



BULLETIN TRIMESTRIEL

DECEMBRE 1989 - N°36

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 :

- A.D.M.D. : conseil d'administration	2
- Le billet du Président	3
- Bienvenue à la nouvelle secrétaire de l'A.D.M.D.	4
- Conférence du Dr Kenis : le 19 décembre, à Bruxelles	"
- Motion à l'ONU de la Fédération Mondiale des ADMD	5
- De quoi dépendent les effectifs des ADMD ? (P.H.)	7
- Position des neurologues américains sur le traitement en cas d'état végétatif persistant (J.B.)	9
- Femmes (M. Stott, trad. J.B.)	10
- Avis d'un médecin sur l'inanition (Y.K.)	11
- Choisir sa mort (C. Harris, trad. J.B.)	12
- La responsabilité du médecin à l'égard des malades incurables (Y.K.)	14
- Liberté de conscience (Y.K.)	15
- Le courrier	16
- Droit des patients : Vaud - Berne - Genève	17
- Cotisations : renouvellement pour l'année 1990	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

ASSOCIATION SOEUR D'EXPRESSION NEERLANDAISE : R.W.S.
33, Constitutiestraat, 2008 Antwerpen. tel. 03/235.26.73

✕ A partir du 15.3.90 : 55, rue du Président, 1050 Bruxelles.

(Les articles signés n'engagent que leur auteur).

Meilleurs Vœux

Besre Wensen

Frohe Festtage

Season's Greetings

Felices Fiestas

CONSEIL D'ADMINISTRATION

La liste des membres du Conseil d'Administration qui figure en page 2 du bulletin précédent (n° 35, septembre 1989) est incomplète. Il faut y ajouter Monsieur I. LEBRUN, trésorier de l'ADMD jusqu'en 1988. Par ailleurs le docteur M. ENGLERT participe actuellement aux travaux de ce conseil.

LE BILLET DU PRESIDENT

Le Sénat a voté récemment, à une large majorité, en faveur de la proposition de loi Lallemand/Herman-Michielsens relative à l'avortement. Cette proposition prévoit les conditions - assez restrictives - dans lesquelles l'interruption volontaire de grossesse ne constitue pas une infraction. Si la Chambre prend la même position, la Belgique rejoindra, sur ce plan, l'ensemble des pays européens (sauf l'Irlande). Cette quasi unanimité à propos de l'avortement - interruption de la vie à ses débuts - rend d'autant plus paradoxale, à mes yeux, l'attitude opposée de la législation de tous ces pays au sujet de l'euthanasie. Et pourtant, le raccourcissement de la vie dans sa phase terminale ne me paraît pas plus inacceptable, par principe, que l'I.V.G., voire même la contraception. La vie humaine a pour nous une valeur inestimable, sauf précisément pour le sujet lui-même qui peut *estimer*, à la fin de sa carrière, qu'elle lui est devenue intolérable. Cette réflexion est une occasion de rappeler que l'A.D.M.D., comme ses associations-soeurs, lutte exclusivement pour la légalisation de l'euthanasie *volontaire*, à la demande expresse d'un être raisonnable, parfaitement informé et auquel on a proposé les soins palliatifs appropriés. Lui, et lui seul, devrait pouvoir prendre une telle décision, avec l'aide de son médecin.

Y. K.

Bienvenue à la nouvelle secrétaire de l'A.D.M.D.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos membres que Madame Janine Wytsman a pris ses fonctions de secrétaire générale de l'A.D.M.D.; après une longue carrière et des responsabilités importantes dans les services administratifs de l'Université de Bruxelles; elle consacre désormais une grande partie de son temps aux activités du secrétariat de notre association. Elle remplace Madame Kenis-Staelens qui avait accepté - à titre provisoire ... - d'assumer cette tâche en remplacement de la précédente secrétaire, démissionnaire. Ce provisoire a duré cinq ans ! Nous la remercions très chaleureusement pour tout ce qu'elle a réalisé pendant cette période. Elle a heureusement accepté de rester membre du Conseil d'administration.

Calendrier

CONFERENCE DU DR KENIS
à Bruxelles
le 19 décembre à 20 heures

"LA FIN DE LA VIE ET LES DROITS DE L'HOMME"

Institut de Sociologie,
44, av. Jeanne, 1050 Bruxelles
Salle de l'Institut des Hautes Etudes,
rez-de-chaussée.

