

A.S.B.L.

ADAM

*Association pour le
Droit de Mourir
dans la Dignité*

BELGIQUE

Secrétariat : Rue de la Pastorale, 84 - 1080 Bruxelles

BULLETIN TRIMESTRIEL N° 14

JUIN 1984 — Prix : 30 F

- 2.

A.D.M.D.-Belgique

Association pour le droit
de mourir dans la dignité.

Association sans but lucratif

BULLETIN TRIMESTRIEL

n° 14 - JUIN 1984

SECRETARIAT: 84 rue de la Pastorale
1080 Bruxelles.

PERMANENCE TELEPHONIQUE
Région de Bruxelles

02/537.97.63 (Mr. I. Lebrun)

-les lundis et jeudis, de 9 à 12 h.
EXCLUSIVEMENT

RETARDS DE COTISATIONS

Attention

Après ce n° 14, le bulletin ne sera plus envoyé
aux membres 1983 qui n'ont pas renouvelé leur
cotisation.

SOMMAIRE

Le Billet du Président (Y.K.)	3
C.R: assemblée générale annuelle (G.T.)	4-6
" " " " " " extraordinaire (G.T.)	6
" " "Flux et reflux du déni de la mort ..." (A.M.Staelens)	7-8
Combien sommes-nous dans le monde (Féd. mondiale ADMD)	8
Concours de l'ADMD: étude des conditions de vie des vieillards...	9
Proposition de loi (W.Deswarte)	10
Milan Kundera (extrait)	10
L'euthanasie aux Pays-Bas (NVVE, L.Favyts, G.Liebu)	11-14
Questionnaire ADMD: réponses à la 1ère question (P.Herman)	15-17
De l'étranger: Grande Bretagne	18
Belgique: positions sur l'euthanasie (P.H)	19
S.O.S. Cancer: permanence téléphonique (Institut Bordet)	19
Les livres: "Comme la prunelle de mes yeux" (G.Liebu)	20
RWS: activités	20
ADMD: activités; banque des testaments, décentralisation, ...	21-22
Règlement intérieur de l'ADMD	Annexe 1

Les articles signés n'engagent que leur auteur

Prochain n°: questionnaire (réponse à la 2° question), de l'étranger,
la fin du voyage (émission T.V.), courrier des lecteurs,
échos, etc.

LE BILLET DU PRESIDENT

C'est lorsqu'on peut annoncer une bonne nouvelle que le rôle de président est particulièrement agréable. Pour son deuxième anniversaire (le 24 avril), l'A.D.M.D. a reçu un magnifique cadeau: une aide financière substantielle de l'Exécutif de la Communauté Française. Le ministre Urbain a en effet octroyé pour 1984 des subsides qui permettront d'engager à mi-temps une personne qui aidera la secrétaire (bénévole) et qui, lorsque nous disposerons d'un local, pourra assurer une permanence pour nos membres et pour les très nombreuses personnes qui désirent obtenir des renseignements sur notre association.

Je pense que c'est une étape importante qui doit nous permettre d'être plus près de nos membres et d'être mieux au service de la population concernée par les problèmes dont nous nous occupons. Cela nous impose aussi des devoirs. Nous devons mieux définir nos objectifs. Nous devons étendre notre action en dehors de la capitale. Nous devons multiplier les moyens d'information.

Il me semble évident que distribuer à nos membres un modèle de testament concernant les dernières volontés relatives à la mort, établir une banque de ces testaments, publier un bulletin, organiser quelques conférences et réunions d'information, ce n'est pas suffisant. Les membres du Conseil d'Administration sont bien conscients qu'on attend d'avantage de l'A.D.M.D. L'actualité récente - les déclarations du professeur Julius Hacketal en Allemagne et l'information pour meurtre ouverte par le parquet de Bavière - oblige à revenir sur le douloureux et délicat problème de l'euthanasie volontaire. Il va de soi qu'en cette matière l'A.D.M.D. ne peut pas et ne veut pas aller au delà du domaine des principes, mais ceux-ci doivent être clairement affirmés: notre association défend le droit de chaque individu à l'euthanasie active volontaire. La question de savoir s'il convient de lutter pour la légalisation des actes d'euthanasie volontaire n'a pas été tranchée. Il importe de rappeler ici que beaucoup de personnes (et en particulier beaucoup de médecins) estiment qu'une légalisation serait dangereuse et que les actes d'euthanasie ne concernent que le médecin et le malade. L'A.D.M.D. souhaite toutefois qu'une proposition de loi soit déposée précisant que "les dispositions des articles 401 bis (homicide volontaire non qualifié de meurtre) et 420 bis (défaut de secours à personne en danger) ne soient pas applicables au médecin qui, à la demande du malade conscient ou en vertu d'une déclaration écrite antérieure de celui-ci, ou au cas contraire de sa propre initiative, s'abstient d'entreprendre ou de poursuivre un traitement ou une réanimation susceptibles seulement de prolonger artificiellement la vie d'un patient atteint d'une affection accidentelle ou pathologique incurables."

Y.K.

L'ASSEMBLEE GENERALE ANNUELLE DES MEMBRES EFFECTIFS DE L'ADMD

a eu lieu à Bruxelles le 10 MARS 1984.

Etaient présents:

Pour le Conseil d'administration:

Mmes DUBOIS, MOREAU et TART, Mrs HERMAN, van HOORN et LEBRUN

Excusé et représenté: Dr KENIS

Absent: Dr MINET

Membres: 43 présents

38 représentés

soit un total de 81 votants sur 164 membres effectifs en règle de cotisation.

En l'absence du Président, Mr van Hoorn, Vice-président, ouvre la séance à 14 heures:

- 1/ Lecture et approbation à l'unanimité du compte rendu de l'assemblée générale du 19 mars 1983.
- 2/ Lecture par la Trésorière du bilan 1983 et du budget 1984 repris ci-dessous:

SITUATION DES DIVERS COMPTES AU 31 décembre 1983:

Avoir au 5 janvier 1983	157.387
Recettes nettes année 1983	216.754
	374.141 Fr

Répartis en:

a) Livret-intérêts Bruxelles:	273.937
b) Compte à vue Bruxelles:	99.923
c) Compte à vue Namur:	- 302
d) Caisses:	583
	374.141 Fr

ETAT DE LA TRESORERIE: I DEPENSES 1983

(arrêtées au 31/12/83)

II RECETTES 1983

<p>SECRETARIAT:</p> <p>a) Fournitures de bureau: 45.726</p> <p>b) Timbres 88.223</p> <p>c) Téléphone 2.364</p> <p>d) Impressions, photocopies 40.536</p> <p>e) Affiliations 1.766</p> <p>f) Divers 2.402</p> <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> <p style="text-align: right;">191.117</p> <p>CONFERENCES-REUNIONS:</p> <p>a) locations/salles 6.470</p> <p>b) Frais de conférencier 2.610</p> <p>c) Divers 3.683</p> <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> <p style="text-align: right;">12.763</p> <p>DEPLACEMENTS-FRAIS DE SEJOUR:</p> <p style="text-align: right;">6.250</p> <p>BULLETINS d'INFORMATION: Fournitures, impression et expédition: 54.353</p> <p>DONS et PRETS aux groupements locaux affiliés: 15.000</p> <p>REMUNERATIONS EVENTUELLES: néant</p> <p>IMPOTS: néant</p> <p>ACHATS EN MATERIEL: 26.955</p> <p>DIVERS: 872</p> <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> <p style="text-align: right;">297.210</p>	<p>10 COTISATIONS y compris suppléments bénévoles: 340.389</p> <p>11 DONS ET SUBSIDES: 114.400</p> <p style="padding-left: 20px;">a) dons: néant</p> <p style="padding-left: 20px;">b) subsides: néant</p> <p>12 CONFERENCES: 31.085</p> <p>13 VENTES de documents et divers: 27.590</p> <p>14 DIVERS:</p> <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> <p style="text-align: right;">513.964</p>
<p>TOTAL: 297.210</p>	<p style="text-align: right;">-297.210</p>
<p>RAIS TOTAUX SUR L'ANNEE:</p>	<p style="text-align: right;">216.754</p>

