

A.S.B.L.

ADMD

*Association pour le
Droit de Mourir
dans la Dignité*

BELGIQUE

Secrétariat : Rue de la Pastorale, 84 - 1080 Bruxelles

BULLETIN TRIMESTRIEL N° 10

JUIN 1983

Prix : 30 F

A.D.M.D.-Belgique

Association pour le droit
de mourir dans la dignité.

Association sans but lucratif

BULLETIN TRIMESTRIEL D'INFORMATION n° 10 - JUIN 1983

Comité de rédaction: P.Herman, Y.Kenis, C.Petitjean et G.Tart.

Les articles signés n'engagent que leur auteur

L'A.D.M.D. CHERCHE UN LOCAL

dans l'Agglomération Bruxelloise,
si possible d'accès facile, pour pouvoir
centraliser l'organisation du Secrétariat.
L'association participerait éventuellement
aux frais. Bien vouloir écrire à Mme G.
Tart, 84 rue de la Pastorale, 1080 Brux.

SOMMAIRE

| | | |
|---|-------------|----|
| Le billet du Président | Y.K. | 2 |
| Oproep tot Vlaamse leden | L.Favyts | |
| Assemblée générale annuelle | G.Tart | 3 |
| C.R. réunion du Conseil d'administration | " | 4 |
| Nouvelles de l'A.D.M.D.-Belgique | | |
| -Règlement d'ordre intérieur, permanences tél. | | 5 |
| Testament biologique: valeur légale, nbre témoins | | 6 |
| Appel aux membres flamands | L.Favyts | |
| de l'Etranger: Japon, Etats-Unis, France | | 7 |
| Tribune libre: "Sa dernière leçon" | W.Deswarte | 10 |
| C.R. Ecran témoin: "Acharnement thérapeutique" | P.Herman | 11 |
| La mort ... perçue par une jeune fille de 14 ans | J.van Hoorn | 13 |
| Echos | | |
| Lu pour vous: "Miracles de la médecine ..." | A.Opdebeeck | 14 |
| - "Qu'on me laisse mourir..." | G.Adan | 15 |
| Vos remarques, questions, suggestions | P.Herman | 17 |
| A qui le dire | | 19 |
| Echos (suite) | | |
| Formulaire de Bulletin d'adhésion | | 20 |

N.B: La seconde partie de l'étude de Me J.Geairain et de Me Guffens,
sur "L'Euthanasie et le Droit Belge", paraîtra dans le prochain
bulletin; veuillez nous excuser pour ce retard.

LE BILLET DU PRESIDENT

Depuis notre assemblée générale du 19 mars dernier, l'A.D.M.D. poursuit son action en faveur d'une mort digne et du respect de l'être humain jusqu'à l'ultime fin de son existence. La décision de créer une banque de testaments commence à être mise en oeuvre sous la responsabilité de Madame Moreau, membre du conseil d'administration. Nous souhaitons que tous les membres nous envoient leur testament biologique, c'est à dire une copie du texte des dernières volontés qui se trouve sur leur carte de membre, éventuellement complétées de certaines dispositions particulières. Le problème des garants semble ne pas avoir été toujours bien compris. Nous pensons que chaque membre devrait avoir un ou plusieurs garants, choisis parmi son entourage et qui pourraient, le cas échéant, témoigner des volontés du testataire au cas où celui-ci ne serait pas en état de les exprimer lui-même. Je crois personnellement que le médecin traitant pourrait être un garant idéal, particulièrement utile au cas où son malade serait hospitalisé. Malheureusement, beaucoup de membres m'ont dit qu'ils n'osaient pas parler de ces problèmes avec leur médecin. J'engage au contraire chacun d'entre vous à en discuter d'une manière approfondie et parfaitement sincère avec celui auquel vous confiez votre santé et, parfois, votre vie. Je suis persuadé que beaucoup trouveront en leur médecin un interlocuteur sensible et attentif. Amorcer le dialogue, c'est souvent éviter des malentendus, c'est, dans bien des cas, découvrir des liens ou des affinités insoupçonnées.

Il est évident que les personnes qui n'auraient pas trouvé des garants peuvent aussi envoyer la copie de leur testament à notre association. Nous espérons être bientôt suffisamment nombreux pour pouvoir trouver, dans chaque région, des membres qui seront prêts à jouer ce rôle, pour pouvoir établir les contacts et créer, grâce à l'A.D.M.D., ce réseau de solidarité et de sympathie dont nous rêvons.

Y.K.

OPROEP TOT VLAAMSE LEDEN !

Wij werken momenteel aan de decentralisatie van het A.D.M.D. Vlaamse leden hebben nu de mogelijkheid een autonome vereniging op te richten: R.W.S. of "vlaamse vereniging voor RECHT OP WAARDIG STERVEN" met voorlopige zetel te Antwerpen. R.W.S. wordt in Vlanderen het equivalent van A.D.M.D. met dezelfde statuten, hetzelfde programma en vanzelfsprekend een vriendelijke verstandhouding met A.D.M.D. en de nederlandse V.V.E. In dit laatste geval moet wel rekening worden gehouden met een verschillende kulturele en juridische achtergrond.

Aan alle geïnteresseerden dus volgende wens: neem a.u.b. contact op onderstaand adres om samen dit plan te verwezenlijken. De eerste vergadering zal plaats vinden na ontvangst van voldoende geïnteresseerde kandidaturen.

Uw aanmoedigend antwoord tegemoet ziend blijf ik in middels ter beschikking voor alle bijkomende inlichtingen.

R.W.S.
Léon FAVYTS
Somersstraat 45
2018 ANTWERPEN

L'ASSEMBLEE ANNUELLE DES MEMBRES EFFECTIFS DE L'A.D.M.D

a eu lieu à Bruxelles, le 19 MARS dernier.

Etaient présents:

Pour le conseil d'administration:

Mmes MOREAU, OPDEBEECK et TART

Mrs HERMAN, van HOORN, KENIS, LEBRUN et PETITJEAN

Excusées: Mmes DUBOIS et KNAFF

Membres: soixante membres effectifs dont quatorze représentés.

Après les rapports moraux du Président (sur les activités et démarches de l'association pendant sa première année d'existence en tant qu'association sans but lucratif) et du secrétariat (sur ses activités et la gestion journalière), la secrétaire a déploré l'hospitalisation en hâte et pour une période indéterminée de Mme Dubois, trésorière faisant fonction: un bilan de la situation financière de l'association ne pouvant dès lors être établi pour l'instant, les membres en seront informés par le biais d'un prochain bulletin d'information.

Les points suivants ont ensuite été soumis au vote de l'assemblée:

- élection à l'unanimité comme membre du conseil:

Monsieur Charles Minet, 13 rue Georges Antoine à 4000 LIEGE

Madame Claire DUBOIS, 147 Bd E. Machtens à 188 BRUXELLES: elle

assumait à titre intérimaire la charge de trésorière et a été confirmée dans cette fonction.

- adoption à l'unanimité d'un règlement d'ordre intérieur.

Le Président a ensuite présenté devant l'assemblée un exposé intitulé: "L'acharnement thérapeutique et les possibilités de la médecine en 1983"; celui-ci fut suivi d'un large débat.