FEDERATION MONDIALE DES ADMD

Motion à l'ONU

Une motion de la Fédération Mondiale des ADMD envoyée par son président Derek HUMPHRY, à l'ONU, est reproduite intégralement dans le bulletin n° 11 (janvier 89, p.p. 14 et 15) de EXIT-ADMD de Suisse romande.

Après une assez longue justification du droit à mourir dans la dignité et la citation de résolutions et de dispositions légales déjà adoptées, figure la demande que nous reproduisons ici :

"L'Organisation des Nations Unies devrait encourager ses pays membres à présenter des lois élaborées, d'une manière appropriée, donnant aux patients le droit de mourir dans la dignité. En considérant le droit de mourir dans la dignité comme un droit humain, les points suivants devraient être exprimés :

1. Mourir dans la dignité comprend le droit de mourir sans douleur. Si la diminution effective de la douleur ne peut être obtenue qu'en utilisant des méthodes qui raccourcissent l'espérance de vie, on ne doit pas exclure l'utilisation de ces méthodes.
2. Mourir dans la dignité comprend le droit de savoir que l'on est en train de mourir. Donc, à moins qu'un patient ne soit pas du tout d'accord d'accepter le fait que la mort est proche, ceux qui en prennent soin devraient être ouverts à la discussion avec lui. Le fait de savoir que la fin est proche donnera au patient l'occasion de prendre congé de ses amis et parents et de mettre ses affaires en ordre.
3. Les volontés de la personne mourante doivent être respectées et non pas restreintes. Les décisions contre la volonté du patient, de la part, soit de l'Etat, soit des médecins ou d'autres personnes ou institutions, ne sont pas en accord avec les droits humains.
4. La technologie médicale ne devrait jamais être utilisée pour prolonger la vie d'une personne mourante contre son gré.
5. Mourir dans la dignité veut dire que l'identité intellectuelle du patient est préservée, même au cours du processus de mort. Rejeter ou faire appel à la présence de représentants des communautés religieuses ou d'organisations similaires, doit être décidé en accord avec la volonté de la personne mourante qui ne doit pas être soumise aux pratiques religieuses qui n'ont pas été spécifiquement demandées.

.../...

Par le présent document, les organismes représentés par la "Fédération Mondiale pour le Droit de Mourir dans la Dignité", demandent à la Commission des Droits de l'Homme de l'Organisation des Nations Unies d'incorporer le droit de mourir dans la dignité en annexe à la Charte des Droits de l'homme de 1948, dans des termes en accord avec les exigences et suggestions mentionnées ci-dessus."

✕

✕ ✕

Si on ne peut que souscrire au contenu de cette motion, comment ne pas relever la démesure entre notre juste revendication d'un droit complémentaire à d'autres et le fait que d'innombrables hommes, femmes et enfants de pays membres de l'ONU sont, chaque jour, victimes innocentes des horreurs de la guerre, de la famine, de la misère, des exactions ... et meurent dans les plus atroces conditions.

P. H.

"IL EST EVIDENT QU'IL NE SUFFIT PAS DE TIRER LES HOMMES
HORS DES GRIFFES DE LA MORT : ILS DOIVENT AUSSI ETRE A
MEME DE VIVRE."

(Florencio ESCARDO)

A.D.M.D.

R.W.S.

de quoi dépendent les effectifs des ADMD

EUROPE

En 1982 deux associations EXIT furent créées en Suisse (six millions et demi d'habitants). Celle de Suisse romande, qui s'adresse à un million et demi de francophones, comptait 389 membres la première année. Ce nombre a augmenté de façon continue jusqu'à atteindre 4173 à la fin de 1988, année au cours de laquelle la croissance a doublé par rapport à celle des années précédentes. Cette augmentation exceptionnelle est attribuée à la polémique axée sur le testament de vie puis sur le guide d'autodélivrance évoqués surtout en 1988 lors d'émissions télévisées. La dernière de celles-ci a provoqué plus de 2.400 appels téléphoniques. La radio et la presse ont aussi parlé de ces sujets, à la même époque.

A ce propos il est rappelé que l'association EXIT de Suisse alémanique, avec ses 37.000 membres, est devenue la plus grande d'Europe, devant celle de la R.F.A. (25.000 membres) et l'A.D.M.D. française (17.000 membres).