BRIEF BUDGET 1984

I DEPENSES

II RECETTES

SECRETARIAT:	
a) Fournitures de bureau:	70.000
b) Timbres	150.000
c) Téléphone	
d) Impressions, photocopies	
e) Affiliations	
f) Divers	total: } 80.000
	<hr/>
	300.000
2) CONFERENCES:	25.000
3) DEPLACEMENTS:	15.000
4) BULLETINS:	50.000
5) DONNS ET PRETS:	25.000
6) REMUNERATIONS EVENTUELLES:	néant
7) IMPOTS:	néant
8) ACHAT DE MATERIEL:	50.000
9) DIVERS:	5.000
	<hr/>
TOTAL:	470.000

10) COTISATIONS:	350.000
11) DONNS ET SUBSIDES:	75.000
12) CONFERENCES:	25.000
13) VENTES DE DOCUMENTS:	25.000
14) DIVERS:	néant
	<hr/>
	475.000

B.: Les charges de secrétariat s'alourdissant, il conviendrait de prévoir la location d'un local (environ 200.000 FR) et la rémunération d'un permanent à mi-temps (environ 500.000) ce qui élèverait les dépenses à 1.170.000 FR.

2 BIS/ Le rapport de la Secrétaire porte sur:

- Les activités de l'ADMD:

- L'augmentation du nombre de membres croît de 100 % chaque année depuis la création de l'association; elle comptait 823 membres au 31 décembre 1983.
- La récente création, par Mr L. Favys, de l'association-soeur néerlandophone R.W.S. (Recht op Waardig Sterven).
- Le fonctionnement de la banque de testaments (une soixantaine en dépôt chez Mme Moreau, qui en est responsable)
- Le comité juridique qui étudie pour l'instant un texte de proposition de loi légalisant le testament biologique.
- Les publications de l'ADMD: le Bulletin trimestriel très apprécié par les membres et, notamment, à l'étranger.
- La revue de presse, diffusée dans les milieux médicaux et juridiques (notamment dans les différentes Facultés du pays).
- L'espoir d'obtenir, grâce aux démarches de Mme Kenis, des subsides qui permettraient d'envisager la location d'un local.
- La propagande: en un an, 1500 réponses environ ont été envoyées suite à des demandes d'information; 2000 envois en prospective ont été faits.
- Les nombreuses activités publiques auxquelles le Président et, parfois, d'autres membres du Conseil ont participé (soit qu'elles aient été organisées par l'ADMD, soit par d'autres associations).

La secrétaire rappelle à l'assemblée que tous les membres du Conseil travaillent de manière totalement bénévole; elle remercie pour leur collaboration et leur dévouement, le Président, Mr Herman, Mme Dubois Mme Gravier, Mr Bekaert et tous les collaborateurs bénévoles.

3/ Le bilan 1983 est approuvé par les commissaires aux comptes, Mme RIGAUX, qui représente aussi Mr RALET dont elle lit à l'assemblée la lettre d'approbation des comptes.

4/ Les bilans 1983 et budget 1984 sont approuvés à l'unanimité.

5/ Le Président de séance annonce ensuite la démission de deux administrateurs, Mme OPDEBEECK et Mr PETITJEAN, trop pris par des activités professionnelles; il les remercie de la collaboration qu'il ont apportée à l'ADMD.

Il propose comme administrateurs:

- Mme STAELENS, Anne-Marie, ép. KENIS, professeur, 9 rue du Champ de Mars, B.2 à 1050 BRUXELLES.
- Mr BOGAERTS, Georges, administrateur de sociétés, 49 av. Gimoulin à 1310 LA HULPE.
- Mr DELABY, Alfred, retraité, 90 av. Beau Séjour à 1410 WATERLOO.
- Mr FAVYTS, Léon, délégué médical, 45 Somerstraat à 2018 ANTWERPEN.

L'assemblée les élit à l'unanimité.


6/ Le complément au règlement d'ordre intérieur (voir annexe 1) est adopté à la majorité des voix (80 voix POUR et 1 voix CONTRE).

6bis/ Le quorum de 2/3 des membres effectifs n'étant pas atteint, le vote sur la modification des statuts n'est pas valable. (voir articles 8 et 20 de la loi du 27.6.1921 relative aux a.s.b.l.).

Une réunion extraordinaire sera organisée à une date ultérieure.

La séance, levée vers 15 heures, est suivie d'un débat ouvert à tous auquel participe Maître Guffens, représentant Maître Geairain, et qui se termine vers 17 h 30.

La Secrétaire,



G. TART.

COMpte RENDU DE L'ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE DES MEMBRES EFFECTIFS DE L'ADMD-Belgique du 31 MARS 1984:

Présents:

Mmes Kenis, Moreau et Tart, MM. Bogaerts, Delaby, Favys, Herman, Kenis et Lebrun, membres du conseil;
membres: trois dont deux représentés soit 12 membres / 164.

Point unique à l'ordre du jour:

Modification des statuts adoptée à l'unanimité:

A l'article 5: ajouter après l'alinéa 2: "L'association R.W.S. (Recht op waardig sterven) est membre effectif de droit de la présente association".

Après l'article 19, insérer un article 19 bis ainsi libellé:

"Pour représenter l'association de manière permanente au sein de son homologue R.W.S., le Conseil d'administration délègue un organe permanent, conformément aux pouvoirs qui lui sont conférés par l'article précédent. Cet organe, choisi parmi ses administrateurs, siègera de droit au conseil d'administration de R.W.S. comme membre effectif avec voix délibérative.

Parallèlement et dans le même but, R.W.S. délègue un de ses membres au sein de la présente association. Ce délégué, en tant qu'organe de R.W.S., siègera au conseil d'administration avec voix délibérative".

(G.T.)

eu égard à la morale, l'orateur reconnaît comme parfaitement légitime la volonté de ceux qui veulent assumer, dans la conscience et la dignité, la fin de leur vie.

M. Druet expose ensuite la conception et la pratique des "hospices" anglais auxquels il décerne les plus grands éloges.

La conférence terminée, le président de l'A.D.M.D. a entamé alors une discussion sur la question importante de l'euthanasie et de l'opportunité de sa légalisation. Il semble qu'une réflexion approfondie s'impose à ce sujet.

Nous sommes extrêmement reconnaissants au Professeur Druet d'avoir consacré une soirée à l'ADMD, mais notre confusion et notre tristesse ont été grandes de ne pouvoir lui offrir un nombre d'auditeurs digne de sa conférence et de lui-même. Sa profondeur, sa clarté, sa conviction et son naturel nous ont tout particulièrement impressionnés et j'ajouterais même, charmés.

Rappelons que Pierre-Philippe Druet est l'auteur d'un ouvrage intitulé "Pour vivre sa mort" paru en 1981, collection Le Sycomore, éditions Lethielleux, Paris et Culture et Vérité, Namur.