En fin de réunion, un appel fut lancé auprès des membres prêts soit à servir de témoin, soit à travailler bénévolement pour l'ADMD; une liste de volontaire a pu être dressée dans les deux cas.

Après l'assemblée générale, les administrateurs se sont réunis en conseil pour aborder les points suivants:

- les obstacles matériels à l'expansion de l'association: manque de bénévoles et surcharge du secrétariat: la secrétaire contactera personnellement les personnes qui se sont présentées comme volontaires.

- la décentralisation possible:

Mr Minet propose de développer une section liégeoise

la possibilité de créer une section flamande à Anvers existe; le secrétariat contactera les personnes concernées.

- Mr Minet a signalé l'écho réservé à nos activités dans les milieux d'étudiants en sciences hospitalières; il contactera une étudiante qui consacre sa thèse à l'acharnement thérapeutique.

- une réunion d'information concernant les témoins et la banque de testaments sera organisée le samedi 14 mai 1983 à 16 h. au "Vieux St Martin" à Bruxelles

- la prochaine réunion du conseil est fixée au 23 avril

G. TART
secrétaire

COMPTE RENDU DE LA REUNION DU CONSEIL DU 23 AVRIL 1983:

Présents:

Mmes Knaff, Moreau, Opdebeeck et Tart
Mrs Herman, van Hoorn, Kenis, Lebrun et Petitjean

Invité: Mr Favvys

Excusée: Mme Dubois

Absent: Mr Minet

Les points suivants ont été abordés à l'ordre du jour:

- l'organisation de la réunion des membres le 14 mai à Bruxelles
- la situation de la trésorerie en l'absence de la trésorière: M.M. Herman et Lebrun ont aidé Mme Tart dans l'enregistrement des renouvellements de cotisation et des nouveaux membres; la trésorerie est à jour mais Mme Dubois ne peut pas encore établir le bilan pour l'instant.
- la surcharge du secrétariat met en cause l'existence même de l'association; de l'aide bénévole sera demandée auprès de l'association "Pour le volontariat" et auprès de l'ONEM (chômeur exempté de pointage).
- la diffusion en milieu chrétien
- la diffusion dans les medias (nouveaux contacts avec des journalistes)
- création de sections: à Liège et à Anvers
- préparation de la réunion européenne à Genève
- publication d'un recueil d'articles concernant l'euthanasie et les associations pour le droit de mourir dans la dignité: une ébauche de projet sera faite cet été par Mme Moreau et Mme Kenis
- création des permanences téléphoniques à Namur et Bruxelles
- date de la prochaine réunion: le 11 juin 1983

G.T.

NOUVELLES DE L'A.D.M.D.-Belgique

Nous avons le plaisir de remercier Monsieur S. GRUNHARD, graphiste, qui a bien voulu dessiner un nouveau sigle pour l'Association.

NOUS NOUS FELICITONS

de la confiance que nous ont témoignée les nombreux membres qui ont profité du paiement de leur cotisation pour nous faire un don.

Qu'elles soient modestes ou plus importantes, ces sommes alimentent avec bonheur une caisse qui devra faire face bientôt à de lourdes dépenses pour mettre sur pied des moyens de fonctionnement efficaces au service de l'association et de ses membres.

Ces gestes salutaires représentent pour nous un vif encouragement à progresser sans ménager notre peine: ils sont la preuve que nous avons le soutien de nos membres dans nos démarches.

Que tous les généreux donateurs trouvent ici l'expression de notre vive gratitude et qu'ils veuillent bien nous excuser de ne pas avoir été remerciés individuellement, leur nombre étant trop important.

X

X

X

UN REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR

a été adopté à l'unanimité par les membres présents à l'assemblée générale du 19 mars dernier.

Ce règlement précise:

- que le conseil d'administration doit être informé de toute déclaration faite au nom de l'A.D.M.D.
- les modalités d'habilitation par le conseil d'administration pour pouvoir représenter l'A.D.M.D. en public ou parler en son nom.
- les conditions de validité des cotisations.
- le mode de contrôle des dépenses au sein du conseil d'administration et les titulaires des signatures des différents comptes bancaires au nom de l'A.D.M.D.
- l'échange de correspondance avec le secrétariat.
- la responsabilité des auteurs d'articles publiés dans le bulletin.

x

x x

DEMISSION:

Le Président a reçu une lettre de Mr Daniel Janssens, lui présentant sa démission en tant que membre du conseil d'administration.

Après en avoir pris connaissance, le conseil d'administration a accepté cette démission lors de sa réunion du 12 mars 1983.

x

x x

PERMANENCES TELEPHONIQUES

Nous avons le plaisir d'annoncer l'ouverture de deux permanences téléphoniques, l'une pour la région Bruxelloise, l'autre pour celle de Namur. Vous pourrez y recevoir des renseignements sur les activités de l'A.D.M.D. et transmettre vos remarques et suggestions. Ces permanences ne sont pas tenues par des médecins, il ne vous sera donc pas possible d'obtenir des informations d'ordre purement médical.

Région de Namur
 UNIQUEMENT
 entre 18.00 et 20.00 H.
 tél. n° 22.94.99

Région Bruxelloise
 UNIQUEMENT
 Lundi et Jeudi, de 9 à 12.00 H.
 tél. n° 537.97.63

Nous remercions très vivement les personnes qui se sont offertes pour tenir ces permanences.

x

x x

APPEL AUX BENEVOLES

Les tâches de secrétariat étant de plus en plus abondantes, nous recherchons encore des collaborateurs pour aider aux travaux d'écriture, classement, transport occasionnel de petits paquets; de préférence "motorisés" ou/et résidant non loin de Scheut (Anderlecht) ou de l'Av. G.Henri (Wol. St Lambert), qui puissent être contactés par téléphone; bien vouloir écrire au secrétariat: 84 rue de la Pastorale, 1080 Bruxelles.

x

x x

QUI PEUT METTRE UN LOCAL A LA DISPOSITION DE L'A.D.M.D. ?

Il est devenu indispensable de pouvoir disposer d'un local, si possible d'accès facile, dans l'agglomération Bruxelloise, pour déposer des archives et documents de secrétariat, coordonner les travaux, éventuellement installer une permanence téléphonique.

UN LOCAL représente une dépense totale (location, chauffage, charges) qui excède, de beaucoup, nos possibilités. Aussi, nous est-il à nouveau imposé de faire appel à VOTRE AIDE. Cependant, l'A.D.M.D. pourrait éventuellement participer aux frais.
Bien vouloir écrire à la secrétaire: Mme G.TART, 84 rue de la Pastorale 1060 Bruxelles.

A PROPOS DU TESTAMENT BIOLOGIQUE

...VALEUR LEGALE ? COMBIEN DE TEMOINS ?

Des questions reçues récemment nous amènent à rappeler que le testament "biologique" n'a aucune valeur légale en Belgique (actuellement). Comme indiqué sur la carte de membre, il s'agit de l'expression de "dernières volontés relatives à (ma) mort", l'espoir du signataire étant que "(mes) proches et les médecins se sentiront moralement tenus de les respecter". Pour mieux affirmer ces volontés il est conseillé de recopier la déclaration à la main, en un ou plusieurs exemplaires, à confier à des personnes acceptant de les présenter, aux médecins et aux proches, si le signataire devenait incapable de s'exprimer (témoins) et de se porter garant qu'il était parfaitement conscient au moment où il les a signés.