(extraits du bulletin de EXIT-ADMD
Suisse romande de juin 1989)

*

* *

JAPON

Un second exemple d'accroissement singulier de l'effectif nous vient du Japon où le directeur de l'ADMD a constaté que le nombre de membres a presque doublé à la fin de 1988. L'une des raisons peut être la réflexion des gens à propos de l'agonie de l'Empereur. L'Empereur Hiro-Hito, âgé de 87 ans, a souffert d'hémorragie à la suite d'un cancer passé à la phase terminale en septembre 1988. Sa vie a été prolongée artificiellement pendant trois mois grâce à des transfusions de sang totalisant plus de 30.000 cc. Il est mort le 7 janvier 1989.

Tous les japonais connaissaient l'état désespéré de l'Empereur mais en même temps espéraient sa guérison.

Cette apparente contradiction est caractéristique de la dualité japonaise : TATEMAE (attitude officielle) et HONNE (sentiment réel). Comme ni l'Empereur, ni sa famille, n'avaient exprimé une quelconque volonté au sujet de sa mort, les médecins de la cour ne pouvaient agir autrement qu'en poursuivant vainement ces extraordinaires transfusions.

.../...

Sans nul doute ceci a attiré l'attention sur le prolongement artificiel de l'agonie, le plus grand paradoxe des progrès de la technologie médicale.

(J.B. d'après "World Right to Die",
bull. Fédération Mondiale, n° 14, 1989).

X

X X

Si, en Belgique, le rapport de l'effectif de l'ADMD à la population francophone était le même qu'en Suisse nous serions plus de dix mille au lieu de mille six cents ! Il est donc légitime de rechercher les causes de tels écarts.

Quelle que soit l'activité des responsables des ADMD il paraît évident que le succès de leur action dépend beaucoup de caractères quasi permanents de la population à laquelle elle s'adresse, caractères marqués par la religion prédominante, les traditions ... Ainsi, en Belgique, malgré l'intense activité de ses responsables et une population plus nombreuse, l'effectif de l'association flamande RWS demeure bien en-dessous de celui de l'ADMD. Par contre, en France le rapport de l'effectif de l'ADMD Paris à la population française, environ 3,2/10.000 est pareil à celui de l'effectif de notre association à la population francophone belge, environ 3,5/10.000. Cependant, en France, le recrutement est favorisé par des "délégations", 69 actuellement (bull. n° 32 de l'ADMD française), qui sont autant de centres de propagande répartis dans tout le pays. Il semble bien que l'activité des associations n'est pas seule à influencer sur leurs effectifs. Cependant, on l'a vu, des événements spectaculaires suscitent la sensibilité du grand public par l'intermédiaire des médias et entraînent de nombreuses adhésions, ceci à condition de s'être préparé à saisir de telles opportunités. Remarquons d'ailleurs qu'elles peuvent résulter d'une action énergique et soutenue auprès des pouvoirs concernés, c'est-à-dire de ce qui doit être l'une des activités essentielles des ADMD !

La conclusion à propos du contenu des messages destinés à sensibiliser un maximum d'interlocuteurs n'a rien d'original. Ils devraient tendre à ce que chacun réalise :

- qu'il risque tôt ou tard d'encourir des souffrances inutiles et une atroce fin de vie et qu'elles soient prolongées au mépris de sa volonté ;
- que le moyen d'obtenir la garantie légale du respect de cette volonté, sinon (déjà) pour lui-même du moins (à l'avenir) pour les autres, est de rejoindre les ADMD qui, en tous cas, l'informeront des dispositions à prendre dès à présent ;
- enfin et surtout, qu'il est parfaitement légitime de prétendre être maître de sa propre existence.

P. H.

Neurologie

ETATS-UNIS

POSITION DES NEUROLOGUES AMERICAINS SUR LE TRAITEMENT EN CAS D'ETAT VEGETATIF PERSISTANT (1)

Le conseil exécutif de la Société américaine de Neurologie, qui représente environ 10.000 membres a adopté à l'unanimité sa position sur le traitement de prolongation de vie dans les cas d'état végétatif persistant (EVP). Elle est précisée comme suit :

- les patients en EVP n'ont pas la capacité de ressentir ou d'exprimer douleur ou souffrance ;
- l'alimentation et l'hydratation, formes de traitement médical, peuvent être interrompues suivant les mêmes principes que ceux autorisant l'interruption ou la non application d'autres traitements ;
- un diagnostic "d'inconscience permanente" (l'EVP en est une sous-catégorie) peut généralement être posé avec un degré élevé de certitude après un à trois mois. Ceci dans les cas où l'état végétatif est dû à l'absence d'irrigation du cerveau, suite à un arrêt cardiaque ou respiratoire. Dans le cas de traumatisme crânien, plus de temps est habituellement nécessaire pour établir un diagnostic valable ;
- le diagnostic d'EVP étant clairement établi, aucun traitement médical en général, y compris l'alimentation artificielle, n'apporte de bénéfice à ces patients ;
- bien que l'opinion morale et éthique du personnel soignant mérite considération, elle ne peut supplanter le droit du patient et de sa famille d'accepter ou de refuser les traitements prolongeant la vie ;
- alors que l'alimentation artificielle, appliquée quand le pronostic est incertain, est de pratique normale, il n'y a pas de différence éthique ou médicale entre la non application ou l'interruption de tel traitement.

