement omis les noms des spécialités pharmaceutiques qui sont mentionnés dans l'article original.

- Les antalgiques non morphiniques viennent au premier abord et les opiacés interviennent pour suppléer à leur éventuelle inefficacité.

- Les antiinflammatoires non stéroïdiens peuvent trouver une indication.

En relais, interviennent les analgésiques centraux d'intensité moyenne ....

- Hélas, chez la plupart des malades cependant, la prescription d'opiacés s'avèrera nécessaire.

- Une formule pratique peu coûteuse, parfaitement contrôlable par le médecin de famille, facilement modulable selon la réponse et l'évolution, paraît bien être la potion "Brompton", ou "St Christophe", qui contient de la morphine, de la cocaïne et de l'alcool.

- L'administration régulière, de 4 en 4 heures, est ici une règle impérieuse. La posologie est amenée, en modifiant la quantité de morphine, à son seuil efficace minimum.

- La dose de morphine est adaptée aussi bien par l'augmentation de la dose prescrite que du volume liquide chaque fois administré, par exemple par un verre portant des repères facilement observés par l'entourage.

....

- La monothérapie morphinique est cependant possible. Soit en magistrale, soit sous forme de spécialités.

- Soulignons qu'il ne paraît pas judicieux de prescrire simultanément deux opiacés.

- Les vomissements ne paraissent survenir que dans un tiers des cas : peuvent alors intervenir les antiémétiques.

- Les sédatifs classiques, les anxiolytiques, et les antidépresseurs peuvent parfois s'adjoindre utilement au traitement opiacé de base.

- Les opiacés injectables, quand les voies naturelles d'administration sont impraticables ou mènent à l'échec (ce qui me paraît rare) demeurent l'arme du dernier recours.

Docteur Charles MINET.  
Sénateur.

## la presse et l'opinion publique

Un récent sondage de l'I.N.U.S.O.P. a montré que la majorité des Belges estimaient que l'euthanasie "devrait être autorisée dans certains cas limités" chez des malades incurables. Les chiffres obtenus dans le grand public (83 % de oui) ont étonné certains journalistes. En réalité, ils ne font que confirmer des enquêtes réalisées dans d'autres pays. Nous avons connaissance de 16 enquêtes publiées depuis 1980 dans dix pays (Etats-Unis, Canada, Australie, Nouvelle Zélande, Grande Bretagne, Danemark, Allemagne fédérale, Pays-Bas, Suisse et France). Toutes apportent des résultats semblables : les pourcentages de réponses en faveur de l'euthanasie active vont de 56 à 79 % (les avis défavorables de 13 à 41 %) et les chiffres sont nettement plus élevés lorsque la question englobe l'euthanasie passive. Dans le cas de l'enquête belge, la formule utilisée "abrégier la vie d'un malade incurable pour mettre fin à ses souffrances" nous paraît suffisamment explicite. Il est d'autre part satisfaisant de constater que la majorité des personnes ayant répondu "oui" estiment que c'est le malade qui devrait donner l'autorisation. Une telle attitude est tout à fait conforme à la position qui a toujours été défendue par l'A.D.M.D. et R.W.S. : le droit à l'euthanasie volontaire à l'exclusion de toute forme d'euthanasie à la demande d'un tiers a fortiori pour raison sociale.

Etant donné ces remarques, on peut s'étonner de la façon dont certains journaux ont rendu compte de ces résultats. Le Soir du 23 novembre, dans un premier article sur l'enquête, ne mentionne pas la question sur l'euthanasie et dans l'article du 1er décembre, il n'en parle que pour noter que le docteur Wynen conteste ces résultats. La Libre Belgique utilise un sous-titre avec un point d'interrogation : "Vive l'euthanasie ?" et considère que "l'intitulé des questions n'est pas très heureux et incite à prendre ces résultats avec de sérieuses réserves". Le Courrier de l'Escaut et les autres journaux du même groupe introduisent le sous-titre "83 % pour l'euthanasie ?!". Nous nous demandons ce que signifient ces réserves, ces points d'interrogation et d'exclamation. Ne révèlent-ils pas un divorce entre les "faiseurs d'opinion" et l'opinion elle-même ? Nous pensons, quant à nous, que ce sondage indique qu'il serait temps qu'un Etat démocratique comme la Belgique envisage d'adapter sa législation à l'opinion de la grande majorité de ses citoyens sur un sujet qui, de façon absolue, nous concerne tous.

