



BULLETIN TRIMESTRIEL

MARS 1991 - N° 40

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

**BELGIQUE asbl**

30 Fr.

n° dépôt légal ISSN 07703627

Bureau de dépôt  
Bruxelles X

55 RUE DU PRÉSIDENT  
1050 BRUXELLES

TEL.: 02/502.04.85

# ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE

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

## sommaire :

- Agenda : Conférence du 25 mai 1991	1
- Dossier : Les personnes âgées et la mort - M. Asiel	2
- Nouvelles de l'ADMD	6
- Fédération mondiale et associations-soeurs	
- L'euthanasie comme mode de vie - Dr H. S. Cohen	7
- Hemlock : Succès d'une pétition	10
- Revue de la presse	
- En justice	11
- Soins palliatifs	14
- Les livres	16
- Courrier	20

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

**ADMD** asbl

SECRETARIAT : 55, rue du Président, 1050 IXELLES - TEL. 02/502.04.85  
Entretiens sur rendez-vous. Banque n° 210-0391178-29.

ASSOCIATION SOEUR D'EXPRESSION NEERLANDAISE : R.W.S.  
33, Constitutiestraat - 2006 ANTWERPEN, Tél. 03/235.26.73.

---

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

---

VOTRE CARTE D'AFFILIATION A L'ADMD  
COMPORTE-T-ELLE BIEN LE TIMBRE 1991 ?

A. D. M. D. - a. s. b. l.

MEMBRE

**1991**

SI NON, IL EST URGENT DE REGULARISER LE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION.

Pour rappel, cotisation individuelle 500 Frs (minimum 300 Frs)  
familiale 700 Frs

Pour tout versement supérieur d'au moins mille francs au montant de la cotisation, nous vous enverrons en janvier 1992, une quittance pour exonération fiscale.

**D'AVANCE MERCI !**

---

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

**AGENDA**

**C O N F E R E N C E**

Samedi 25 mai 1990 à 15 heures

**Fondation Universitaire - Salle A -  
11, rue d'Egmont, 1050 Bruxelles**

**ATTITUDES FACE AUX DOULEURS  
INSOUTENABLES**

**Dr Maurice SOSNOWSKI,  
Chef de Clinique Adjoint à l'Institut Bordet**

**Brigitte VANMEERHAEGHE,  
Infirmière à l'Unité de réhabilitation et de psycho-oncologie  
à l'Institut Bordet**

# DOSSIER

## LES PERSONNES AGEES ET LA MORT

Tout ce qui est inconnu ou simplement mal connu engendre bien souvent des fantasmes, il est donc raisonnable de faire le point sur un sujet comme la mort.

Il y a, en effet, plus à dire sur celle-ci qu'on ne le croit ; certes, il n'existe pas de relations de cette expérience par les morts, et pour cause, mais à partir des nombreuses observations faites depuis l'Antiquité se dessine une idée de ce qu'elle peut être en fonction des circonstances qui l'entourent, de la personnalité du mourant ainsi que de celle du narrateur.

La mort est un phénomène naturel qui survient après une durée de vie qui a permis un certain accomplissement de l'être ; elle n'est objet de scandale, du moins pour moi, que lorsqu'elle survient avant le temps de vie imparti à chaque être humain et déterminé par des conditions de vie favorables.

### Conceptions de la mort

Ce n'est qu'après la dixième année que l'enfant a une vision de la mort qui se rapproche de celle de l'adulte (1), c'est aussi à ce moment que les premiers décès risquent de survenir dans l'entourage de l'enfant. Avant dix ans, l'enfant considère la mort comme un phénomène passager, comme une punition (*Si tu ne me donnes pas ce bonbon, je te tue !*), puis, comme un phénomène lointain qui le concerne peu, et même s'il éprouve du chagrin au décès d'un aïeul, la mort de ce dernier est dans l'ordre logique.

Au fur et à mesure que le temps passe, la mort qui choquait parce qu'elle est la destruction d'un moi vivant et fort devient acceptable lorsqu'elle survient en son temps, c'est-à-dire au grand âge, comme la nuit après le jour, comme l'étape ultime de la vie. C'est de cette mort-là qu'il faut être conscient et dont certains signes avant-coureurs indiqueront éventuellement la venue.

Trop longtemps, la mort a été associée à la souffrance morale, à l'angoisse, à la douleur physique. A l'heure actuelle, les unes et les autres peuvent être annihilées en laissant le mourant conscient et lucide ; rappelons à ce propos que dans neuf cas sur dix les douleurs terminales des cancers peuvent être supprimées (2).