Ces directives devraient assurer de meilleurs rapports entre patient-famille et médecin au sujet du traitement, sans devoir recourir à la justice.

J. B.

(1) d'après "Society for the Right to Die"
New-York - Eté 1988.

Femmes

de Mary STOTT, vice-présidente de
"The Voluntary Society", Londres.

(bull. VES n° 35, dec. 1989)

Pour la plupart d'entre nous, tout au moins jusqu'à la quarantaine, le droit à la vie est beaucoup plus important que le droit de mourir. C'est quand un être proche, parent ou ami, souffre d'un cancer, d'arthrite paralysante ou d'une autre maladie incurable source de souffrances insupportables, ou encore, pire que tout, de la maladie d'Alzheimer ou de démence sénile, que nous devons faire face à une nouvelle réalité.

Bien que ce soit un homme, le docteur Killick Millard, qui fit démarrer VES et que jusqu'à récemment des hommes ont été ses principaux défenseurs, du fait même de la nature de la vie d'aujourd'hui je crois que l'euthanasie volontaire est et devrait être davantage le souci des femmes que celui des hommes. C'est une bonne chose que nos deux derniers présidents furent des femmes, Barbara Smoker et Jean Davis, et nous serons toujours reconnaissants pour les services dévoués de notre secrétaire générale Margaret Mc Bride. Mais dans la communauté, en général ? Comment se fait-il que la commission de la "British Medical Association" pour l'euthanasie comprenait sept médecins masculins et une infirmière ? (A ce sujet le plaidoyer le plus convaincant et le plus émouvant que j'ai entendu pour le droit de mourir dans la dignité est celui d'une femme, le docteur W. Savage, lors d'un débat à l'Oxford Union).

Pourquoi dire que les femmes sont aujourd'hui le plus conscientes du problème ? Pour deux raisons : en majorité ce sont elles qui soignent les malades en phase terminale et elles sont majoritaires parmi les octogénaires et nonagénaires ce qui augmente leurs risques. J'ai connu plusieurs hommes qui héroïquement ont soigné leur femme ou leur mère paralysée ou démente, mais dans notre société il est d'usage que l'épouse soigne les parents malades et même les beaux-parents.

Les statistiques de la population au Royaume-Uni indiquent que le nombre d'hommes est supérieur à celui des femmes jusqu'à la tranche d'âge de 40 à 49 ans mais la situation s'inverse ensuite. Ainsi, au-delà de 75 ans il y a deux fois plus de femmes que d'hommes : 2,4 millions contre 1,2 millions. Parmi ces personnes âgées sujettes aux risques de santé, 300.000 femmes sont célibataires comparé à 100.000 hommes et 1,5 million de femmes sont veuves comparé à 300.000 hommes. Il est bon de se rappeler qu'un million et demi de femmes ont dû faire face à la perte de leur partenaire, peut-être après des mois ou des années de souffrances, et que dans leurs dernières années elles n'ont pas de compagnon aimant sur qui se reposer.

.../...

Il me paraît urgent que les voix féminines soient entendue plus souvent et efficacement en faveur de VES et que nous devrions transmettre notre message d'une façon plus positive aux organisations féminines. Je crois que beaucoup de ces femmes nous écouteront avec gratitude. J'ai un souvenir personnel très précis à cet égard. En 1985 je fus priée de parler du droit de mourir à l'assemblée jubilaire du 25e anniversaire d'une association comprenant surtout des femmes jeunes, intelligentes, bien informées. Souvent, j'ai développé de nombreux sujets devant des publics différents mais jamais je n'ai été écoutée avec une telle attention ni applaudie aussi longtemps. Je suis certaine qu'il y a un besoin d'informations, que nous pouvons donner, dans cette tranche d'âge et ces milieux de femmes réfléchies.

(trad. J.B.)