Bien que 3 témoins soient prévus sur la carte de membre, il appartient à chacun d'en choisir autant qu'il veut, ou de n'en prendre aucun.

De toute évidence il est aussi loisible à chacun:

- de modifier, à son gré, le texte de la déclaration;
- de confier ou non un exemplaire manuscrit à la "banque de testaments" de l'A.D.M.D. (comme recommandé);
- à tout moment, d'annuler les dispositions testamentaires en retirant et détruisant les déclarations et la carte de membre (dans ce cas, en avertir ses témoins et l'A.D.M.D.).

"Je n'ai jamais redouté la mort, seulement l'acte de mourir ...".

A.Koestler - 1937
(Un testament espagnol)

APPEL AUX MEMBRES FLAMANDS !

La décentralisation de notre association est actuellement en cours. Les membres flamands peuvent, s'ils le désirent, se grouper en une association soeur dont le siège provisoire sera situé à Anvers. La R.W.S., vlaamse vereniging voor recht op waardig sterven, se propose de développer en Flandre une activité similaire à celle qu'exerce l'ADMD en Belgique francophone. Les statuts seront identiques, le programme semblable, les contacts maintenus; la langue et la localisation deviendront spécifiques; des contacts seront pris avec l'association similaire néerlandaise NVVE, étant entendu toutefois que nous nous situons dans un contexte culturel et social différent.

Il est donc fait appel dès à présent à l'enthousiasme et au bénévolat de chacun: les intéressés peuvent m'écrire à l'adresse indiquée. Une première réunion aura lieu dès réception d'un nombre suffisant de candidatures. Tout est à faire. Ensemble, nous le ferons. Merci

R.W.S. Léon FAVYTS
Somersstraat 45
2018 ANTWERPEN

de l'ETRANGER

JAPON: Enquête sur "l'euthanasie volontaire passive".

(Bull. n° 28 "Japan Euthanasia Society"; communiqué par la Fédération Mondiale des Associations pour le droit de mourir; Victoria, Australie).

L'enquête a été réalisée par "Mainichi", l'un des trois grands journaux du Japon, en interrogeant 5.648 adultes pris au hasard.

1ère question: en supposant qu'un malade se trouve au dernier stade d'une maladie douloureuse et incurable, comme le stade final du cancer, approuvez-vous que son médecin lui administre un traitement destiné uniquement à soulager la douleur, alors que l'effet pourrait être d'avancer le moment de sa mort ?

Réponse: Oui: 83% Non: 14% Sans opinion: 3%

2ème question: si vous étiez un de ces malades, lequel des traitements suivants préféreriez-vous recevoir ?

- 1) le traitement par lequel tout est mis en oeuvre pour prolonger votre vie, au risque de prolonger vos souffrances: Oui: 13%;
- 2) le traitement par lequel tout est mis en oeuvre pour vous procurer une mort paisible, sans souffrance, au risque de raccourcir votre vie: Oui: 84% Sans opinion: 3%

3ème question: si un membre de votre famille se trouve dans cette situation et vous demande de le laisser mourir pour échapper à la souffrance, comment agirez-vous ?

- 1) demandera au médecin d'accepter la requête du malade: 29%
- 2) refusera tout traitement qui hâte la mort: 8%
- 3) laissera la décision au médecin: 61%
- 4) sans opinion: 2%

4ème question: si un malade est inconscient, dans un état végétatif, sans espoir de rétablissement, approuvez-vous qu'on lui administre un traitement destiné uniquement à prolonger sa vie ou que ce traitement soit arrêté et que survienne sa mort naturelle ?

- 1) poursuivre le traitement qui prolonge la vie: 27%
- 2) arrêter ce traitement: 69%
- 3) sans opinion: 4%

ETATS-UNIS: "Les manuels sur le suicide aident-ils à créer une attirance vers la mort" (de "TIME", Time International n° 12, 21 mars 1983, p.51).

A l'occasion de la mort de A.KOESTLER, sous le titre "Pénétrez doucement dans cette bonne nuit", Patricia BLAKE accumule les charges contre les sociétés pour l'euthanasie et les guides d'auto-délivrance, sans d'ailleurs jamais faire allusion au souci d'une mort digne ou à l'acharnement thérapeutique. Il nous a paru utile de résumer cet article, qui prend une page entière de l'un des hebdomadaires les plus lus au monde, et de reproduire textuellement - au mieux de la traduction- les passages trouvés les plus caractéristiques.

L'article débute par cette citation de A. KOESTLER: "il n'y a qu'un souci pire qu'être enchaîné à une existence intolérable: le cauchemar d'une tentative manquée de la finir" (in préface du guide de "Exit", 1981).

Si, d'après P.BLAKE, pour un nombre croissant de partisans de l'auto-délivrance le suicide des Koestler paraît symboliser "la mort gentille et facile" célébrée par la "Voluntary Euthanasia Soc", dont A.Koestler avait été vice-président, et par 18 associations similaires dans le monde, il soulève des questions éthiques troublantes, comme celle des "pactes-suicides". A.Koestler avait-il l'obligation morale de dissuader sa femme, apparemment bien portante, de mettre fin à ses jours. Sans du tout savoir ce qui s'est passé réellement, l'auteur avance différents arguments tendant à faire croire que, au contraire, il a exercé une pression morale sur sa compagne pour l'entraîner dans la mort. A l'appui, elle cite une étude sur le suicide en Amérique, faite en 1982 par H.HENDIN, psychiatre américain, d'après laquelle la coercition -habituellement exercée par l'homme- est un facteur commun des pactes de suicide.

Autre question éthique soulevée par l'auteur: le suicide est-il encouragé du fait que les sociétés pour l'euthanasie volontaire présentent cet acte comme digne, respectable, même attrayant ...? D'après H.HENDIN encore, les suicidaires ont tendance à dire que ce qui est une solution pour eux l'est aussi pour les autres !

La plus grande partie de l'article est consacrée aux guides d'auto-délivrance qui, souligne l'auteur, sont proposés à l'usage des malades désespérés avec le but exprès, comme précisé dans le guide britannique, de réduire le risque de tentatives manquées. Toujours d'après P.BLAKE, "il y est affirmé avec emphase" que le suicide est le dernier recours de ceux qui souffrent sans espoir, et les doses exactes de médicament à utiliser sont renseignées ainsi que d'autres moyens qui assurent une mort probablement indolore. Cependant, plus de vingt cas de suicide, y compris celui d'un étudiant de 22 ans, seraient connus ou suspectés pouvoir être attribués à ce manuel d'auto-délivrance britannique. Aussi, sur base d'une violation de la loi défendant l'aide au soi-disant suicide, l'Attorney General mènerait des poursuites pour que la Haute Cour déclare l'ouvrage illégal.