La mort à un âge avancé est souvent moins dure que ne l'a été la vie avec ses difficultés, ses chagrins, ses revers. Certes, les conceptions de la mort peuvent varier selon l'âge, l'éducation ou la culture, mais aussi selon l'expérience de vie y compris les maladies subies ou côtoyées, la mort des autres et la philosophie qu'on en a dégagée.

### La peur de la mort

La peur de la mort est plus associée à ce qui pourrait accompagner la mort : le transfert à l'hôpital, la souffrance physique, qu'à la mort elle-même. Une enquête récente (1987) faite en Italie auprès de 2800 personnes de plus de 65 ans, a montré que plus des deux tiers des sujets n'éprouvaient aucune crainte de la mort, moins d'un quart étaient dubitatifs ou ne s'exprimaient pas et un dixième environ exprimaient une peur réelle, cette dernière étant toujours un peu plus marquée chez les femmes que chez les hommes ; les habitants des villes étant à la fois plus nombreux à exprimer une peur bien établie ou une absence de peur de la mort que les habitants des campagnes. La croyance en une vie éternelle est présente parmi les Italiens et les Italiennes interrogées (56 et 71 %) mais les proportions de ceux-ci ou celles des incroyants en une vie après la mort ne semblent pas avoir dans l'ensemble une influence sur l'appréhension ou la non appréhension des sujets face à la mort (3).

Cette absence de crainte et l'acceptation de parler de la mort paraissent au contraire liées à un certain détachement de la vie qui s'accroît en phase terminale et qui s'accompagne de tentative d'accélérer le processus, par exemple en refusant toute thérapeutique ou toute alimentation. Néanmoins, ces attitudes peuvent aussi être la manifestation d'une extrême faiblesse qui n'est pas pour cela insurmontable. C'est aux soignants d'en déterminer la cause et d'agir selon leur conscience pour soulager le malade tout en tenant compte des désirs profonds du patient. C'est dire qu'en ces moments, il faut être encore et toujours à l'écoute du vieillard et l'assister jusqu'au bout.

### De quoi et où meurent les personnes âgées ?

Le sensationnel n'est pas l'habituel. Si les personnes âgées ont plus de chances de mourir que les adultes plus jeunes, c'est qu'effectivement l'avance en âge diminue les défenses immunitaires, les possibilités de régénération des tissus et de retour à un équilibre physiologique. Autrement dit, le risque de mort s'accroît avec l'âge. Le nombre de décès pour 1000 personnes d'un âge donné passe de 22 ‰ chez les hommes et de 9 ‰ chez les femmes de 60 à moins de 65 ans, à 90 ‰ et 50 ‰ chez les sujets de 75 à 80 ans, puis à 306 ‰ et 250 ‰ lorsqu'il s'agit d'hommes et de femmes de 90 à 95 ans (4).

Les personnes âgées souffrent, à peu de chose près, des mêmes affections que les adultes plus jeunes, en dehors du fait qu'elles sont souvent atteintes simultanément de déficiences d'autres organes qui peuvent aggraver le pronostic de l'affection principale.

Ce sont les affections cardiovasculaires qui sont les plus souvent rencontrées et qui seront la cause principale des décès, les tumeurs n'intervenant que pour un quart de ceux-ci (5). Ces dernières affections connues et suivies ne susciteront que rarement un appel d'urgence, contrairement aux problèmes cardiopulmonaires ou respiratoires ou encore aux accidents. Près de 75 % de ces appels à l'aide proviennent de l'entourage de la personne âgée. C'est dire que la plupart des vieillards ne sont pas aussi abandonnés qu'on le prétend. Ils peuvent compter sur autrui pour être soignés chez eux ou à l'hôpital lorsqu'un épisode aigu survient (6).

A l'impossible, nul n'est tenu ; la mort peut arriver si brusquement que personne ne peut en soupçonner la venue. Il est donc des cas relativement rares (1 pour 10000 habitants de tous âges) où le vieillard meurt seul.

Une étude anglaise a montré que dans ces cas deux tiers des décédés avaient été vus vivants 36 heures ou plus avant que ne fut découverte leur mort (7). "Près de la moitié ont été trouvés morts dans leur chambre et un quart dans leur lit ; un tiers dans la pièce de séjour et les autres dans le couloir, la salle de bains ou la cuisine. Sur l'ensemble, 40,1 % furent découverts par des voisins et 34,5 % par des membres de la famille ..." Les causes de morts étaient pour plus de la moitié des troubles cardiaques ou des séquelles de maladies circulatoires, tandis que les accidents et les suicides représentaient respectivement 6,3 et 5,8 % des causes de décès. Ce qui est important, c'est que les trois quarts de ces morts furent soudaines et n'auraient pu être évitées même avec une aide médicale immédiate. Ce qui me semble devoir dédramatiser l'agonie et la mort en solitaire.