Avis d'un médecin sur l'inanition

Les adversaires du mouvement pour le droit de mourir dans la dignité dénoncent comme un traitement cruel l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation chez des patients au stade terminal ('mourir de faim'...). Ils utilisent le terme d'inanition pour évoquer chez leurs interlocuteurs des images semblables à celles des victimes des camps d'extermination de l'Allemagne nazie ou des misérables enfants effroyablement sous-alimentés de certaines régions du tiers-monde. Le docteur J.C. Ahronheim, dans le numéro de printemps 1989 de la Society for the Right to Die Newsletter, critique une telle position et signale que, de l'avis de beaucoup de médecins, l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation chez des patients comateux et chez des malades atteints de troubles neurologiques graves au stade terminal procure une fin paisible et non douloureuse.

Choisir sa mort

Dans le bulletin de S.A.V.E.S. n° 25 (mars 1989, Afrique du Sud) C. HARRIS (1) compare de manière saisissante notre attitude vis à vis de situations et de comportements qui tous entraînent un grave risque de mourir. Voici de larges extraits de cet article.

Les juges, les hommes d'église, la profession médicale, comités d'éthique, la police, tous paraissent engagés dans l'examen du droit de mourir sous ses aspects théorique, religieux et philosophique. Disons dès le début qu'au titre d'êtres humains Dieu nous a non seulement donné le droit de mourir mais l'a déclaré inévitable : nous devons tous mourir.

LE DROIT DE JOUER DE SA VIE

Sans parler des autres formes de vie, statistiquement, pour tout être humain, le droit de mourir est de 100 %. La probabilité de mourir sur les routes est statistiquement énorme pour une personne qui conduit pendant cinquante ans. Autrement dit cinquante mille personnes par an sont autorisées à mourir de la sorte. La probabilité statistique de mourir d'un cancer du poumon pour quelqu'un qui fume pendant quarante ans est importante, mais nous ne lui ôtons pas ce droit. En fait, nous subsidions les cultivateurs de tabac. La même accusation peut être faite pour l'alcool. Il tue le buveur et peut estropier un non buveur qui se trouve sur le chemin d'un conducteur ivre. Le gouvernement récolte trop d'argent par la taxation des carburants et de l'alcool pour contrecarrer le droit de mourir que confèrent ces produits. Les pilotes de course, les boxeurs, les joueurs de football, ont le droit de choisir leur vocation et donc les chances qu'ils auront de mourir. Cela s'appelle "prendre un risque".

L'OBLIGATION DE MOURIR

Quand le gouvernement envoie ses jeunes à la guerre, il leur offre le droit de mourir et, dans certains cas, les oblige à mourir.

LAXISME ...

Les alpinistes, particulièrement ceux qui tentent l'ascension de l'Everest ou de l'Annapurna, et d'autres pics, sont autorisés à mourir. Il n'y a pas de comités d'éthique dans les camps de base au

.../...

(1) "Statistiques et le Droit de Mourir" de C. Harris -
Psychiatry and Clinical Psychology in Practice, mai 1987,
N.B. titre et sous-titres sont de nous.

Népal. Avant une course d'automobiles aucun comité juridique ne se réunit pour décider si les pilotes peuvent accepter les risques de décès connus par les statistiques. Aucune réunion parlementaire n'a débattu du droit de tout Américain physiquement apte de décider de se tuer en prenant le volant d'un monstre de 200 H.P., dit outil de travail.

RIGORISME ... OBLIGATION DE VIVRE.

Prenons le cas d'un patient en phase terminale d'une maladie incurable, étendu dans l'exaspérante et douloureuse position permettant l'insertion de tubes dans les membres et les narines, placé sous respiration artificielle, nourri via des tubes en plastique, incapable du moindre soin hygiénique ; un patient que les statistiques désignent comme ne pouvant que souffrir et bientôt mourir ; un patient qui désire se libérer de ces équipements qui prolongent la vie. Alors, soudain, se rassemblent toutes les forces légales, judiciaires, morales, religieuses, médicales et philosophiques possibles, pour définir les implications d'une autorisation donnée au malheureux d'achever confortablement ce qui lui reste de vie même si cela devait la raccourcir. Comme si la réponse à la vie et à la mort pouvait être décidée et le mystère tout à coup résolu par une réunion de personnes de bonne volonté qui, jamais, n'ont vécu eux-mêmes cette situation. Pour ce patient les chances de mourir dans un avenir peu éloigné sont de 100 % et nous lui dénions le privilège accordé au commun des citoyens : le droit de prendre le risque de mourir.