A.M.Staelens

COMBIEN SOMMES-NOUS DANS LE MONDE ?

Dans "World Right-to-Die Newsletter" de mai 1984, a paru une brève description des activités des 26 associations groupées dans la Fédération mondiale des sociétés pour le droit de mourir dans la dignité. L'adresse, la date de création et le nombre de membres en 1983, de chaque association, est aussi renseigné.

Sont cités ci-dessous: par pays, la date de création de l'association (A), son effectif en 1983 (B).

	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)
	19..	Eff.	19..	Eff.	19..	Eff.
Australie	1	-80-	500	Danemark	-76-	14.000
" "	2	-73-	640	France	-80-	non com.
" "	3	-74-	900	R.F.A.	-80-	10.000
Belgique		-82-	900	Pays-Bas	1-73-	12.000
Angleterre		-35-	9.000	" "	2-75-	6.000
Ecosse		-80-	1.500	Inde	-81-	200
Canada	1	-82-	150	Japon	-76-	2.500
" "	2	"	356	N.Zél.	1-78-	208
Colombie		-79-	2.300	" "	2	" 500
				Afr.Sud	-74-	4.000
				Suède	-73-	8.000
				Suisse	1-82-	1.800
				" "	2	" 1.000
				USA	1-67-	269.000
				" Calif.	-80-	10.000
				" N.Y.	-38-	60.000

Quatre associations sont en voie de constitution: Brésil, Espagne, Pologne, Australie du Sud.

L'organe de la Fédération rappelle que celle-ci se réunira (Congrès mondial) du 20 au 23 septembre de cette année, à Nice. Plusieurs personnalités de renom y prendront la parole, dont le Dr Ch. Barnard.

LA VIEILLESSE EN BELGIQUE:

OU ET DANS QUELLES CONDITIONS SE TERMINE-T-ELLE ?

Le terme "hospice" n'étant plus de mise, parlons plutôt d'institutions d'accueil du troisième âge, de maisons de repos, homes, seigneuries ou encore de "palaces du quatrième âge" ("Le Soir" du 20-2-84). Chacun sait qu'on y trouve le meilleur et le pire.

Notre association se devait de se préoccuper de celles et de ceux qui -de plus en plus nombreux- atteignent un grand âge et qui -tôt ou tard- deviennent incapables de vivre seuls. Est-il excessif d'affirmer que certains n'arrêtent pas de mourir, parfois dans des conditions atroces, scandaleuses, révoltantes. Et cependant, n'ont-ils pas droit -eux aussi- de mourir dans la dignité.

Le conseil d'administration n'entend pas entamer une polémique. Il désire, avant tout, établir un dossier objectif sur ce grave problème. Il a estimé que le meilleur moyen d'aboutir à ce résultat était d'organiser un concours, ouvert à tous, en vue de désigner la meilleure étude originale sur les conditions physiques, morales et matérielles d'existence des vieillards en Belgique. Il serait doté d'un prix de minimum dix mille francs. Le règlement détaillé de ce concours paraîtra dans le prochain bulletin.

APPEL AUX MEMBRES: l'association ne peut consacrer plus de 10.000 f à ce prix, mais chacun comprendra combien il serait souhaitable qu'il soit d'un montant nettement plus élevé. C'est pourquoi le conseil d'administration fait appel à la générosité des membres, qui -certains- auront à coeur d'encourager une telle initiative.

Les dons peuvent être effectués dès aujourd'hui: par virement au cpte 210-0391178-29, de l'A.D.M.D. à Bruxelles, avec la mention "Prix ADMD". A moins d'avis contraire, la liste des donateurs sera publiée au bulletin. Nous les remercions dès à présent.

P.H.

N.B: "Le Soir" du 5 avril 84 fait état d'un décret adopté à l'unanimité par le conseil de la Communauté française. Il vise à améliorer les modalités et les conditions d'hébergement dans les maisons de repos pour personnes âgées. Le fonctionnement de ces maisons sera subordonné à l'obtention d'un agrément, qui devra être demandé par l'établissement... Si on ne peut que se réjouir de cette décision, il est évident qu'elle ne diminue en rien l'intérêt de l'étude organisée par l'ADMD. Au contraire, il est ainsi démontré combien la réglementation en la matière était insuffisante. C'est-à-dire que les efforts en vue d'améliorer les conditions d'existence des vieillards, surtout des plus démunis, sont plus que jamais justifiés.

PRIX DE L'A.D.M.D. - VERSEZ VOTRE DON DES AUJOURD'HUI.

BELGIQUE: PROPOSITION DE LOI

Au nom de la commission juridique de l'A.D.M.D., M. W.Deswarte a présenté la proposition de loi suivante, au conseil d'administration.

Exposé des motifs:

La présente proposition de loi n'entend nullement traiter de l'un ou l'autre aspect des problèmes controversés touchant à l'euthanasie. Elle vise à mettre notre droit pénal en conformité avec les principes énoncés dans le code de déontologie médicale belge qui dit en son article 97 que "tout médecin doit éviter tout acharnement thérapeutique sans espoir" et ceux exprimés par le Pape Pie XII qui a dit, en sa déclaration du 24 février 1957, que "le médecin est autorisé à soulager les souffrances du malade incurable, même si les moyens employés risquent de hâter la mort".

La prise de position autonome de la laïcité va beaucoup plus loin en ce sens.

Or, notre code pénal ignore la question et n'envisage que les faits et non l'intention. Le médecin assistant en âme et conscience l'agonisant pourrait craindre de se voir poursuivre sur base de l'art. 401 bis traitant de "l'homicide volontaire non qualifié de meurtre" ou encore de l'art. 420 bis pour défaut de secours à personne en danger, s'il s'abstenait de prolonger une vie inconsciente par l'application de moyens artificiels sans espoir de guérison.

Le législateur se doit de libérer le médecin de pareilles craintes et d'éviter par là des souffrances inutiles sans même considérer le fardeau financier que certaines situations imposent à la collectivité.

Loi relative à l'acharnement thérapeutique:

Article unique:

Les dispositions des articles 401 bis et 420 bis ne sont pas applicables au médecin qui, à la demande du malade conscient ou en vertu d'une déclaration écrite antérieurement alors qu'il était encore conscient, ou au cas contraire, de sa propre initiative, s'abstient d'entreprendre ou de poursuivre un traitement ou une réanimation susceptible seulement de prolonger artificiellement la vie du malade atteint d'une affection accidentelle ou pathologique incurable.

* * *

Le conseil d'administration a décidé de confier cette proposition à M. le sénateur R.Gillet qui -depuis longtemps- a marqué un grand intérêt envers les buts poursuivis par l'A.D.M.D. et se propose d'obtenir la cosignature de parlementaires d'autres partis.

"Par rapport à l'homme, le chien n'a guère de privilège, mais il y en a un qui est appréciable: dans son cas, l'euthanasie n'est pas interdite par la loi; l'animal a droit à une mort miséricordieuse."

Milan KUNDERA: "L'insoutenable légèreté de l'être".

L'EUTHANASIE AUX PAYS-BAS

(Communications présentées à l'Association Néerlandaise
pour l'Euthanasie Volontaire)

La "Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie" - N.V.V.E. - a tenu un colloque à Utrecht, en octobre dernier, à l'occasion du 10ème anniversaire de sa création. Comme annoncé, dans notre précédent bulletin, on trouvera ci-après un compte rendu des communications faites par 4 spécialistes hollandais. La qualité de ceux-ci, autant que l'intérêt de leurs exposés, nous a paru mériter d'y consacrer une place exceptionnelle.