Mais à l'heure actuelle, si environ 30 % des décès des personnes de plus de 65 ans se passent à domicile, c'est surtout à l'hôpital que meurent les personnes âgées, comme d'ailleurs le reste de la population (8). Pourquoi l'hôpital et non au domicile ? Probablement parce que le transfert à l'hôpital est motivé par l'espérance d'une guérison ou du moins une amélioration de l'état de santé, parce qu'à l'hôpital les soins seront plus appropriés ; personnellement je ne crois pas que ce transfert soit très souvent, comme on le laisse entendre, une évacuation du mort potentiel, mais bien une manifestation de confiance en la médecine.

Le seul problème qui se pose est peut-être celui de la justification des soins intensifs, souvent mal perçus par le public. L'acceptation de ceux-ci devrait être du ressort du malade, mais comment connaître sa décision lorsque sa conscience est altérée par son mauvais état général, et quand bien même cette décision aurait été stipulée précédemment, reste-t-elle d'actualité ? Pour toutes ces raisons, les hésitations de la famille sont légitimes ; quant au médecin, il se trouve placé devant un choix difficile, fonction d'une probabilité quelquefois minime de guérison ou d'amélioration. C'est la qualité de vie ultérieure qui devra être prise en compte, car si les soins intensifs laissent un mauvais souvenir à ceux qui les subissent, celui-ci s'atténue avec le retour à la santé.

C'est donc en dehors de toute réversibilité de la situation qu'il est permis de s'abstenir. Dans ce cas, l'alternative se situe entre la mort peut-être plus confortable en institution de soins (oxygène, nursing adéquat ...) et la mort dans le cadre habituel du domicile où les proches peuvent entourer le mourant plus aisément. Ces deux lieux de mort ont leurs avantages et leurs inconvénients. Cependant, de plus en plus, l'hôpital s'humanise, les chambres sont plus intimes, les visites plus libres, le personnel soignant apprend petit à petit à comprendre et à tenir compte du malade et de sa famille ; par contre, les soins palliatifs, s'ils sont nécessaires, peuvent être de mieux en mieux dispensés au domicile. Tout est question de possibilité, d'efficacité et de sensibilité.

La mort reste malgré tout une affaire personnelle à laquelle le vieillard est souvent et s'est souvent mieux préparé que l'adulte plus jeune. Les stades de révolte, de dépression qui précèdent la mort sont souvent escamotés, l'acceptation est plus précoce et le départ plus serein. Cette sérénité n'empêche pas quelquefois un certain regret de la vie mais celui-ci est certainement atténué par les satisfactions qu'a procurées l'existence, par la solidarité et l'affection des proches. Le mourant très souvent paraît apprécier un dernier contact avec ceux-ci ou avec l'un d'eux, peut-être pour s'assurer de cette union ou encore, en l'absence de proches, avec quelqu'un qui a partagé son intimité pendant les derniers jours (soignant). Il n'empêche que parfois le moribond refuse ce contact, désire être seul dans ce moment unique, soit pour ne pas peiner son entourage, soit parce qu'il se sent assez fort pour assumer seul sa mort, soit enfin parce que la personne qui offre ce contact

n'est pas celle qu'il attendait. C'est un fait que même entouré, on meurt seul. Cette expérience, c'est le mourant qui la subit, à lui de jouer son rôle dignement et sereinement jusqu'au bout puisqu'il ne devrait plus y avoir de souffrance.

S'étant préparé à ce départ bien avant qu'il n'ait lieu, la personne âgée pourra faire siens, ces vers de La Fontaine :

*"... je voudrais qu'à cet âge.  
On sortît de la vie ainsi que d'un banquet,  
Remerciant son hôte, et qu'on fît son paquet.  
Car de combien peut-on retarder le voyage ?"*