Convoquons l'intelligentsia, les moralistes, juristes, juges, religieux, et demandons-leur un examen approfondi de ces contradictions, plutôt que les laisser décider si un malheureux qui souhaite mourir peut y être autorisé. Pendant dix ans nous avons discuté de la peine de mort, c'est-à-dire du droit d'une société de condamner quelqu'un à mort. Pourquoi ne pas discuter des questions que pose la condamnation à vivre.

(trad. J. B.)

La responsabilité du médecin à l'égard des malades incurables

La Society for the Right to Die (Etats-Unis) a accordé son patronage à un groupe de douze médecins éminents qui se sont réunis pour examiner les problèmes moraux posés par les soins aux mourants et aux malades incurables. Les résultats de leurs réflexions ont été publiés dans le plus prestigieux des périodiques médicaux américains, le *New England Journal of Medicine* (30 mars 1989, volume 320, pages 844 à 849). Le même groupe s'était réuni cinq ans plus tôt, à l'initiative de la même association, et avait également publié un article dans le *New England Journal of Medicine* (12 avril 1984, vol. 310, p. 955 à 959). Cette publication avait eu à l'époque un grand retentissement, non seulement dans les milieux médicaux, mais dans l'ensemble du public intéressé par les problèmes éthiques de la fin de la vie.

La première constatation des auteurs, en 1989, est que certains usages encore controversés cinq ans plus tôt sont entrés aujourd'hui dans la pratique, comme par exemple la décision de ne pas réanimer certains malades en phase terminale. On admet de plus en plus que l'alimentation et l'hydratation par sonde d'un malade inconscient ne sont pas des mesures thérapeutiques fondamentalement distinctes des techniques de réanimation plus élaborées et qu'elles peuvent donc être interrompues comme ces dernières. On constate aussi que certaines décisions concernant des mourants sont actuellement appliquées à des patients qui ne sont pas à un stade terminal, mais qui se trouvent, par exemple, dans un état d'inconscience permanent et irréversible.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'un enseignement spécifique dans ce domaine pendant les études de médecine et au cours de la formation des spécialistes dans les hôpitaux (résidents). Les institutions de soins doivent faire connaître leurs droits aux patients et à leurs familles, s'enquérir de l'existence d'un testament de vie et de garants. Il convient de trouver le juste équilibre entre les soins intensifs pour maintenir en vie à tout prix ("aggressive life-sustaining measures") et l'abandon du malade. Dans certains cas, les mourants peuvent requérir des soins palliatifs qui égalent en intensité les soins curatifs (p. ex. pour garder le malade propre, prévenir l'apparition des escarres, traiter les symptômes neuro-psychologiques, les nausées et les vomissements, etc).

Les auteurs évoquent enfin avec franchise le problème de l'aide au suicide. Dix sur douze estiment que c'est le dernier service qu'on puisse rendre au patient mourant, non seulement en ne tentant aucune réanimation en cas de suicide, mais même en prescrivant les médicaments nécessaires.

Y. K.

Liberté de conscience...!

Voici une intervention de notre Président parue dans le bulletin officiel du "Collège des Médecins de l'Agglomération" (n° 914, février 1989) sous le titre "Le courrier des lecteurs" :

"Le compte rendu de la séance de la Société belge d'éthique et de morale médicale, consacrée à "la vie débutante et la vie finissante" cite les paroles du docteur Achslogh à propos de l'absence de consensus au sujet de l'euthanasie active, qui "rend évidemment impossible toute législation, qui forcément ne respecterait pas la liberté de conscience des minorités."

Cette affirmation m'amène à faire les trois remarques suivantes :

- 1. la loi pénale actuelle ignorant l'euthanasie assimile celle-ci, du moins l'euthanasie active, à un meurtre avec préméditation ;*
- 2. l'enquête récente réalisée en Belgique par l'INUSOP a montré que plus de 80 % des personnes interrogées pensent que l'euthanasie "devrait être autorisée dans certains cas limités" chez des malades incurables ;*
- 3. il en résulte donc que l'absence de législation sur l'euthanasie ne respecte pas la liberté de conscience de la majorité.*

Dr Y. Kenis

*Président de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité
15, rue des Prêtres 1000 Bruxelles."*

LE COURRIER

Le journal "Le Soir" a publié dans son édition du 6 octobre, sous la rubrique "Le courrier de l'Ombudsman" la lettre suivante, exprimant des préoccupations qui nous sont régulièrement rapportées :