Cette publication est possible grâce à M. L. FAVYTS, président de la R.W.S. et membre du C.A. de l'A.D.M.D., qui a traduit les textes originaux. Nous l'en remercions très vivement ainsi que Melle G. LIEBU qui a résumé la traduction, trop longue pour pouvoir être reproduite intégralement (plus de 30 pages manuscrites), tout en maintenant certains passages essentiels.

P.H.

*
* *

D'abord, le Dr. P.V. ADMIRAAL, anesthésiste et auteur d'un guide d'euthanasie à l'usage des médecins, parle de :

L'EUTHANASIE A L'HOPITAL

Pour l'instant il n'existe pas d'hôpitaux où une assistance aux mourants soit organisée et dont l'euthanasie serait le digne couronnement. L'euthanasie passive se pratique, subrepticement et quasi honteusement ! Que devrait être "l'équipe d'assistance" ? Il faudrait en tous cas que la voix du patient prédomine celle du pouvoir médical. La famille proche devrait être intégrée au processus d'assistance terminale. L'infirmière a le contact le plus direct avec le malade, il lui appartient de lui laisser "vivre sa mort". Le médecin manque souvent d'"humanité", il devrait écouter et tenir compte des avis de l'infirmière. Si le malade est croyant, le curé pourrait aussi faire partie de cette équipe. Le médecin qui refuse de pratiquer l'euthanasie, comme non conforme à son éthique personnelle, devrait transférer le malade à un confrère disposé à répondre à la demande du patient.

Pour assurer l'assistance : l'infirmière a un rôle d'observation, il faut réussir à converser avec le patient et procéder à une réflexion en commun, afin d'aboutir à une décision unanime de l'"équipe".

La demande d'euthanasie faite par le malade est à examiner sérieusement, sur base de ses souffrances physiques ou psychiques. En cas de difficulté, le transfert vers un autre établissement de soins ne peut être empêché par quiconque. Si tant de patients et de familles ne parviennent pas à obtenir l'euthanasie souhaitée, c'est le plus souvent par ignorance de leurs droits ou par peur des complications sociales ou juridiques. C'est alors qu'une intervention de la N.V.V.E. peut être primordiale.

Euthanasie ... une terminologie similaire a été employée naguère pour justifier l'extermination passive de millions d'innocents.
Ceci n'a rien à voir avec une mort douce, librement réclamée.

Le Dr ADMIRAAL rappelle enfin que le titre de l'Association Néerlandaise pour l'Euthanasie comporte le mot volontaire (N.V.V.E., Vrijwillige).

D'aucuns craignent une tolérance croissante, conduisant peu à peu à des euthanasies involontaires. Il ajoute : "Cette crainte existe même chez certains de nos membres mais je crois aussi en la nécessité d'une réflexion actuelle, pour éviter tout déraillement ultérieur. Il faut que l'acceptation de l'euthanasie se fasse parallèlement à la présomption d'abus".

* * *

H.W.A. HILHORST, sociologue, reprend le thème :
L'ACCEPTATION ET L'APPLICATION DE L'EUTHANASIE DANS LES ETABLISSEMENTS
DE SOINS

Le conférencier traite le sujet de manière différente mais rejoint les avis émis par le Dr ADMIRAAL. Il voit dans l'euthanasie un problème de communication. Pour lui, c'est avant tout une forme d'intervention destinée à ne pas prolonger, voire à raccourcir sciemment, la vie d'un malade incurable. Cet acte implique la pyramide médicale en commençant par le médecin, puis le personnel infirmier. Il s'agit donc d'une communication qui débute entre le malade et son médecin. La demande est-elle sérieuse ? Le docteur est-il disposé à la recevoir ? Existe-t-il un testament biologique ? Le patient y souscrit-il toujours ? S'agit-il d'une demande purement orale : il faut tenir compte de la demande et de la détermination du sujet, de la persistance de son désir.

Il est question aussi d'un problème d'intervention lorsqu'il faut répondre à une demande d'euthanasie. Cela peut aller du refus pur à une prise en considération ! Les connaissances médicales actuelles peuvent empêcher un patient de mourir d'une "mort digne". S'il y a si peu de demandes d'euthanasie, c'est précisément parce que les gens sont persuadés que le "pouvoir médical" lutte en priorité pour le maintien de la vie, indépendamment du désir du patient. Les demandes sont donc très limitées et il n'est pas rare qu'un médecin non réceptif renvoie le demandeur au psychiatre ou à la maison. Dans le meilleur des cas, et ce devrait toujours être ainsi, chez un confrère compréhensif. Malheureusement, ce docteur peut également remettre "cela" à plus tard et finalement la volonté du patient risque d'être annihilée par les progrès du mal.

Une demande d'euthanasie sérieusement prise en considération par le "pouvoir médical" et appliquée sous une forme ou une autre correspond à une conduite médicale responsable si les deux parties sont arrivées - de commun accord - à la solution satisfaisante, à savoir : une mort digne. Une telle attitude est actuellement plutôt exceptionnelle. Dans la majorité des cas le patient se trouve en position d'infériorité. Toute la problématique de cet acte est monopolisée par le "pouvoir médical".

Voyons comment se présente actuellement la pratique de l'euthanasie dans les établissements de soins. Rappelons qu'il s'agit de cas où une intervention euthanasique justifiée est réalisée avec l'accord de toutes les parties concernées, autrement dit dans un nombre de cas relativement restreint.

En pratique hospitalière il apparaît que l'euthanasie (passive ou active) se pratique suivant des modalités très diverses et difficiles à définir avec précision.

On peut considérer 4 méthodes :

- 1) l'abstention, l'arrêt des soins;
- 2) l'administration de médicaments euthanasiants par perfusion;
- 3) idem par série d'injections à doses accrues;
- 4) idem par une dose létale.

On peut citer encore l'administration par voie orale. Les quatre méthodes, les plus courantes, sont les méthodes choisies en fonction des circonstances ! Reste la question primordiale : qui applique l'euthanasie ? L'infirmière principalement, mais sous l'autorité du médecin : il ne faut pas que la "piqûre ultime" soit perçue comme une conduite extraordinaire mais au contraire comme inhérente aux soins habituels. L'euthanasie en milieu hospitalier se pratique de préférence de façon discrète et progressive. L'injection unique d'une dose létale est rarissime : c'est trop efficace, trop visible. Tout au plus laisse-t-on cela à la responsabilité du médecin traitant.

Par contre, l'euthanasie progressive est pratiquée dans tous les établissements, de quelque idéologie soient-ils, apparemment sans grande différence entre les institutions laïques, catholiques ou protestantes. Elle protège vers l'intérieur (hôpital, collègues) et l'extérieur (juges, famille, opinion publique, media).

Quant à la fréquence des actes d'euthanasie, elle est bien difficile à apprécier tant que le sujet ne sera pas discuté franchement.

H. HILHORST s'intéresse enfin à quelques cas traités par les spécialistes les plus concernés. Dans l'ensemble, il s'agit souvent d'une affaire ~~dépendant de~~ la responsabilité du médecin, en accord avec l'équipe soignante. A savoir, une bonne chose en soi mais qui ne fait pas toujours l'affaire du patient. Les deux aspects fondamentaux d'une politique responsable en la matière seraient, d'une part, la possibilité de discuter l'éventualité d'une euthanasie en tenant compte du respect de la vie, en fonction de sa qualité subjectivement ressentie et du droit de chacun à l'autodétermination. D'autre part, l'examen de la pratique de l'euthanasie par des commissions d'éthique médicale, à créer dans chaque établissement de soins.