Si, aux Etats-Unis, l'aide au suicide est aussi un crime, des manuels "comment faire" peuvent y être publiés sur base du premier Amendement. Ainsi, l'ouvrage "Let Me Die Before I wake" de HEMLOCK (organisation de Los Angeles) est en vente libre. P.BLAKE le trouve plus compatissant que le guide anglais ... on y trouve des histoires exemplatives de malades désespérés qui ont cherché à se supprimer; dans celles des réussites on précise les doses de médicaments utilisés. De "Suicide-Mode d'emploi" l'auteur écrit ce qui suit: le plus néfaste des ouvrages est celui de la paire d'anarchistes C.GUILLON et Y.LE BONNIEC qui, avec l'ineffable logique gauloise, font équivaloir acte de suicide et révolte contre l'ordre établi. Cet ouvrage, où il est expliqué comment falsifier les prescriptions de médicaments mortels, qui a attiré plus de 100.000 lecteurs français, a été dénoncé par nombre de spécialistes de la santé publique y compris le ministre. Un représentant d'une association française de lutte contre le suicide a déclaré être terrifié par ce livre criminel qui s'oppose à tous les efforts de son organisation.

Enfin: la prolifération d'ouvrages, dans lesquels la mort est romancée, trouble sociologues et médecins qui s'efforcent de prévenir le suicide, aussi bien que les prêtres qui s'y opposent pour quelle que raison que ce soit. Aux Etats-Unis, le fait que ces manuels peuvent entraîner des individus déprimés, momentanément suicidaires, à franchir le pas, soulève une inquiétude générale. A chaque suicide en U.S.A. correspondrait 50 à 100 fois plus de tentatives ratées et le nombre de suicides (28.100 constatés en 1981) pourrait augmenter si la société se mettait à considérer que l'auto-délivrance est acceptable.

D'après H.HENDIN, déjà cité, les suicidaires cherchent à faire admettre le suicide comme socialement utile. En particulier, les personnes d'un certain âge peuvent être amenés à ressentir qu'il est honorable pour eux d'aider à soulager la société ou leur famille d'un fardeau. Et de conclure: il est lamentable qu'une société, incapable d'améliorer la vie, en arrive à accepter le suicide comme réponse à ses propres déficiences.

Les outrances autant que certaines vérités énoncées par Patricia BLAKE (à noter l'ajoute, sous son nom: "reported by Joseph J.Kane/Los Angeles and Arthur White/London") méritent sérieuse réflexion, aussi bien à notre profit qu'à celui de l'action que nous menons auprès des autres. Par ailleurs, il paraît assez étonnant qu'à aucun moment l'auteur ne soulève la question de savoir pourquoi ces problèmes préoccupent soudain tellement de gens et pourquoi les associations qui s'efforcent d'y apporter remède se multiplient dans le monde ? Quoi qu'il en soit, nous ne manquerons pas de citer les échos soulevés par cet article, lorsque TIME les publiera sous forme d'extraits de lettres de lecteurs.

P.H.

ETATS-UNIS (autre son de cloche):

La décision d'euthanasie doit être le fait du patient ou de sa famille
estime un rapport officiel américain.

Une commission officielle nommée pour étudier les problèmes éthiques qui se posent en médecine vient d'estimer que "les décisions des patients conscients devraient presque toujours être honorés, même si elles aboutissent à une mort prématurée". Mise en place par l'ex-président Carter, cette commission - composée de onze membres médecins, théologiens, juristes et représentants des ministères - juge en effet que la décision de commencer un traitement destiné à maintenir en vie ou de l'interrompre doit en dernier ressort revenir au patient ou à sa famille. Dans le rapport qu'elle vient de remettre au président Reagan, elle lance un appel aux hôpitaux et aux professionnels de la santé pour qu'ils agissent dans le respect de la décision des malades ou de leurs proches; elle constate, alors que la mort survient dans 80% des cas dans les hôpitaux, que les pratiques actuelles de ces établissements limitent souvent le pouvoir de décision des familles.

Le rapport, intitulé "Décider de suspendre un traitement destiné à maintenir en vie", précise quand même qu' "un patient ayant refusé un traitement destiné à prolonger sa vie ne devrait pas pour autant se voir refuser des soins destinés à soulager la douleur ou à conserver sa dignité".

-Extrait de "Le Quotidien du Médecin"
du 23 mars 1983-

FRANCE: "... que face à la mort il n'y a pas de solution unique et simple"

est l'intitulé d'un article de "Le Quotidien du Médecin" du 16 mars dernier, consacré au commentaire paru dans "Le Nouvel Observateur" (n°955) sur les résultats d'un sondage effectué auprès des médecins. On trouvera ci-après quelques passages de cet article. Citation: Comme le laisse entendre cet hebdomadaire les chiffres ont beau s'efforcer de simplifier les choses, y compris l'attitude face à la mort, celles-ci lui résistent.

Pour "Le Nouvel Observateur", les médecins en sont bien conscients, qui, dans leur majorité, hésitent à "dire la vérité" au malade condamné qui la leur demande, et refusent qu' "une loi quelconque" leur dicte la conduite à suivre en matière de rapports avec un malade mourant, en matière de traitement ou d'euthanasie active. Ils savent bien, estime l'hebdomadaire, que les questions ne se posent jamais dans la réalité comme dans un sondage, que "la" vérité n'existe guère et ne règle en tous cas pas à elle seule le "problème difficile que pose à chacun de nous l'affrontement de sa propre mort ou de celle d'autrui". Fin de citation.

Sans doute ceci s'applique autant au sondage fait au Japon, dont les résultats figurent au début de la présente rubrique ... !

Dans l'article de "Le Quotidien du médecin" il est aussi question de Monique Tavernier, médecin anesthésiste, actuellement thanatologue (*), ... qui "va donner des soins éclairés chez les particuliers, là où on l'appelle, comme un médecin éclairé" ... s'efforçant de "garder l'éveil en supprimant la douleur", pour mieux aider les mourants et leur famille à vivre une période qui n'exclut pas un "enrichissement extraordinaire" ... par le biais de "ces petits riens" qui transforment l'existence d'un malade: du jus de fruit-champagne au bain, de la musique à la visite souhaitée ... Monique Tavernier rêve de créer en France un équivalent de l'hôpital Saint Christopher, où "il n'y a pas d'agonie".

(*); thanatologie: étude des signes, conditions, causes et nature de la mort.

TRIBUNE LIBRE

SA DERNIERE LEÇON

Arthur KOESTLER fut incontestablement un des plus grands esprits de ce temps. Chacun se souvient de son roman "Le Zéro et l'Infini" analyse pénétrante de l'auto-accusation des victimes des purges stalinienne. Succès mondial traduit en 33 langues. Ce qui nous importe ici n'est pas qu'il fut un communiste fervent, puis un combattant de tous les totalitarismes, mais l'universalité de sa prodigieuse intelligence.

A ses écrits politiques succédèrent des travaux traitant de sociologie, de psychologie et surtout d'épistémologie. Se révélant un précurseur dans bien des domaines des sciences les plus avancées cet homme-là était vice-président de la société "Exit".

Lorsque la souffrance, leucémie et Parkinson l'empêchèrent de poursuivre son oeuvre, il mit fin à ses jours, en toute lucidité, comme le fit Montherlant. Sa femme, quoique de vingt ans plus jeune, l'accompagna dans ce dernier voyage.