" Je ne suis pas un déséquilibré : j'apprécie encore un beau ciel bleu, une jolie fleur, un bon repas, un beau livre, une femme élégante. Mais j'ai 79 ans. Je suis sourd à 80 pour cent. Je suis aveugle à 85 pour cent avec des lésions dégénératives aux yeux. Ce qui signifie qu'avant peu, je serai totalement aveugle. Mes enfants sont mariés. La femme que j'aimais est décédée dans les souffrances d'une terrible maladie. La vie ne présente plus aucun intérêt pour moi. Je ne suis pas athée ; je crois à une puissance supérieure, mais je ne crois pas à une autre vie.

" Je me suis adressé à divers libraires pour demander le livre "Suicide, mode d'emploi". Ce livre est interdit à la vente.

" Dois-je donc me jeter sous un train, dérangeant des centaines de gens ? Ou me jeter à l'eau ou me pendre ? Et souffrir pour ce dernier départ ? Ou me jeter d'un dixième étage au risque de me manquer ? Je vous en prie, ne me faites pas de morale. Ne croyez pas à un découpage. Je suis, si vous voulez, dans l'état d'esprit d'Hemingway ou de Montherlant. Pardon pour ces comparaisons qui vous paraîtront prétentieuses. Je veux simplement dire que je me rends compte que je n'éprouve plus aucun intérêt majeur de vivre. Et que je voudrais m'en aller discrètement, sans gêner personne, mais autrement que dans la souffrance.

" La Fontaine a écrit que la devise de l'homme est "plutôt souffrir que mourir". C'est vrai à un certain âge : ce ne l'est plus, non seulement pour moi mais pour beaucoup de personnes de mon âge avec qui j'ai eu l'occasion de discuter de ce problème : "plutôt mourir que souffrir."

" Je sais fort bien que mon exposé va vous faire croire à une neurasthénie cachée. Je vous assure que ce n'est pas le cas. Je suis de caractère jovial. Mais, dans un pays où l'on parle tant de liberté, de droit à la vie, n'est-il pas paradoxal qu'on n'ait pas droit à la mort ? Qu'on prévoie, si l'on veut, une commission devant laquelle un candidat à ce droit doit comparaître pour exposer ses raisons, ceci pour éviter les coups de tête ou les découragements guérissables.

" Pardon d'avoir pris votre temps. Mais il y a là, me paraît-il, un problème qui intéresse des milliers de personnes qui, se jugeant devenues inutiles, se jugeant à charge, se jugeant promises à un sort pénible, préféreraient ce départ en douceur que j'indique au début de ma lettre."

L'Ombudsman a commenté très judicieusement cette lettre, qu'il avait titrée "Pas le droit de mourir dignement et sans douleur". Il écrivait :

" Il ne m'est pas venu un seul instant à l'idée, sa situation étant ce qu'il dit, de mettre sur le compte d'autre chose que de la lucidité,

.../...

" la volonté de ce lecteur de mettre fin à son existence. L'inter-
" diction du suicide ou sa condamnation au moins morale est un pro-
" blème de société. Au Japon, où les impératifs religieux ne sont
" pas les mêmes que chez nous, le suicide fait partie des comporte-
" ments parfaitement compris et admis. La lettre de ce lecteur im-
" pose à chacun une réflexion sur ce qu'il souhaiterait pour sa pro-
" pre mort.
" Ceci dit, ce livre n'est pas interdit à la vente. Une interdiction
" de ce genre constituerait un précédent dangereux sur le plan de la
" censure...

Nous avons, quant à nous, écrit à la rédaction du journal " Le Soir " qu'une réflexion sur la mort digne existait au sein de l'A.D.M.D. Et que notre association créée en 1982, - défend notamment l'idée que chacun a le droit de décider ce qui est pour lui la façon la plus acceptable de terminer sa vie ;

bat sur l'euthanasie volontaire ;
- est engagée dans le débat sur l'euthanasie volontaire ;
- gère une banque de Testaments de vie ;
- délivre à ses membres, sous certaines conditions, une brochure Autodélivrance.

DROITS DES PATIENTS: VAUD - BERNE - GENEVE.

Cette année, en février 1989, le canton de Berne a adopté un décret qui définit les droits et les devoirs du patient : notamment le droit d'être complètement et clairement informé sur son état de santé, de consulter son dossier médical, de quitter l'hôpital en tout temps et de voir respecter sa volonté (sauf s'il s'agit d'une demande d'euthanasie active). Quant au devoir du patient, il consiste à renseigner le médecin sur son état et à suivre ses instructions.