* * *

Troisième et avant dernier conférencier,
M. H. KULTERT, professeur de théologie, développe la question :

"OU EST LA SORTIE ?"

Il suggère d'abord un parallèle entre les débats sur l'euthanasie et l'avortement. A savoir qu'il y a la tradition d'une part et les mouvements de rénovation de l'autre. Les évêques catholiques hollandais se sont récemment prononcés au sujet de l'euthanasie et le point central de leur argumentation concernait la libre autodisposition dont procède l'euthanasie. H. KULTERT admet que ce sont les progrès médicaux qui ont créé le problème : sans eux la mort serait venue à son heure. Mais maintenant on peut la retarder et certains le refusent.

Voilà donc le problème ! La solution est délicate quand il est question de vie et de mort, ce qui explique bien des réticences. Elles sont compréhensives mais non fondées et résultent en partie d'un manque de rigueur dans la définition du mot "euthanasie". Il faut tenir compte de la peur qu'étreint les pensionnaires de maisons de retraite à son évocation. Les vieillards sont effrayés à l'idée des attentats qui pourraient être perpétrés à l'encontre de leur vie. Or, aider à une mort douce n'est pas -d'après l'auteur de l'exposé- de l'euthanasie.

Ici, deux conditions au moins sont à respecter :

- 1) l'aide doit avoir lieu quand la personne ne peut plus rien faire personnellement ... trop malade, trop vieille ou trop faible;

- 2) L'aide doit se faire "sur demande". Il n'est pas question de l'imposer à qui que ce soit ! C'est une garantie pour celui qui ne veut pas mourir. Le droit à la vie n'est donc nullement atteint par l'intervention ainsi décrite !

Il s'agit essentiellement d'une question d'autodétermination. On nous dit que "c'est interdit par Dieu". Mais nous ne le rencontrons jamais que par personne interposée et finalement la décision n'est pas prise par Dieu ou moi mais par le médecin ou moi.

L'autodétermination serait interdite parce que toute vie est sacrée. Pourtant, cela n'a pas empêché de disposer de la vie des autres, dans certaines circonstances.

Alors, si la mort des autres peut être justifiée devant Dieu, pourquoi ne pourrait-on le faire pour la sienne propre.

Une mort "naturelle" n'existe plus dans notre civilisation occidentale. Dès la naissance, dès la matrice, nous sommes soignés, protégés, de telle sorte que sans cela nous serions probablement tous morts depuis longtemps. Ceci vaut également et particulièrement pour un patient en situation d'euthanasie : si le docteur n'avait encore rien fait le patient serait déjà mort. Alors, si l'intervention du médecin prolonge seulement les souffrances, ne pourrait-on pas demander à celui-ci de défaire ce qu'il vient de faire -de ses mains, oui, activement- pour annuler ce par quoi cette souffrance a été prolongée ? Confondre Dieu et la nature, et attendre le moment choisi par Dieu c'est de la mauvaise théologie.

H. KUITERT dit encore : maintenir en vie pendant des semaines ou des mois un patient qui se trouve dans un coma irréversible, tout simplement "parce qu'il faut le maintenir en vie", c'est un agissement médical déraisonnable. Ce qui fut de la miséricorde devient de la barbarie.

Voilà pour l'autodétermination. Ce n'est pas un plaidoyer pour l'euthanasie mais pour la liberté du choix : celui qui veut en bénéficier doit pouvoir l'obtenir.

Où est la sortie, alors que nous nous sommes enfermés dans la vie par nos propres progrès médicaux ?

Il termine par cette phrase : une société qui refuse l'euthanasie n'aurait jamais dû commencer à réaliser une telle médecine.

*

*

*

Dernier orateur à prendre la parole,

Maître E. SERTORIUS, avocat à Arnhem, s'en tiendra à des

"ANNOTATIONS DE LA PRATIQUE JURIDIQUE" (Art. 293 du Code Pénal)

Parmi ses propositions, en bref :

- il est préférable de légaliser l'euthanasie par voie de poursuites et de jurisprudence;
- on discute trop la différence entre euthanasie active et passive mais pas assez celle entre euthanasie volontaire et subie;
- l'autodétermination de sa propre mort devrait être reconnue par la loi et le droit;
- l'euthanasie doit être considérée comme un acte médical, en conclusion d'un traitement ou d'une aide médicale;
- il devrait être prévu, à l'article 293 du Code Pénal, qu'un médecin ayant pratiqué l'euthanasie ne *soit pas* considéré comme coupable

pour autant que :

- l'intervention *ait* été faite sur demande expresse et mûrement réfléchie du patient et sur base d'une douleur persistante;
- l'acte *ait* été fait suivant les règles de l'art médical, avec un soin extrême, tant dans l'examen que dans la réalisation de la demande.

... "Etrangement, les inconditionnels de la vie se veulent charitables. Qu'est-ce au vrai que cette charité au nom de laquelle on force son prochain à une vie de larve, ou de supplicié ? ..."

Extrait de "Le billet d'Alexandre"
Par-Delà / n° 229, avril 1984

RE P O N S E S A U Q U E S T I O N N A I R E

=====

Deux questions relatives aux thèmes de l'A.D.M.D. ont été posées aux membres, dans le bulletin n° 11 de septembre 1983. Elles avaient été sélectionnées parmi celles posées par nos lecteurs ou lors de réunions d'information.

Vingt et une personnes, 12 dames et 9 messieurs, ont répondu, parfois très longuement. Nous tenons à réitérer les vifs remerciements qui leur étaient adressés en première page du bulletin n° 12.

Il est essentiel que les responsables d'une organisation, qui se veut démocratique, s'efforcent d'agir en fonction des désirs des membres et comment y réussir s'ils ne les manifestent pas. C'est pourquoi nous attachons beaucoup de prix aux réponses reçues. Sans doute ne sont-elles pas très nombreuses mais il nous semble que les différents avis exprimés, de manière fort variée, représentent déjà une précieuse image de l'opinion des membres. De plus, tout nouveau commentaire sera accueilli avec le plus grand intérêt.

L'utilité de communiquer ces réponses est aussi d'inciter chacun à une nouvelle réflexion et de l'aider à préciser les formulations testamentaires qui lui conviennent le mieux.

*

* * *

La première question (réf. n° 10) était rédigée comme suit :
"Qu'entendez-vous par état de déchéance physique, intellectuelle ou morale ?".

(N.B. : les réponses à la seconde question seront présentées dans le prochain bulletin).

Cette première question fait référence au testament imprimé sur les anciennes cartes de membre. La mention "déchéance morale" ne figure plus sur les nouvelles cartes (1984), ce qui s'avère justifié d'après les hésitations manifestées dans les réponses. Comme l'écrit Mme B.L. (Prov. Namur) : ... "les critères qui serviront à établir le seuil de la déchéance morale sont beaucoup moins précis que dans les deux cas précédents (physique ou intellectuelle) et peuvent varier d'un individu, d'une race, d'une religion, d'une contrée à l'autre ...".