L. FAVYTS,  
président R.W.S.

Y. KENIS,  
président A.D.M.D.

## L'euthanasie jugée par des croyants

### LA QUALITE DE LA VIE MENACEE PAR L'EUTHANASIE.

"Le Soir" du 16 janvier dernier a publié une longue interview du Primat de Belgique sous le titre "Le Cardinal Danneels, un pasteur face aux interdits de l'Eglise, veut avant tout convaincre". Voici un extrait de la réponse du Cardinal Danneels à une question sur l'avortement :  
".... je voudrais si c'est possible, dépassionnaliser le débat. Demander qu'on ne se braque pas sur la loi, mais sur les valeurs. Et faire remarquer que ce problème de l'avortement n'est qu'un aspect d'un problème plus vaste sur la qualité de la vie, menacée par l'euthanasie, les manipulations génétiques, les violences que nous faisons à la nature. Un débat de société devrait s'instaurer sur tous ces domaines dans lesquels interviendraient des arguments philosophiques et médicaux et non pas uniquement politiques."

Comment ne pas souscrire au désir d'instaurer un tel débat. Peut-être permettra-t-il, par exemple, de savoir ce que les uns et les autres entendent par "Qualité de la vie" et par "euthanasie (volontaire)".

### LE POINT DE VUE D'UN CATHOLIQUE PRATIQUANT.

Le Bulletin N° 29 (septembre 88) de l'ADMD française reproduit la lettre de l'un de ses membres. En voici la finale : "Pour moi, qui, à 38 ans, ai le bonheur d'être chrétien et catholique pratiquant, je n'ai aucune mauvaise conscience à adhérer à l'ADMD, au contraire. Je crois que la plupart de mes frères catholiques n'ont pas une réelle opposition à votre mouvement mais "pêchent" par manque d'information ou par excès de prudence.

Nous qui, par notre foi, croyons et savons que le passage obligé par la mort permet d'accéder à la vie en plénitude, moins que quiconque ne devrions craindre de préférer l'amour de cette vie (déjà commencée) à l'idôlatry d'une existence" ....

### LA PEUR DE L'ENFER.

Le Docteur en théologie M. J. TANG, prêtre dans un hôpital aux Pays-Bas pendant de nombreuses années, évoque le cas d'un patient non croyant, qui, souffrant de manière insupportable au stade avancé d'un cancer, demanda à être euthanasié. Faute de pouvoir être aidé à l'hôpital, son médecin acceptant de l'assister, il retourna à son domicile. Avant de partir il fit appeler M. J. Tang, avec qui d'excellentes relations personnelles s'étaient établies progressivement, pour lui confier qu'il avait été élevé dans un orphelinat chrétien où très souvent on avait agité la menace de l'enfer. A présent cette peur de l'enfer -

.../...

réveillé - l'accablait à nouveau. Il lui fallut un mois d'affreuses souffrances avant d'avoir dépassé ces vieilles angoisses et poser l'acte volontaire.

M. J. Tang conclut comme suit : "je fais ce récit pour montrer qu'il peut exister un blocage important à l'acceptation profonde de l'euthanasie. Il est difficile de mourir et chacun d'entre nous s'est construit ses propres mécanismes pour tenir la mort à distance".

("Euthanasie" n° 4, déc. 87, Amsterdam - trad. G.P.)

#### LA POSITION DE L'EGLISE FACE A L'EUTHANASIE.

Contrairement à ce que l'on croit volontiers il n'existe pas de législation en matière d'euthanasie volontaire aux Pays-Bas. Des projets de loi seront déposés prochainement et l'Association néerlandaise pour le droit à l'euthanasie volontaire a publié (juin 88) une brochure consacrée à "la position de l'église face à l'euthanasie volontaire", de J. M. Tang déjà cité précédemment (La peur de l'enfer). Confronté à la réalité en tant que prêtre d'un hôpital, J. M. Tang a - en outre - étudié le problème sur base de la Bible et de publications philosophiques et religieuses. Sa longue expérience lui a permis de partager l'optimisme à propos des possibilités thérapeutiques des années 50 et de constater leurs limites. Son approche philosophique, historique, sociale, largement humaine de la Bible l'ont amené à la conclusion qu'il faut obtenir une législation qui reconnaisse le droit à l'euthanasie volontaire.