M. ASIEL

### BIBLIOGRAPHIE

1. KUBLER-ROSS E, Rencontre avec les mourants. *Gérontologie*, 55, 11-34, 1985.
2. COUVREUR Ch, Pourquoi créer des unités palliatives. *Vieillir ensemble*, 21, 5-6, 1989.
3. PETRINI M, Elderly and death. In : *Anziani Oggi*, 3, pp 3-6, September 1989 (Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma).
- 4, 5. *Annuaire statistique de la Santé Publique*. Ministère de la Santé Publique, 1988.
6. VAN CASTEREN V, Données épidémiologiques sur les urgences chez les personnes âgées, telles que vues en médecine générale. *Les Cahiers du GERM, Statistiques et vieilles dentelles*, 207, 51-57, 1988.
7. BRADSHAW J et al. Etude sur des personnes âgées trouvées mortes chez elles. *Gérontologie et Société*, 12, 148-150, 1980.
8. HUGONOT R. et HUGONOT L. Les causes de la mort. In : *Atlas du vieillissement et de la vieillesse*. Ed. Erès, pp. 419-424, 1988.





## FEDERATION MONDIALE ET ASSOCIATIONS SOEURS

Nous avons publié dans notre bulletin précédent (n° 39) un compte-rendu de synthèse du Congrès de la Fédération Mondiale, qui s'est tenu à Maastricht en juin 1990. Nous reprenons ci-après le texte intégral de la communication qui a été présentée par le docteur H.S. COHEN.

### L'EUTHANASIE COMME MODE DE VIE

Dans cette contribution, je me concentrerai sur une question qui n'est pas sans détours mais bien fascinante : quel est l'effet du choix de l'euthanasie avant qu'elle ne soit effectuée ? Plus spécialement sur la vie des patients, de la famille, des médecins, des infirmières, des bénévoles et la société dans son ensemble. J'espère démontrer qu'une telle influence existe et est vraiment profonde.

Laissez-moi tout d'abord parler des individus qui doivent faire face à une longue période de souffrance, par exemple les patients atteints du sida et ceux gravement handicapés par la sclérose en plaques. Toute personne qui a une expérience clinique a pu remarquer le changement qui apparaît chez ces patients quand une demande d'euthanasie est sérieusement discutée et que la fin de la vie n'est plus un sujet de conversation à éviter. Je ne suis pas à même de donner une preuve scientifique valable à ce sujet, simplement des observations et des hypothèses. Pour décrire ce changement chez le malade, qui diffère évidemment d'une personne à l'autre, j'emploierais des mots allant de "acceptation" et "tranquillité" à "paix radieuse" et "bonheur". Dans le cas d'euthanasie préparée avec soin, le processus pour atteindre la décision prend généralement des semaines et même des mois. Dans mon expérience, c'est le patient lui-même qui mûrit et se fortifie au cours de cette période et qui progressivement aide et console sa famille. L'euthanasie supprime la peur de la souffrance inconnue, d'une intensité inconnue, pendant un temps inconnu.

Mais je dois insister sur un second point : l'euthanasie nous oblige à parler de la vie et de la mort d'une façon très directe, à abandonner les bavardages habituels dans ces circonstances. Une tendance à communiquer non verbalement se développe tout à fait naturellement. Serrer dans les bras et embrasser le malade est parfaitement approprié. Les médecins ne devraient pas parler de l'euthanasie au pied du lit, en blouse blanche. Le minimum est de s'asseoir, de tenir les mains, et de ne parler que si le silence ne parle pas lui-même. Une attitude semblable sera adoptée par la famille, ce qui accroîtra l'intensité et la chaleur des relations et améliorera la compréhension entre famille et amis. Je suis convaincu qu'une partie importante du deuil est vécue avant la mort du patient. Bien sûr, il y a du chagrin après aussi, mais dans mon expérience, un chagrin "sain" est souvent mêlé de soulagement sincère et de bonne humeur. Le docteur Admiraal a souvent dit que l'euthanasie fait partie du bon traitement médical. Dans cet ordre d'idée, le choix de l'euthanasie pourrait bien être considéré comme faisant partie de l'assistance spirituelle.

Le paradoxe qui fait de l'euthanasie une bonne chose pour la vie va plus loin. Ne pourrait-elle pas prolonger la vie, c'est-à-dire une forme de vie acceptable ? Envisageons un patient atteint du sida qui est déterminé à se suicider avant que les choses ne deviennent trop pénibles. Il devra mettre ses plans en action pendant qu'il a encore la

force de le faire. Dans cette situation, la promesse d'un suicide assisté ou d'euthanasie supprime l'urgence de passer à l'acte. L'euthanasie peut effectivement prolonger la vie en offrant une façon humaine de mourir.