Le texte imprimé sur la carte ADMD stipule : S'il m'arrivait d'être dans un état de déchéance ... (sa définition fait l'objet de la question), je demanderais instamment ... (voir 1°, 2°, 3°, 4° sur la carte). Dans presque tous les cas, aux différentes définitions des états de déchéance s'ajoute l'exigence de devoir être irréversibles : maladie ou état incurable, plus d'espoir de guérison (Mme M.B. Prov. Namur), définitivement irréversible (C.B. Bx). Certains prévoient que l'irréversibilité doit être attestée soit par deux médecins (J.B. Bx), soit par le médecin traitant et un autre de son choix ou - à défaut - par 3 médecins (Mme A.L.). Autre précision : maladies incurables qui n'aboutissent qu'à la mort mais où la prolongation de la vie est possible par remplacement d'organes, transfusions sanguines successives... (A.C. - V.D. Bx).

L'état d'inconscience aussi s'ajoute fréquemment aux autres conditions d'intervention : inconscience permanente, qui perdure, définitive, irréversible, si l'intéressé peut être raisonnablement considéré comme définitivement inconscient (A.D. Prov. Lux.), l'amnésie (Mme D.M. Bx).

L'état de sénilité et ses pénibles aspects apparaissent insupportables à beaucoup. Notons d'abord cette expression de lucidité : la vieillesse est déjà en soi, d'une certaine façon, une déchéance par rapport à ce que l'on fut autrefois. Mais ce n'est évidemment pas de cet état "normal" d'usure ou de dégradation qu'il est question lorsqu'on refuse d'être maintenu en vie, il faut plus, beaucoup plus ... (C.B. Bx). C'est-à-dire : sénilité avancée, incontinence, gâtisme, grabataire ... à quoi s'ajoute, bien que reconnu subjectif, le fait d'"être malheureuse" (une lectrice).

Comme ne pas être frappé, ému, disons-le : bouleversé par cette angoisse de ne pouvoir rester digne jusqu'à la fin, cette volonté de demeurer indépendant en même temps que cette tristesse à l'idée de la solitude.

Dépendre des autres est ressenti par la plupart comme un état de déchéance majeure : incapacité de subvenir soi-même à ses besoins physiques les plus élémentaires (A.V. Prov. Lux), dépendance physique totale et matérielle vis-à-vis de qui que ce soit (Mme L.D. Bx), dépendre du bon vouloir de chacun (Mme P.N. Bx), refus d'être maintenu en vie à partir du moment où je dois dépendre des autres pour vivre (Mme B.F. Bx), et encore : paralysie importante confirmée médicalement (J.B. Bx). Intellectuellement : effacement ou altération de l'acquis spirituel, troubles du jugement ... (A.V. Prov. Lux), ne plus savoir lire, écrire, penser ..., ressembler à une plante qu'il ne faut pas oublier pour la maintenir en vie (G.S. - M.V. Bx), fin d'être soi-même (Mme P.N. Bx).

Les troubles cérébraux : toute atteinte profonde des centres assurant la supériorité de l'homme et dont le délabrement le contraint à mener une vie végétative donc vide de sens (Mme B.L. Prov. Namur).

La souffrance, parfois considérée comme le plus grave problème (A.L. Bx), est relativement moins évoquée : souffrance intolérable et inévitable (J.B. Bx), douleurs insupportables malgré l'administration de calmants (C.B. Bx), souffrances insupportables : multiples escarres, cancer en phase terminale (Mme B.L. Prov. Namur). Il est rarement question - expressément - de la survie artificielle : ... raccordé en clinique à des appareils pour respirer, filtrer le sang, nourrir l'organisme, etc., moyens artificiels qui ne devraient être utilisés que durant de courtes périodes, pour passer une crise grave après laquelle existe un espoir raisonnable de guérison (C.B. Bx).

En matière de défaillances, une double éventualité est envisagée :

- accidents ne limitant pas la possibilité de décider (cécité, perte de l'usage de certains membres, douleurs intolérables, etc.). La décision de supporter cette situation ou de pratiquer l'autodélivrance revient alors à l'intéressé;

- des maladies incurables rendant l'individu matériellement et moralement dépendant, inconscient ou incapable de prendre une décision - en situation irréversible - charge pour les proches. La décision revient alors aux garants (non intéressés par la succession), dont un médecin connaissant bien le malade et sa famille (J.G. Brabant).

Enfin, le cas d'une personne qui - par testament - a exprimé le désir de mourir chez elle est évoqué. Il faut alors éviter à tout prix qu'un médecin (en toute conscience) la fasse entrer en clinique. S'il insiste (observation, analyses, radios, ...) : faire établir un document spécifiant la durée et les raisons et surtout prévenir les garants et l'ADMD pour que l'accord soit respecté (A.C. - V.D. Bx).

*

*

*

Autant que possible, les passages des réponses ont été cités dans leur forme originale. Mais l'ensemble des conditions définies par chacun, qu'elles doivent être cumulées ou non, n'a pu être reproduit : il aurait fallu recopier plus d'une trentaine de pages in extenso. On ne perdra pas de vue que des expressions ainsi privées de leur contexte peuvent paraître simplistes. Dès lors, plus encore que de coutume, elles constitueront autant de pièges que les bons samaritains, de tout poil et de tous horizons, acharnés - cette fois - à nous contraindre de survivre, ne manqueront pas d'exploiter.

* * *

Répetons-le : chacun est libre de rédiger son testament comme il l'entend et de modifier ou compléter le texte imprimé sur la carte de membre. Il est donc possible d'explicitier sa volonté et de prendre toutes précautions pour qu'il y soit fait droit à bon escient. Bien que ce testament n'ait pas encore valeur légale, il paraît évident qu'une volonté bien précisée, consignée par le testataire alors qu'il est en pleine possession de ses facultés mentales comme attesté par des garants, confirmée chaque année, présente un maximum de chances d'être respectée, sinon intégralement du moins dans une mesure non négligeable.

Soulignons aussi tout le parti qui sera tiré de cette participation des membres, tant dans le domaine des principes que de celui des dispositions de fonctionnement interne et de la propagande.

* * *

NOUVELLE QUESTION. Au moment où diverses propositions législatives sont en voie d'être présentées en Belgique, nous croyons qu'il est très important d'offrir à chacun la possibilité d'exprimer son avis.

C'est pourquoi, cher lecteur, vous êtes convié à nous envoyer une réponse à la question suivante (réf. n° 15) : QUELS SONT LES PRINCIPES QUI DEVRAIENT ÊTRE TRADUITS EN PRESCRIPTION LEGALE ?

(Ceci concerne, par exemple, le droit de disposer de sa vie, celui de mourir dans la dignité, la pratique de diverses formes d'euthanasie et les précautions à prendre pour éviter les abus, la protection du médecin, celle du malade, ...).

Nous vous remercions dès à présent pour votre collaboration.

P.Herman

Résumé d'un article de Jacob Young
dans NEWSWEEK du 23-1-84

C'est dans tous les pays à économie développée que l'augmentation du nombre de vieillards séniles pose des problèmes. En effet, si la médecine fait vivre plus vieux, plus on vit vieux plus il y a de risques de sénilité. Il faudra pouvoir soigner tous ces cas, ce qui nécessitera les installations hospitalières adéquates et aussi les moyens financiers.

En Grande-Bretagne on craint qu'en l'an 2000 le coût des seuls soins à donner à ceux atteints de sénilité atteindra 1.200 milliards de francs belges, c'est-à-dire ce que coûte aujourd'hui au gouvernement la totalité des soins de santé. Déjà la moitié des lits d'hôpitaux sont occupés par des personnes de plus de 65 ans.