Ainsi trois cantons de Romandie (Berne étant en partie francophone) ont désormais une législation comparable, garantissant au patient le respect de sa volonté.

(Extrait d'un article du bull. n° 25, mars 1989 de EXIT-ADMD Suisse romande).

N.B. : Nous avons souligné le passage relatif à l'euthanasie.

COTISATIONS

Renouvellement des cotisations pour l'année 1990.

Nous vous demandons de vouloir bien compléter le formulaire de virement que vous trouverez dans ce bulletin et de le remettre à votre organisme bancaire.

Cotisation individuelle	500,- frs.	(minimum 300,- frs)
Cotisation familiale	700,- frs.	(tous les documents sont envoyés en double sauf le bulletin).
Cotisation des membres résidant à l'étranger		
- individuelle	700,- frs.	
- familiale	1.000,- frs.	

Sont considérés comme membres protecteurs, tous les membres dont le versement est supérieur d'au moins mille francs aux montants détaillés ci-dessus.

Une quittance pour exonération fiscale leur sera adressée.

Pour rappel, le n° de compte de l'A.D.M.D. est le 210-0391178-29.

Nouvelles cartes de membres

Vous recevrez une nouvelle carte valable jusqu'en 1998. N'oubliez pas de la compléter, d'y apposer une photographie et de la plier pour la ranger à proximité de votre carte d'identité.

Si les coordonnées de vos garants ont été modifiées depuis que vous avez rédigé votre testament de vie, il serait de votre intérêt de nous en informer afin que nous mettions à jour notre Banque des Testaments.

**EVITEZ-NOUS DES FRAIS DE RAPPEL.
METTEZ-VOUS EN REGLE DE COTISATION DES MAINTENANT.
MERCİ POUR VOTRE COLLABORATION.**

Aide - Ecoute - Réconfort

Quelques adresses ...

- S.O.S. Solitude Tél. 02/513.45.44
1000 Bruxelles, 24, rue du Boulet.
- S.O.S. Solitude (Bt Wallon) Tél. 02/653.86.75
1320 Genval, 277, av. Albert Ier. 02/653.47.83
- "Ecoute-Cancer" Service d'accueil téléphonique 02/230.69.00
1040 Bruxelles, 21, rue des Deux Eglises. 02/230.52.53
- Télé-Secours (24 h./24 - commande d'appel portative)
1000 Bruxelles, 24, rue du Boulet. Informations : 02/511.91.55 les jours
ouvrables de 9 à 12 h 30 et de 14 à 17 h 30.
- Télé-Accueil "Jour et nuit un ami vous écoute"
Bruxelles Secrét. 02/538.49.21)
Namur - Bt Wallon ou 010/22.88.77)
Liège 041/42.77.70) ou 1991.
Charleroi 071/31.43.14)
Hainaut 065/35.20.20)
Luxembourg 063/22.06.27)
- Centre de Prévention du Suicide
1050 Bruxelles, 46, place du Châtelain. 02/640.65.65
Secrét. pr rendez-vous 02/640.51.56
- Télé-Espoir
6031 Monceau-sur-Sambre, 108, route de Mons. 071/32.63.75
- Bien Vivre-Bien Mourir - Service d'Aide aux Grands Malades
4000 Liège. 041.23.39.40
Urgences. 041/52.62.46 ou
041/52.31.64
- Permanence à l'Echevinat des Services Sociaux de la Ville de Liège,
7, av. Maurice Destenay.
- Centrale de Services à Domicile
1060 Bruxelles, 43, rue Saint-Bernard. 02/537.98.96
4020 Liège, 19, avenue de Jupille. 041/62.46.46
- Centre d'Aide aux Mourants (C.A.M.) (Aide psychologique aux proches et
famille des mourants)
1000 Bruxelles, 15, rue des Prêtres. 02/538.03.27
- Continuing Care. Soins à domicile par infirmières spécialisées dans le
traitement de la douleur (malades cancéreux) en accord
avec le médecin traitant.
1040 Bruxelles, 21, rue des Deux Eglises. (9 à 12 - 13 à 17 h)
02/230.86.39
- Infor-Homes
1000 Bruxelles, 40, rue du Boulet. 02/511.93.12
(ouvert de 9 à 16 h. 511.91.55.
- Centres Publics d'Aide Sociale - C.P.A.S.
Voir aux diverses communes.