Nous n'envisageons généralement l'euthanasie que lorsque la mort apparaît inévitable. Pourtant, lorsque la raison de vivre, ici la poursuite de l'oeuvre ou l'investissement total dans l'être aimé n'est plus possible, il est légitime de mettre fin à une vie dorénavant sans objet. Ceci se passait en Angleterre où le suicide demeure un crime - mais il est des cas où l'impératif moral transcende la loi.

Koestler nous quitte mais nous laisse la plus prestigieuse référence quant au bienfondé de notre action.

W. DESWARTE

L'écran témoin: R.T.B.F. Liège, lundi 21 février 1983,

"POUR OU CONTRE L'ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE"

Les débats, dirigés par A. FRANÇOIS, faisaient suite à la projection du film "Faut-il laisser mourir karen". Y participaient: M et Mme QUINLAN, parents adoptifs de cette jeune américaine qui est dans le coma depuis l'âge de 21 ans (en 1975); M. LESTI, dont le fils de 38 ans vit depuis sa naissance dans un état de totale inconscience; VALERIE, jeune française de 14 ans, leucémique, qui n'a plus voulu rester à l'hôpital où elle subissait de multiples traitements; Dr J. FARBER vice-président du Conseil National de l'ordre des médecins de Belgique et président de la commission éthique de l'Association médicale mondiale; le chanoine J. GOOS, professeur d'éthique médicale à la K.U.L.; Dr Ch. MINET de l'A.D.M.D. Belgique; Dr W. PEERS, gynécologue bien connu.

Comme d'habitude, ce fut une course contre la montre ... succession de dialogues entre l'animateur survolté et, soit un témoin pressé de répéter ce qu'il a dit avant l'émission, soit un expert qui doit savoir s'exprimer vite, sous peine de se voir couper la parole. Pour s'en tenir à l'essentiel, nous avons limité ce compte-rendu à quelques réponses, classées par sujet et par intervenant (cités dans l'ordre alphabétique), sans respecter la chronologie. On n'oubliera pas que l'absence de contexte risque de donner une impression de froideur et de solennité que ces déclarations n'avaient pas.

A propos de l'acharnement thérapeutique et de son coût ...

Dr Farber: l'idée d'acharnement thérapeutique vient des progrès de la médecine./ Il y a cent ans les traitements étaient plus effrayants que maintenant./ La plupart des malades réclament l'acharnement thérapeutique./ Il coûte moins cher à l'hôpital qu'à domicile./ C'est la gloire de la civilisation que la collectivité paye les dépenses pour les malades.

Prof. J. Goos: il est très difficile de faire la distinction entre thérapie ordinaire et extraordinaire; il faut qu'il y ait proportionnalité entre la thérapie et le bien être du malade. Tout dépend des risques, frais, conditions physiques et morales du patient.

Dr Minet: constate que parfois la vie de certains malades est irrémédiablement compromise, ils sont incurables et bien qu'ils aient peu de temps à vivre on engage encore des traitements chirurgicaux, aux rayons, de chimiothérapie, qui statistiquement servent à améliorer la vie quantitativement mais non à améliorer la vie du patient, qualitativement./ L'acharnement thérapeutique est une menace; souvent, à quoi bon ajouter quelques jours.

Dr Peers: la technologie augmente le nombre de décisions à prendre./ R. à la question "est-ce que les médecins s'accrochent": ils n'aiment pas s'avouer battus.

du rôle du médecin et de la compréhension de la fin ...

Dr Farber; sur le cas de karen, puis de Lesti: il est difficile de se prononcer sur un cas particulier, il faut une réflexion préalable./ On demande au médecin d'être juge, de décider, ce n'est pas son rôle./ Rappel des dangers de l'eugénisme./ On veut

de plus en plus se débarrasser des gens âgés: ils restent à l'hôpital et y meurent./ Le cas du patient inconscient est une complication.

Prof. Goos: rappelle Dr Schwarzenberg ... ne pas accepter qu'on puisse disposer de la vie d'un autre, car ce serait consacrer le droit du plus fort/ La déclaration de l'Eglise, en mai 1980, plaide en faveur d'une mort digne.

Dr Minet: il faut être confronté avec un problème précis pour pouvoir juger./ L'espoir est d'améliorer la situation du malade pour que sa fin soit le couronnement de sa vie; qu'il la termine entouré d'affection./ Il faut apprendre à mourir, que ce soit à l'hôpital ou à domicile.

Dr Peers: le vrai problème est d'aider quelqu'un à mourir, lui donner le plus de bonheur possible, lui assurer une mort heureuse./ L'attitude que doit avoir le médecin est difficile à codifier./ Le problème n'est pas que juridique: au procès de Liège le médecin a été acquitté mais le Conseil de l'ordre l'a puni.

M. Quilan, sur la situation aux Etats-Unis: les médecins se rendent compte qu'ils doivent intervenir./ Une mort digne, à la maison, est encouragée par les médecins./ De plus en plus, les juristes considèrent que le patient doit prendre une décision lui-même, ou son tuteur juridique, mais pas le médecin.

des relations entre médecins et patients...

Dr Farber, à propos du cas de Valérie: bien entendu un malade a le droit de sortir de l'hôpital; dans le cas de Valérie les difficultés ont été dues, sans doute, au fait qu'elle est mineure.

Dr Minet: le contrat de vérité n'est pas respecté, le patient n'est pas tenu au courant, il n'a pas le choix de la thérapie.

Dr Peers: on ne dit pas le diagnostic en milieu hospitalier, notamment pour le cancer, mais bien pour un infarctus alors que, dans ce cas, la mort peut suivre à bref délai./ Fondamentalement le malade a droit à la vérité.

sur les recherches médicales ...

Prof. Goos: le danger de la recherche médicale dans le seul but de recherche existe: voir la manipulation des fœtus; c'est le patient seul qui doit compter./ ne critique pas le progrès mais une ambivalence est nécessaire: réanimer les hommes-respecter leur dignité.

Dr Farber: la commission éthique du F.N.R.S. est très difficile quant aux conditions morales à respecter avant d'entamer une expérience.

Questions des téléspectateurs:

- nombreux témoignages de drames vécus; interventions -en général- favorables à une mort digne;

- sur les droits des malades et des médecins, le manque de dialogues entre eux; l'influence de la religion. Qui paye l'acharnement thérapeutique, quelle est l'influence du besoin d'amortir l'appareillage médical coûteux ?

- questions et réponses aussi sur les nouveaux nés atteints de graves malformations ou d'affections incurables: ils posent le même problème, si difficile à résoudre, que les malades inconscients.

Enfin, tous ceux qui ont demandé: "que faire ?" sauront, par le Dr Minet, quels sont les buts et les moyens de notre association et comment nous rejoindre.

Redisons-le, il s'agit ici d'un choix de déclarations notées au fil des débats. Il n'y eut parfois que différentes nuances d'une même opinion; exemple: il y a surtout des cas particuliers méritant chacun mûre réflexion. Il nous semble que de telles confrontations peuvent conduire progressivement à modifier les relations entre

protagonistes des actes médicaux de sorte que, finalement, chacun de nous, s'il le veut, puisse achever sa vie sans devoir subir, ni souffrances, ni déchéance.