Au Japon, le gouvernement a recensé 500.000 personnes âgées qui ont besoin de soins médicaux en permanence, soit trois fois plus qu'il y a de places disponibles dans les centres médicaux existant.

Partout, on a négligé la formation de gériatres, alors que la sénilité diffère de maladies déterminées et requiert plus que les autres une approche patiente et compréhensive pour ses manifestations multiples. Ceci explique qu'il devrait d'ailleurs s'agir de gérontologie plutôt que de gériatrie.

L'aspect le plus angoissant du problème est sans doute le cas des démences séniles et des pertes totales de conscience. Le professeur Herman BACHELARD du St. Thomas's Hospital medical School de Londres prévoit qu'on risque d'être débordé dans ce domaine au point que, si on ne trouve pas de réponse à la démence sénile, il faudra penser sérieusement à l'euthanasie.

Comme d'autres l'ont dit déjà, le gérontologue allemand Berthold MIKAT constate que, pour beaucoup, vivre jusqu'à "un grand âge" peut signifier une lutte traumatisante contre l'accumulation d'handicaps physiologiques et mentaux. Pour ceux qui estiment alors que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue il ne resterait que l'espoir de nouvelles découvertes en génétique et en chimie cérébrale. Malheureusement les résultats positifs de la recherche ne s'obtiennent pas rapidement et, entretemps, la nécessité de soigner les vieillards ne fait que grandir dans un monde vieillissant.

x x x

EN GRANDE-BRETAGNE

(Le Guide de l'Auto-Délivrance.-Bulletin n° 20 de
V.E.S. Londres.)

L'association anglaise publie:

en exécution de la décision prise à l'A.G. annuelle, nous négocions avec des éditeurs et distributeurs la sortie de notre Guide et nous espérons qu'il sera en vente en librairie d'ici quelques mois. Les membres seront tenus au courant.

Entretemps, le fascicule ne sera ni distribué, ni réimprimé, par notre association. Nous regrettons ne pas pouvoir prêter des exemplaires, ni les mettre en lecture dans nos bureaux.

Le Guide n'a jamais été le but essentiel de V.E.S. et nous sommes heureux de constater que presque tous les membres qui n'ont pas eu la possibilité 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. Nous sommes cependant prêts à rembourser, sur demande, tout montant payé par des nouveaux membres en 1983 qui n'ont pas reçu un exemplaire du fascicule.

BELGIQUE : POSITIONS SUR L'EUTHANASIE

L'acharnement thérapeutique et l'euthanasie ont été l'objet, récemment, de deux prises de position importantes.

La première, du cardinal DANNEBELS, en commentaire de la publication des résultats d'un referendum organisé par le journal "Le Soir" (19.3.1984 p. 23) auprès de catholiques. A la question des journalistes : "que pensez-vous de l'ouverture des catholiques face à l'euthanasie", le cardinal a répondu : "-ce qui me frappe, c'est que quand on en parle, il s'agit toujours de la mort des autres. Soixante-cinq pour cent (... des catholiques questionnés) estime que l'euthanasie pour quelqu'un qui souffre trop est permise. On ne parle pas de sa propre mort et d'une euthanasie éventuelle pour soi-même. Il y a peut-être aussi une certaine démission dans le sens que la responsabilité est laissée au médecin ou à la famille (34 %). Ce qui m'étonne c'est que le malade lui-même n'ait pas quelque chose à dire à ce sujet. Ce qui joue surtout ici, semble-t-il, c'est l'horreur devant l'acharnement thérapeutique. C'est une réaction très saine qui va parfaitement dans le sens de ce que dit l'Eglise : il ne faut pas prolonger indéfiniment une vie végétative par des moyens extraordinaires. C'est ce que l'Eglise appelle l'euthanasie passive".

La seconde, du Centre d'action laïque, qui a publié le texte suivant (bulletin du CAL, n° 110, février-mars 1984, p. 16), sous le titre : problèmes éthiques; 8.1 Laïcité et acharnement thérapeutique; Position laïque : "Le CAL a été amené à prendre la position suivante à l'égard de l'acharnement thérapeutique. L'éthique laïque est fondée sur le respect de la personne, sur la responsabilité individuelle et sur la liberté pour l'Homme de choisir les attitudes de vie qui lui conviennent le mieux. Elle ne considère pas que la souffrance ait, en elle-même, une valeur morale. Aussi, cette éthique est-elle tout à fait compatible avec le rejet des souffrances inutiles et le droit de refuser une vie réduite à des fonctions organiques minimales, état qui, en fait, prive l'Homme de sa dignité".

La position de l'ADMD est claire et précise : chacun, s'il le désire, a droit à l'entière vérité sur son état de santé. Dès lors, toute décision à prendre à propos de l'application ou de l'abandon d'un traitement, y compris l'intervention d'un acte d'euthanasie passive ou active, lui appartient et n'appartient qu'à lui seul. Ceci signifie -aussi- que chacun doit avoir le droit de refuser, pour lui, toute forme d'euthanasie et d'exiger que les médecins s'acharnent à le maintenir en vie. La défense du droit au respect des volontés de chacun est le but essentiel de l'action de l'ADMD, elle entend le défendre par tous les moyens légaux possibles. Parmi ces moyens : obtenir la reconnaissance du "testament de vie", promouvoir l'adoption d'une législation assurant à chacun le respect de ses volontés en matière d'euthanasie. L'opportunité d'une telle action est fonction de l'état d'évolution de l'opinion publique et du climat politique. Divers projets sont étudiés actuellement par la commission juridique de l'ADMD.

P.E.

INSTITUT JULES BORDET

S.O.S. CANCER

est à votre disposition de 8 h 30 à 17 h 30 au n°

539.27.02

pour répondre immédiatement à toute question relative à la prévention, au diagnostic et au traitement du CANCER.

En dehors de ces heures, un répondeur automatique enregistrera vos messages, auxquels il vous sera répondu dans le plus bref délai.

Les livres

"Comme la prunelle de mes yeux" de Marguerite POULTIER
(Editions LES CAHIERS DU GERM, 112 pp., 250 f au GERM
29 rue du Gouvernement provisoire, 1000 Bruxelles,
ccp 000-0194918-45).

Les éditions du GERM ont publié en 1982 un récit-témoignage écrit par Marguerite Poultier. L'éditeur, dans la préface, prévient le lecteur: s'agissant d'un témoignage individuel, genre qui laisse rarement le lecteur impassible, nous sommes à peu près sûrs que le récit qui suit séduira les uns et irritera les autres. Dans les deux cas, cela pourra s'expliquer par de bonnes ou de mauvaises raisons.

Ce texte, en effet, ne pourra en tous cas qu'étonner. Certes, il émane d'une personne traumatisée par la perte de son oeil droit, et par cela même on doit comprendre son désarroi. Cependant on ne peut s'empêcher d'être surpris par les problèmes relationnels qu'elle a rencontrés tout au long de son "expérience". Tout d'abord elle se lamente du peu de contacts avec un premier chirurgien, ophtalmologue, qui ne lui aurait pas dit le danger de l'opération. D'autre part, elle se plaint de sa détresse en milieu médical. Sans doute les deux problèmes se tiennent-ils; pourtant, par réalisme, on doit les séparer. Les médecins, à l'heure actuelle, disent le plus souvent au malade ses chances de réussite, ou l'inverse. A lui d'interpréter, de se documenter, ou mieux, de consulter un autre spécialiste; devant la perspective d'une opération c'est préférable. Le personnel en hôpital universitaire est toujours surchargé. On ne peut dire pour autant qu'il soit peu attentif mais on doit comprendre que les infirmières, surtout, ne savent prodiguer que les soins nécessaires et non une assistance psychologique qui serait parfois bienvenue. Il reste à noter que d'autres personnes sont du même avis que Marguerite Poultier sur le fait que l'ambiance est quelque peu déshumanisée dans certains hôpitaux universitaires ...