(trad. G.P.)

("Christelijk Geloof en vrijwillige euthanasie", 16 p., M.J. Tang ; éd. N.V.V.E. Amsterdam - la brochure, en néerlandais, est à la disposition de nos membres au secrétariat de l'ADMD).

#### LE PREMIER MINISTRE HOLLANDAIS ET L'EUTHANASIE.

Dans une interview à la télévision australienne, Ruud Lubbers, le Premier ministre chrétien-démocrate des Pays-Bas, a dit qu'il a pris des précautions qui permettent le cas échéant la pratique de l'euthanasie active pour mettre fin à ses jours. Telle est l'entrée en matière d'un article de Rinke Vanden Brinke ("Le Soir" du 28-10-88) dans lequel il rend compte d'une interview de M. Lubbers par "Channel Nine", dont le texte a été rendu public avant sa transmission : "Si je somrais dans un coma et que je devenais un poids pour la communauté, j'accepterais qu'on mette fin à ma vie. Je ne crois pas que le prolongement inconditionnel d'une vie sans avenir est une chose positive." Il aurait aussi expliqué que le projet gouvernemental en matière de droit de mourir dans la dignité interdirait l'euthanasie active mais permettrait au médecin de transgresser la loi dans certaines circonstances et sous diverses conditions. Comme l'écrit R. Vanden Brinke "un premier ministre chrétien-démocrate qui non seulement défend le droit à une mort douce, mais le réclame aussi pour soi-même, tout en expliquant que la pratique de l'euthanasie active reste interdite ! Etonnant Lubbers, étonnants Pays-Bas."

LE PROBLEME DE L'EUTHANASIE EN ISRAEL.

Ce problème se pose à la demande de la famille d'un malade atteint de sclérose en plaques à un stade très avancé et maintenu en vie artificiellement. Les plus hauts responsables de la Justice et de la Santé sont saisis du problème. Le premier Rabbín a déclaré officiellement que la loi religieuse interdit expressément toute accélération de la mort, "la prière du Dieu tout puissant est la seule intervention possible".

(de *Humanes Leben-Humanes Sterben*, 3 tr. 88, Augsburg - trad. G.P.)

*Nous ne voulons rien prouver en citant des opinions de croyants publiées ici et là. Simplement il nous paraît que ces témoignages incitent à considérer qu'il appartient à chacun et à lui seul, pour lui-même, de pouvoir décider l'euthanasie VOLONTAIRE et nous nous efforcerons à tout prix d'obtenir la légalisation de ce droit. Il ne s'agit pas seulement d'un problème philosophique, éthique, juridique ou médical mais surtout de l'expression de l'espoir d'innombrables patients qui souffrent à chaque moment. Comment peut-il être question de refuser cet acte de charité humaine, au nom de quelle conviction qui soit une réalité aussi authentique et universelle que la souffrance ?*

P. H.

*Cher membre,*

**REUNION ADMD**

*Nous espérons beaucoup avoir le plaisir de vous rencontrer le samedi 29 avril, à 14 h 30, à la Fondation Universitaire, 11, rue d'Egmont 1050 Bruxelles (près de la porte de Namur), salle Félicien Cattier.*

*Le Docteur V. KENIS, président de l'A.D.M.D., fera une conférence sur*

**LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE,  
LA BIOETHIQUE, LA MORALE ET LA PITIE.**

*La conférence sera suivie d'une libre discussion. De même les participants seront invités à poser des questions sur les activités de l'ADMD en Belgique.*

*Le conseil d'administration compte que vous serez intéressé de connaître l'état actuel des problèmes qui ont justifié votre adhésion à l'ADMD et par les solutions et moyens choisis pour aboutir aux objectifs assignés. Vos amis sont cordialement invités à cette réunion.*

## **pour ou contre la brochure d'autodélivrance**

Alors que dans certains pays l'A.D.M.D. a préféré interrompre la fourniture de la brochure d'auto-délivrance à ses membres, dans d'autres on en édite de nouvelles et ailleurs, comme en Belgique, la situation est inchangée. Ceci résulte d'interprétations différentes des uns et des autres de la portée de cette brochure, ce qui est parfaitement illustré par les débats qui ont eu lieu récemment en Suisse.