P.Herman

La mort..., perçue par une jeune fille de quatorze ans ...

Chacun sait qu'un jour il mourra. On ne sait pas pourquoi, comment, où, mais on sait que cela viendra. Je ne sais pas ce que signifie la mort, ce qu'elle est et je me pose des questions. Qu'est la mort? S'approche-t-elle à pas voilés, lentement, au fil des ans? Arrive-t-elle soudainement? Mort, y a-t-il une autre vie?

Je crois que je prendrai ma mort sans ressentiment si j'ai accompli les choses que j'ai voulu accomplir. Je veux travailler chaque minute, aider les autres, ne pas penser à moi-même. Je veux profiter de nos longues vies qui, quand elles sont pleines de bonheur, sont si courtes.

La mort est si proche et pourtant si lointaine.

Faites ce que vous voulez maintenant, ne remettez rien à un lendemain qui ne viendra peut-être jamais.

Marianne, 1979.

Née le 27 juin 1965,
décédée le 7 mars 1983, âgée de moins de dix huit ans.

Gaie, accueillante, communicative et passionnée de danse de mouvement, elle avait beaucoup voyagé. Après son décès, consécutif à un accident cardiaque, sa famille découvrit, avec complète surprise, un monceau de documents, dont le texte présenté ci-dessus, révélant ce qu'elle avait pensé.

(communiqué par J. van Hoorn,
Vice-Président de A.D.M.D.)

ECHOS

Dans ce bulletin, nous avons tenu à consacrer une place importante aux réactions des membres; ceci nous a obligé à remettre diverses publications au prochain numéro. Ainsi, plusieurs articles récents de la presse belge auraient mérité d'être commentés:

"Améliorer la qualité de la vie quand les jours, les mois, les années sont comptés" (Le Soir, 21-12-82) à propos de la création de "Continuing Care Community", nouvelle association créée à Bruxelles (tél.767.41.96.); "Mort, mot interdit, sujet tabou?" (Femmes d'Aujourd'hui n° 10 8-3-83) bonne information, très compréhensive; Témoignage d' "Acharnement thérapeutique" excessif (Le Soir, 21-4); "Pour une approche plus sereine de la mort" (Le Soir, 19-3) et de nombreux articles, dans différents journaux, à l'occasion du décès des Koestler.

LU POUR VOUS

LES MIRACLES DE LA MEDECINE ET LE DROIT A LA MORT

=====

Quatre-vingt pour cent des décès se produisent actuellement en milieu hospitalier et sont le résultat d'une décision consciente du médecin, ainsi que de la famille du patient, d'interrompre un traitement. Ceci ressort d'une étude faite par le Professeur Norman Fost de l'Université du Wisconsin (U.S.A.)

La question est de savoir quand préserver la vie, quand laisser mourir et qui prendra la décision.

Aidés d'organes artificiels, de transplants, d'une foule de gadgets médicaux, les médecins sont actuellement en mesure de reculer les frontières de la mort pour des périodes plus ou moins longues, avec plus ou moins de confort pour les malades. Il s'agit là, indiscutablement, d'un progrès de la science dont l'humanité toute entière devrait être bénéficiaire.

Les bienfaits de la science entraînent néanmoins quelques malédictions, dont les moindres ne sont pas, dans le cas qui nous occupe, l'obligation du choix, l'incertitude éthique, les risques légaux.

Une grande majorité se dégage pour soutenir qu'il est moralement admissible et souhaitable de permettre à une personne de mourir si les soins donnés ne peuvent amener la guérison. Les points de vue commencent à diverger sérieusement lorsque ce principe doit être mis en application à des cas concrets.

L'Eglise Catholique elle-même déclare clairement qu'il est légitime de mettre fin à un traitement qui n'apporterait qu'une prolongation précaire et douloureuse de la vie alors que la mort est imminente. (Déclaration du Vatican sur l'euthanasie - 1980) Le Rabbin Simon Siegel du Séminaire de Théologie de New-York dit : "Le devoir de chaque individu est de vivre aussi longtemps que possible, mais si une personne est appelée à mourir dans un délai proche il n'y a aucune obligation d'empêcher que cette mort se produise."

Aux U.S.A., la Commission présidentielle pour l'étude des problèmes d'éthique médicale (Commission for Study of Ethical Problems in Medicine) a publié un rapport de 255 pages de recommandations sur la décision d'interrompre un traitement de survie (Deciding to Forgo a Life-Sustaining Treatment). Cette étude, la 7e publiée par cette Commission composée d'éminents médecins, de juristes, de théologiens et qui a commencé ses travaux voici trois ans, conclut qu'un patient capable de comprendre les choix de traitement et leurs conséquences a le droit le plus absolu de décider de son propre sort. Le rapport ajoute que, si une personne est inconsciente, un suppléant devrait être désigné (généralement un membre de la famille) pour prendre les décisions en ses lieu et place.

La Commission recommande aux Cours et aux Tribunaux de rester en dehors de ces questions qui doivent, selon elle, être résolues par les personnes sur le terrain - le patient, la famille, l'équipe médicale soignante-. Une législation en la matière ne pourrait qu'affecter de façon nuisible les relations personnelles entre le patient et son médecin.

Certains Etats américains ont cherché à renforcer le droit de l'individu à disposer de sa propre mort. Depuis 1976, quatorze Etats et le District de Columbia ont légalisé l'usage des testaments biologiques. Ces documents deviennent dès lors d'application impérative pour le médecin. Néanmoins, le testament ne pouvant prévoir toutes les situations la Commission présidentielle recommande la désignation de personnes investies de pouvoirs durables (suppléants ou garants) au cas où le malade serait inconscient. La légalité d'un tel document qui autorise quiconque -parent, ami conseiller- à prendre en lieu et place du malade les décisions médicales qu'il estime souhaitable a été reconnue par 42 Etats américains.

A. OPDEBEECK
d'après TIME n° 15, 11 avril 1983

x

x x

"QU'ON ME LAISSE MOURIR DANS MON SOMMEIL"

"Let Me Die Before I Wake", de Derek HUMPHRY

Hemlock's book of Self-deliverance for the dying person, 1981, Los Angeles, U.S.A. (vendu uniquement aux membres d'associations pour le droit de mourir).

Extraits, ... Derek Humphry,

qui a lui-même, et d'accord avec elle, mis fin aux intolérables souffrances de sa première femme qui se mourait d'un cancer. De très nombreux cas semblables nous sont rapportés qui tous nous font frémir de pitié et nous inclineraient à agir dans le sens d'une délivrance souhaitée, acceptée tant par le malade que par son entourage familial, le médecin traitant, l'infirmière, etc..

Le problème est très différent de celui de la simple euthanasie, du suicide ou de l'aide facile dans ce sens. C'est toujours après de longues hésitations, de douloureux mais aussi de salutaires échanges de vues (qui paradoxalement aboutissent à une étonnante, merveilleuse sérénité, une profonde communion d'êtres qui veulent intensément le Bien, le Mieux Etre d'un parent, d'un ami, d'un patient) qu'est prise en pleine conscience des responsabilités de chacun la décision finale. D'éventuels remords du geste accompli s'estompent et font place peu à peu à une satisfaction raisonnée.