Gisèle Liebu.

RWVS V.Z.W.

ACTIVITES

Les responsables de l'ADMD flamande, qui compte actuellement 140 membres sont très actifs. Des études sont en cours à propos des législations étrangères sur l'euthanasie et des critères légaux relatifs à la publication d'un guide. Le n° 3 du bulletin (kontaktblad devenu kwartaalblad) vient de sortir, de même qu'une revue de presse qui comporte: les n°^s 1 à 3 du bulletin, une liste d'ouvrages sur l'euthanasie, les statuts de la RWS et, parmi diverses informations, une présentation de la revue de presse de l'ADMD.

Les bulletins contiennent des articles fort intéressants, dont une étude du prof. Dr Van Den Ende, de la R.U.G., sur l'euthanasie volontaire considérée d'un point de vue éthique. Cette étude, avec l'accord de l'auteur, sera traduite et publiée dans notre bulletin. A noter d'autres articles, très percutants, par exemple: les déclarations d'un médecin hollandais, une série de 3 articles de Magda Van den Akker, et ...des illustrations !

Pour toute information ou commande, s'adresser à M. L.Favyts, 45 Somersstraat, 2018 Antwerpen.

A.S.B.L.

ADMD

ACTIVITES

Banque des testaments

Aujourd'hui, soixante et un testaments sont enregistrés à la banque des testaments créée en janvier 1983, et quarante neuf personnes y sont inscrites comme "témoins volontaires".

Rappelons quelques principes de son fonctionnement (voir aussi bull. n° 11, septembre 83 et n° 13, mars 84):

- chaque membre de l'ADMD peut y déposer une copie de son testament (expression de ses dernières volontés relatives à la mort) identique au texte qui figure sur sa carte de membre;
- ce testament n'a aucune valeur légale. Cependant, signé chaque année (éventuellement après l'avoir modifié), par exemple sur le timbre annuel à coller sur la carte de membre, il représente sans doute la meilleure chance de pouvoir faire respecter ses volontés, ce -grâce aussi- à l'appui des garants (témoins);
- il appartient aux membres eux-mêmes de chercher des garants. S'ils n'en trouvent pas, ils peuvent faire appel à la banque qui leur communiquera le nom et l'adresse d'un témoin volontaire, pour autant qu'elle en connaisse dans la région de l'intéressé. Ce dernier devra alors prendre contact lui-même avec le témoin proposé;
- comme il est souvent très difficile de trouver des garants, l'ADMD fait appel à des témoins volontaires à qui il est demandé de bien vouloir communiquer leur nom, prénoms, adresse exacte, âge (éventuel^t) et si possible n° de téléphone, pour pouvoir accélérer les contacts,

à: Mme M. MOREAU, 10 rue R. Thoreau, 1150 Bruxelles, qui gère la banque.

Le conseil d'administration les remercie d'avance pour cette manifestation de solidarité sans laquelle le bon fonctionnement d'une partie essentielle de la banque serait compromis.

Les coordonnées des personnes qui cherchent un témoin seront publiées dans le bulletin ("Réseau de solidarité"), de même pour celles qui s'offrent comme témoins; si elles l'autorisent expressément.

(d'après communiqué de Mme M. Moreau)

Permanence téléphonique

02 / 537.97.63 (Mr I. Lebrun), lundi et jeudi, de 9 à 12 h, exclusivement.

Les appels, peu nombreux en décembre, ont repris "force et vigueur" dès le début 1984. Comme toujours, ils proviennent en majorité de dames âgées; quelques jeunes, pour recevoir de la documentation en vue de travaux de fin d'études. Beaucoup de demandes de documents et de questions administratives. Nombreux appels à propos du testament; faut-il ...

- garder la carte de membre intacte, avec ses 3 volets? (OUI, la remplir, la signer et la porter sur soi);
- envoyer son testament à la banque de l'ADMD? (ON PEUT mais ce n'est pas obligatoire); la renvoyer chaque année, avec la liste des garants? (NON, une fois suffit);
- signer son testament chaque année? (OUI). Voir aussi ci-dessus.

(d'après communiqué de Mr I. Lebrun)

Entretiens avec les membres

A propos d'acharnement thérapeutique notamment, rappelons que les membres du conseil d'administration s'efforcent, dans toute la mesure du possible, de rencontrer les membres et de leur donner un avis objectif, s'ils le souhaitent. C'est ainsi que, récemment, un membre du conseil a rencontré une personne représentant une famille préoccupée par ce problème.

Le mieux, pour obtenir de telles interventions, est d'écrire au secrétariat qui fera suivre.

Décentralisation-Propagande

- A Liège, le 11 avril dernier, M. A. Delaby, membre du conseil d'administration, a réuni quelques personnes susceptibles de participer à la création de sections à Charleroi, Liège et Verviers. Prochainement, si possible, une réunion des membres de l'ADMD sera organisée dans chacune de ces localités.
- Le 24 septembre, M. A. Delaby fera une conférence au "Twenty One" de Charleroi et, le 20 octobre, il parlera au local de "l'Association indépendante des Seniors", à Liège.
- Mme G. Tart, avec Mme A. Gravier, a fait une propagande systématique dans les milieux d'infirmières et de kinésithérapeutes.

Conseil d'administration

Outre l'assemblée générale, trois réunions ordinaires ont eu lieu: les 18-2, 31-3 et 5-5. De nombreuses décisions ont été prises à propos des activités. A noter, en plus de celles présentées dans la présente rubrique: l'organisation d'un concours pour une étude sur les conditions de vie des vieillards, la mise au point de textes destinés aux journaux, l'adoption d'un projet de loi, ...des détails sont fournis dans ce bulletin. Comme plusieurs pages y sont consacrées à l'assemblée générale, les autres questions, relatives notamment à l'organisation interne de l'association, seront évoquées dans le bulletin suivant.

Débat à la R.T.B.F.

"La fin du voyage" était le titre de l'émission T.V. "Le point de la médecine", du mardi 21 février 84, pour laquelle Paul Damblon avait réuni le père Verspieren, une déléguée de C.C.C. et plusieurs médecins spécialistes, dont le Dr Kenis. Les débats, fort intéressants, avaient trait à ce qui peut être fait pour assurer dignement le "terme du voyage". A propos de l'appellation "A.D.M.D.", les membres seront certainement d'accord avec ce mot du Dr Kenis: "mieux vaudrait dire Association pour une vie digne jusqu'à la fin".

Malheureusement il ne nous a pas été possible de rendre plus longuement compte de ce débat -comme il le mérite- dans ce bulletin. Nous espérons pouvoir le faire prochainement. En fait, malgré les mois qui défilent, il s'agit d'aspects de nos préoccupations qui demeurent d'actualité.

Trésorerie-Secrétariat

Activités accrues du fait que plus de 750 inscriptions ou réinscriptions ont dû être traitées depuis janvier, soit env. 50 par semaine. Ceci malgré les charges professionnelles particulièrement contraignantes de Mmes C. Dubois et G. Tart, durant cette période; sans compter les Assemblées générales.