Dans le bulletin N° 9 (juin 1988) de EXIT-ADMD de Suisse romande, la présidente de cette association explique pourquoi le Guide d'Auto-délivrance est distribué : "avoir en mains la clé de son destin, avoir la certitude que l'on pourrait s'en servir pour quitter ce monde paisiblement et avec dignité, représente pour beaucoup de nos membres une grande sécurité. C'est pour cette raison qu'ils demandent de recevoir le guide d'auto-délivrance, en espérant de toutes leurs forces ne jamais avoir besoin d'y recourir. Certes, il est indispensable de prendre d'importantes précautions quant à la diffusion d'un tel document ; c'est pourquoi nous ne donnons ce livret personnel et numéroté qu'à ceux de nos membres qui signent une formule par laquelle ils s'engagent à ne le divulguer à quiconque et sous aucun prétexte. De plus, nous ne l'envoyons qu'après un délai de trois mois, car nous désirons éviter à tout prix qu'une personne en état dépressif ne puisse se le procurer à un moment où elle devrait être soignée et guérie. Une autre condition est que le membre qui demande le guide doit affirmer ne pas avoir été en traitement psychiatrique ou psychothérapique pour dépression ou état dépressif grave au cours des deux années précédentes. Enfin, un numéro de téléphone permettra bientôt d'atteindre le secrétariat d'EXIT, ainsi qu'une personne à l'écoute de vos problèmes particuliers, à certaines heures."

Comme relaté dans le n° 10 du Bulletin de EXIT-ADMD (nov. déc. 1988) une réaction à la distribution de la brochure d'auto-délivrance s'est manifestée sous forme d'un article publié dans le Bulletin des Médecins du 25-5-88 par le président de l'Académie suisse des sciences médicales et le président de la Commission centrale d'éthique de cette académie. L'article est intitulé "Aide médicale au suicide. Une atteinte à la dignité de l'homme et à l'éthique du médecin" ... Les médecins estiment qu'il s'agit d'une "grave atteinte au principe fondamental de notre éthique - le respect de la vie et sa protection, dans ses dimensions physique et spirituelle - ainsi qu'un réel danger pour notre société" ...

A la suite de cet article, le 22-6-88 le Conseiller national Guinand, après avoir résumé et commenté la déclaration des autorités académiques médicales, a posé une question au Conseil fédéral suisse : "Qu'en pense-t-il ? N'estime-t-il pas qu'il conviendrait en effet de prendre des mesures pour empêcher ce que l'on pourrait appeler une campagne d'incitation au suicide ?".



La réponse du Conseil fédéral suisse est particulièrement intéressante : En bref, il estime que EXIT agit avec la conviction d'aider les personnes (malades) à mourir dignement. C'est donc l'altruisme, la compassion en quelque sorte, qui motive son action et non des motifs égoïstes, qui eux constitueraient la condition subjective d'une infraction selon l'article 115 du Code pénal (incitation et assistance au suicide). Il n'est dès lors juridiquement pas possible d'interdire les activités d'EXIT ... Cependant il souhaite que l'association fasse preuve de plus de retenue, surtout à l'égard de la jeunesse.

En République fédérale d'Allemagne, début 1988, l'association D.G.H.S. a publié la 4ème édition de son guide dont le titre - traduit - signifie "Mort digne et responsable", édition corrigée sur base des résultats des recherches les plus récentes en pharmacologie faites aux Pays-Bas (Bull. D.G.H.S., 1er tr. 1988).

\*  
\*                      \*

La situation est si défavorable en France et en Angleterre que les associations ont décidé de ne plus distribuer de brochures d'auto-délivrance à leurs membres.

Lors de sa dernière assemblée générale la Voluntary Euthanasia Society (cfr. Bulletin N° 20 de la V.E.S., Londres, a décidé que le fascicule d'auto-délivrance ne sera ni réimprimé, ni distribué, par l'association, ceci suite à l'intervention judiciaire mettant en péril la liberté des membres du Conseil d'administration. Il ne sera pas possible non plus de prêter des exemplaires, ni de les mettre en lecture dans les locaux de l'association. Par ailleurs il est précisé que : "Le Guide n'a jamais été le but essentiel de V.E.S. et le Conseil a été heureux de constater que presque tous les membres qui n'ont pas eu l'occasion de l'acheter ont maintenu leur adhésion et continuent à soutenir notre but le plus important : obtenir une législation donnant le droit à l'euthanasie volontaire". Cependant la V.E.S. négocie avec des éditeurs et distributeurs la sortie du guide et espère qu'il sera bientôt en vente en librairie.