Très lentement se forment dans différents pays des groupes de personnes de très grande bonne volonté qui étudient les aspects affectifs, sociologiques, légaux du problème qui éviteraient à beaucoup les affres du manque de savoir-faire de ceux qui tâtonnent, ne sachant pas par exemple que trop de l'un ou l'autre produit pharmaceutique amène des vomissements qui font rater la tentative, C'est pourquoi l'on en est arrivé aussi à étudier des dosages précis afin d'éviter les effets d'une accoutumance ou des effets secondaires dommageables, tel un psychisme réduit par les antidépresseurs tricycliques. La "bonne dose" consiste en des mélanges d'analgésiques, d'hypnotiques et d'anti-émétiques dont la recette doit être révélée avec la plus grande prudence. Certains sont administrés en piqûres, d'autres sont pris buccalement. Il est souvent très difficile de se les procurer et on ne peut en user que dans des cas extrêmes. Il ne peut être question d'aider les "faux" suicides, mais n'oublions pas que les vrais suicides sont difficile à éviter.

Il faut tenir compte de l'opposition possible de membres de la famille, mettre le moribond en garde contre un éventuel ratage, ne pas oublier que certains ont intérêt au décès (assurance-vie, héritages).

C'est être un VRAI ami du grand malade douloureux que de l'assurer que quand l'heure sera venue l'on accepte de hâter sa fin par une mort digne, pour éviter les horribles déchéances dont nous ne sommes que trop souvent les témoins impuissants.

Quelques considérations pourtant :

1. La discrétion la plus absolue est indispensable en tout temps car beaucoup de législations considèrent l'acte de commisération comme un crime, un meurtre, et ceci pour des raisons d'éthique, d'opinions religieuses, de méfiance vis-à-vis de personnes qui pourraient paraître intéressées, etc..
2. Il faut à tout prix éviter l'hospitalisation car là personne n'acceptera pas le risque de la solution radicale et l'on empêchera la personne elle-même d'agir.
3. Personne ne peut jurer qu'il n'aidera pas un jour. Une question délicate : quand l'attitude du malade par rapport au problème se modifie, quelle est celle à laquelle il faut s'en référer : celle adoptée en pleine santé ou celle qui a changé?
4. C'est faire preuve d'un altruisme élevé que de prendre un tel risque.

Quand faut-il agir ? peut-on baisser les bras ?

La réponse est au plus profond de chacun de nous et selon sa conscience.

Cet ouvrage de Humphry est édité par HEMLOCK, une association américaine qui encourage l'euthanasie volontaire active, au stade final de la maladie. On trouvera ci-après la traduction de deux passages du périodique "Hemlock Quarterly" (n° 9 octobre 1982) publié par cette association (Los Angeles, Cal.).

CANADA: REFORME DE LA LOI

Au Canada ceux qui veulent changer la loi prêtent l'oreille aux arguments et rejettent les changements de point de vue sur l'euthanasie.

Dans le rapport de la "Commission pour la Réforme de la Loi" du Canada, il est fait allusion deux fois aux buts de "Hemlock". Ce compte rendu qui fait partie de la suite d'articles de "Protection de la Vie", est bien rédigé, pensé clairement et donne une impression générale très complète des arguments pour et contre l'euthanasie. Mais ses conclusions sont faibles et sa logique en vue de rejeter la réforme, peu convaincante, parce qu'apparemment le comité qui étudiait ce sujet n'arrivait pas à un accord.

Il est possible de se procurer^r gratis le compte rendu et l'article d'étude n°28 à la Law Reform Commission of Canada, 130, Albert street, 7e étage à Ottawa, Canada.

AIDER SON PROCHAIN A MOURIR

Il n'est pas possible de préciser comment l'on se supprimera ou en assistera d'autres à le faire : il faut y réfléchir en connaissance de cause (points de vue philosophique, religieux etc..)

Certains souhaitent la lutte dans la souffrance jusqu'au bout et proclament qu'ils n'aideraient jamais un tiers à se supprimer.

certains jurent qu'ils n'aideraient pas et le font quand-même, mais le contraire est vrai aussi; d'autres très courageux prennent toutes les dispositions pour se supprimer discrètement eux-mêmes, ne pas compromettre de tiers, que ce soit légalement ou psychologiquement; d'autres encore proclament bien haut leur action afin de faire changer la loi. Il y a ceux qui insistent pour rester présents lors de la disparition inexorablement voulue de l'être cher, pour l'amour du bien qu'ils ont si longtemps connu ensemble.

Cela dépend du tempérament de chacun, des circonstances du moment, du concept que la mort est ou non un arrêt normal de la vie, de la profession exercée, etc...

VOS REMARQUES ...

VOS QUESTIONS ...

VOS SUGGESTIONS.

Le 19 mars, en fin d'Assemblée générale, le Président a ouvert une discussion sur les activités de l'A.D.M.D. en évoquant le problème des garants du "testament biologique". Leur rôle est de rappeler la volonté de celui qui est devenu incapable de l'exprimer, et de témoigner que le testament faisant foi de cette volonté a été signé en pleine conscience. Il importe donc de choisir les garants parmi les personnes que l'on connaît bien. A ce propos, des membres ont suggéré de provoquer le dépôt d'une proposition de loi pour que le testament soit légalisé. Le conseil d'administration s'occupe de la faire préparer par des juristes car une mauvaise loi pourrait créer une situation encore plus défavorable.

Parmi des questions ... à mûrir:

- sachant que l'association s'interdit d'intervenir en matière d'euthanasie active, défendrait-elle un médecin poursuivi pour l'avoir pratiquée ?
- à quoi s'engage exactement le garant ?
- comment espérer réussir à en finir, alors qu'au stade final on se trouve entièrement aux mains du médecin pour qui le patient tient d'autant plus à la vie que son état est grave ?
- le testament pourrait-il être avalisé chaque année, indépendamment du paiement de la cotisation ?

Aux membres qui ne lisent pas le bulletin !!!

- oui nous poursuivons des relations avec de nombreuses associations d'autres pays; le texte du testament se trouve sur la carte de membre.

Des réponses:

- une décentralisation géographique est en voie de réalisation, notamment pour grouper les garants et faciliter les contacts avec ceux qu'ils représentent;
- nous recherchons des bonnes volontés pour améliorer la diffusion de nos idées dans les milieux chrétiens;
- jusqu'à présent, il n'a pas été retenu de prendre en charge le douloureux problème des nouveaux nés atteints de graves malformations ou de très importantes affections incurables.

Enfin, le Président a insisté sur le fait que les membres du conseil d'administration sont dans l'impossibilité matérielle de répondre à toutes les demandes. C'est pourquoi des réunions de discussion seront organisées périodiquement (le première le 14 mai) et des questions précises seront traitées dans le bulletin.

x

x x

Après l'Assemblée générale, le Président a fait un exposé-débat sur "l'acharnement thérapeutique et les possibilités de la médecine en 1983".