La situation en France a fait l'objet d'un article dans le Bulletin N° 28 (juin 88) de l'A.D.M.D. française. La loi du 31/12/87, Art. 318-1, 3e alinéa, rend applicables les peines prévues au 1er alinéa, à ceux qui auront fait de la propagande ou de la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes, préconisés comme moyen de se donner la mort.

Cet article vise directement la brochure d'auto-délivrance de l'ADMD française, dès lors le conseil d'administration a interrompu la diffusion de la brochure dès le 1er janvier 1988 et a fait appel aux

.../...

juristes les plus qualifiés pour obtenir un avis autorisé sur les conséquences de la nouvelle loi. Conclusion unanime : la diffusion de la brochure tombe sous le coup du 3ème alinéa en question. Par ailleurs, "plusieurs membres du bureau et du conseil d'administration savaient pertinemment que certains promoteurs de la loi visaient l'ADMD et sa brochure et ne manqueraient pas de chercher dans sa diffusion une occasion de faire dissoudre et interdire l'ADMD". La possibilité d'un procès à sensation en Assises ne pouvait être retenu puisqu'il n'y a pas crime, le jugement par une petite juridiction ne laissait aucun doute, sans l'avantage de la publicité.

En conclusion, le conseil d'administration de l'ADMD française a décidé de maintenir la suspension de l'envoi de la brochure, de mener campagne pour la modification de l'article 63 du Code pénal afin que ne soient plus poursuivis ceux qui aident des personnes à mourir dans la dignité, si elles le demandent, et pour la légalisation du testament de vie (voir le projet dans notre Bull. N° 32). Cette campagne sera appuyée des résultats du sondage ADMD-SOFRES (85 % partagent des vues analogues à celles de l'ADMD, 76 % souhaitent la modification du Code pénal prévue par l'ADMD) et de celui de la 5e chaîne de télévision (76 % des téléspectateurs approuvent les associations luttant pour le droit de mourir - sur sa demande - dans la dignité). Le soutien de ses 15.000 membres et les résultats des sondages donnent bon espoir au Conseil d'administration de réussir à atteindre ses objectifs.

J. B.

## deux cas récents...!

### EN BELGIQUE

A Evergem, un couple de 81 ans occupe depuis quelques années une chambre dans un home. Leur état de santé se détériorait gravement. L'homme était grabataire, maladie du foie, accès d'épilepsie, céphalées intolérables. La femme a mis fin par strangulation à la vie de son mari. Elle n'a pas été arrêtée mais transférée d'urgence dans un hôpital.

(De Morgen, Gand, 19-12-88).

### EN FRANCE

A Paris, Gilbert et Edith BRUNET, âgés respectivement de 84 ans et de 82 ans se sont donné la mort "pour ne pas subir les déchéances de la vieillesse". Tous deux très actifs, Gilbert Brunet était vice-président de l'A.D.M.D. française. Un dernier article de lui a paru dans le bulletin de cette association : "L'urgent et le long terme -ou- il nous faut des jeunes" qui fait figure de testament au sujet de l'A.D.M.D. (Une synthèse de cet article paraîtra prochainement dans notre bulletin).

(Bull. N° 30, déc. 88 ADMD France ; Le Monde 9-9-88, etc.)

## Aide - Ecoute - Réconfort

### S.O.S. Solitude

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

Genval 1320, avenue Albert Ier, 227. Tél. 02/653.76.75 et 653.47.83.

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

### Centre de Prévention du Suicide

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

### Tele-Accueil "Jour et nuit un ami vous écoute"

Bruxelles. Tél. 02/538.28.00.

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.

) dans toute la  
) Belgique  
) -appels en français  
) former le 1991.  
) -appels en néerlandais  
) former 1919.

### 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 4000, avenue Maurice Destenay, 7.

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

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

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

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

Aide psychologique aux proches et famille des mourants.

### C.R.I.S. (Coordination - Réconfort - Informations - Soins)

Verviers 4800, rue Hauzeur de Simony, 20. Tél. 087/22.77.77

(J. ouvr. 9 à 13 h.)

### Continuing care

Bruxelles 1040, rue des Deux Eglises, 21. 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.