En bref: d'après de nombreux exemples, tirés notamment de son expérience de cancérologue, le Dr Y.KENIS établit la distinction entre l'acharnement thérapeutique légitime, sans lequel de nombreux malades n'auraient pu et ne pourraient être sauvés, et l'acharnement thérapeutique excessif parce que contraire au réel intérêt du malade.

acharnement légitime ... qui a conduit à sauver plus de 60 % des enfants atteints de leucémie alors qu'ils en mourraient tous auparavant, qui permet de sauver de nombreux malades, en cas d'infarctus du myocarde, grâce aux soins reçus dans les unités spécialisées, de "ressusciter" des noyés ou encore des accidentés ensevelis des heures sous la glace ... et combien d'autres cas.

Acharnement excessif ... que de poursuivre des examens médicaux pénibles ou douloureux bien qu'ils soient devenus inutiles, prolonger un traitement alors que le malade en est au stade terminal !

N'oublions pas que certains traitements servent uniquement à empêcher le patient de mourir de faim ou de soif; s'il les refuse, il sera difficile de respecter sa volonté.

Cet exposé a suscité un débat très animé, résumé ci-après:

- Parmi les interventions passionnées relatives au sujet traité, plusieurs évoquent des cas de malades irrémédiablement condamnés, par exemple atteints de cancer aux poumons, qui ont encore été traités durant des mois, subissant un véritable calvaire.
- Certains soupçonnent que, parfois, on multiplie les examens en vue de rentabiliser un équipement coûteux !, soulignent le fait que le malade ne reçoit pas d'information honnête sur son état d'où il résulte que toute prise de décision est réservée au médecin (ce qui justifie l'action pour l'instauration d'un "contrat de vérité" entre eux).
- A une question relative à l'attitude de l'A.D.M.D. vis à vis de l'euthanasie active, le Président confirme que l'association s'interdit d'intervenir pratiquement en la matière, ce qui ne signifie pas qu'elle soit contre l'euthanasie active. Il s'agit d'ailleurs d'une option inscrite au testament biologique, laissée au choix du testataire. D'après des membres, il importe que l'A.D.M.D. ne soit pas réputée être favorable au suicide ou à l'euthanasie active.
- En ce qui concerne le rôle du médecin traitant, à partir du moment où son patient entre à l'hôpital, le Dr Ch. MINET considère que son autorité reste considérable et qu'une thérapie ne serait pas engagée contre son avis.

x

x x

L'abondant "Courrier des lecteurs" est une troisième source d'interventions. A nouveau, nous ne pouvons qu'en résumer les passages essentiels.

- M.P. de Bruxelles, renouvelle gentiment sa cotisation bien qu'elle désapprouve notre refus de diffuser la brochure "Autodélivrance". Rappelons que notre position actuelle est motivée par notre crainte de favoriser des tentatives de (jeunes) personnes momentanément déprimées.
- J.D. de Bruxelles, vivement remerciée pour son don de 5000 f, a beaucoup souffert d'un manque de dialogue de la part des médecins. "Le malade ne demande pas de pitié mais de la compréhension; il a droit à la vérité s'il la demande. Elle est frappée par le fait que -souvent- le médecin écoute moins le patient que sa famille.
- A.L. du Luxembourg (Prov.), demande ce qu'on entend exactement par "déchéance physique, intellectuelle ou morale", tel que prévu au testament. On y reviendra.
- R.D. après l'assemblée: des médecins acceptent le testament mais considèrent qu'ils n'y sont pas liés. Publier une liste des médecins membres de l'A.D.M.D.? L'expérience française démontre que tous refusent de figurer sur une telle liste, ce que nous comprenons très bien.

- M.M. de 1060 Bruxelles, qui encourage notre action (merci), trouve que les termes du testament en font une "supplication assez pitoyable"; "j'espère" ... non: "je veux"...! Rappelons qu'il ne s'agit que d'un modèle, à chacun de le modifier à son gré. Nous reviendrons sur les dispositions à prendre pour empêcher qu'une mort apparente soit prise comme réelle et sur l'éventuel recours légal à un refus d'exécution du "testament biologique"

Merci à tous.

Conclusions: l'ensemble de ces interventions confirme, une fois de plus, que les problèmes posés sont aussi nombreux que délicats et représentent autant de cas particuliers, tant du côté des malades que de celui des membres du corps médical. En contrepartie, l'activité de l'A.D.M.D. nous semble devoir être orientée comme suit:

- s'attacher à préciser l'attitude à avoir et l'action à entreprendre, vis à vis de questions essentielles, plutôt qu'éparpiller les efforts à vouloir répondre à chaque cas;
- assurer un débat permanent avec les membres, par des réunions et par la voie du bulletin;
- développer une large information du public et des milieux intéressés, poursuivre la collaboration avec les associations des autres pays;
- plus pratiquement: améliorer l'efficacité du "testament biologique", promouvoir l'adoption de "contrats de vérité" entre médecins et patients après en avoir établi des modèles, rechercher des conditions légales pour que le respect de la volonté des malades soit assuré, sans pour autant faire encourir de risques aux médecins.

C'est à la réalisation de ces tâches que sont conviés les membres de l'A.D.M.D.-Belgique et tous ceux qui partagent leurs espoirs.

P.Herman



"La Belgique en deuxième position au macabre bilan des suicides: 40.000 tentatives par an"

(Le Soir, 6-4-83).

ECHOS

- Une première réunion d'information, pour les membres et autres intéressés, a eu lieu le 14 mai dernier; elle sera commentée dans le prochain bulletin. D'autres suivront périodiquement.
- Le Président, Dr Y.Kenis, a fait un exposé à l'auditorium Shell le 28 avril, dans le cadre d'un cycle de conférences organisé par le "Centre d'aide aux mourants" (C.A.M., 12 rue de l'Orme, 1040 Bruxelles, tél. (02) 733.57.39). Il a donné une conférence au "Rotary". L'A.D.M.D.-Genève l'a invité à parler, prochainement, à sa tribune.

A. D. M. D. - BELGIQUE:

Association pour le droit de mourir dans la dignité - BELGIQUE:

BULLETIN D'ADHESION:

(à remplir en caractères d'imprimerie ou dactylographié)

Je, soussigné(e),

NOM (de jeune fille pour les dames mariées):

PRENOM:

Rue: n°: Boîte:

N° postal: LOCALITE:

nationalité:

profession:

date de naissance:

SOUHAITE DEVENIR:

- °° MEMBRE EFFECTIF de l'A.D.M.D.-BELGIQUE et verse ce jour la somme de (500 fr minimum pour les personnes domiciliées en Belgique; 700 Fr minimum pour les autres) au compte 210-0391178-29 de l'A.D.M.D. Belgique à Bruxelles
- °° MEMBRE ADHERENT et verse ce jour la somme de (300 Fr minimum pour les personnes domiciliées en Belgique; 500 Fr pour les autres) au compte 210-0391178-29 de l'A.D.M.D. à Bruxelles.
- °° Biffer la mention inutile

DATE

SIGNATURE:

Rappelons que les membres effectifs sont les seuls à avoir droit de vote lors des assemblées générales et que la liste de ces membres doit être déposée annuellement au Greffe du Tribunal de Première Instance.

BULLETIN A RENVOYER A

Madame Cl. DUBOIS (trésorière)
Bd MACHTENS 147 Boîte 18
1080 BRUXELLES