Une expérience bien connue du docteur Spiegel de l'université de Stanford, publiée l'an dernier dans le LANCET, avait proposé une thérapie psycho-sociale de groupe à des femmes ayant un cancer du sein. Il put conclure que ces patientes vécurent en moyenne 36 mois. Dans le groupe de contrôle, la durée moyenne ne fut que de 19 mois. Ce gain de vie de 17 mois est attribué au traitement psycho-social. D'autres recherches suggèrent aussi que des interventions sociales (et pourquoi pas aussi l'euthanasie ?) peuvent effectivement prolonger non seulement la qualité, mais aussi la quantité de vie.

Dans les cours de post-graduat pour infirmières ou post-universitaires pour médecins, surgit souvent la question de savoir s'il convient qu'un médecin ou une infirmière prenne l'initiative d'aborder le sujet de l'euthanasie. La difficulté est que cela pourrait être interprété comme étant un signe d'impatience de la part du médecin. Cependant je répondrais à cette question par l'affirmative. Dans la phase terminale, le temps passe plus vite et l'avenir est plus près qu'on ne l'espère. Avoir suffisamment de temps pour discuter du sujet à l'aise, sans être pressé par les progrès de la maladie, crée les conditions pour une préparation prudente et, comme je l'ai mentionné, contribue à la qualité de la vie.

Est-ce que l'euthanasie affecte la vie des personnes en bonne santé, comme vous et moi, les malades du futur ? Est-ce qu'elle affecte ceux qui ont été témoins de l'euthanasie, en premier lieu les volontaires du "Service d'aide aux membres"<sup>1</sup>, mais aussi la famille, les médecins et les infirmières ? Pour ma part j'ai effectivement été affecté : la maladie et le vieillissement me font moins peur. La fontaine de jouvence n'existe pas et cela m'est égal désormais. Nous évitons plutôt de penser à nous en tant que mortels. Cela semble être une des raisons du manque de donneurs d'organes pour la transplantation. Cela pourrait aussi expliquer le petit nombre de membres des associations pour l'euthanasie comparé aux majorités en sa faveur dans les sondages d'opinion. Cela m'a appris à approcher les patients avec la chaleur du coeur et la tête froide. Après ces moments d'intimité et de partage, on réalise combien de temps est perdu en conversations polies et en bonnes manières. Et puis, il est très important de ne pas se laisser emporter par l'émotion, mais de rester maître de soi-même et de la situation. Nos efforts dans ce domaine sont récompensés par plus de maturité et d'assurance.

Voilà pour les individus, maintenant parlons de la société : je citerais un article-clé de Joseph Fletcher sur "Les tribunaux et l'euthanasie" : *"Sondages après sondages montrent une majorité croissante en faveur du droit de choisir la mort et d'avoir une aide médicale pour réaliser ce choix. Le tabou est tout simplement en train de mourir comme tous les tabous le font tôt ou tard. L'obstacle à franchir est psychologique ou viscéral, non pas logique ou éthique, car nous rompons avec la sagesse conventionnelle"* En effet, les sondages donnent des résultats étonnants : parfois plus de 80 % de la population et 50 % des médecins sont en faveur de l'euthanasie. La dernière publication de l'ADMD belge<sup>2</sup> en donne une récapitulation très claire. Mais les tabous sont toujours là, même aux Pays-Bas, qui doit apparaître à beaucoup d'entre vous comme le pays de rêve à cet égard. La peur principale reste encore celle de la mort et de l'agonie. Et nos vrais adversaires ne sont pas en effet le pape ou l'évêque de Canterbury mais les

<sup>1</sup>de l'ADMD des Pays-Bas

<sup>2</sup>"Choisir sa mort, une liberté, un droit"

réalisateurs de films commerciaux de télévision, qui nous bourrent le crâne avec l'idée que seule la jeunesse vaut la peine d'être vécue.

L'euthanasie oblige la société à reconsidérer les limites de la tolérance : les opposants vont-ils autoriser les autres à employer l'euthanasie ? Les partisans vont-ils respecter la liberté de ceux qui ne veulent pas être impliqués ? A ce sujet, la qualification de "volontaire" s'applique non seulement à la demande du patient mais aussi à la coopération des médecins et infirmières.

Couvrir de boue et diffamer sont choses faciles : les partisans de l'euthanasie doivent être cruels, paresseux, les médecins athées, la famille avide et insouciante. Attendez que quelqu'un prouve de telles allégations ! Comme disait l'une de mes collègues : *"Si vous souhaitez les meilleurs soins et la plus grande attention de votre médecin, demandez simplement l'euthanasie"*.

La seconde espèce d'objections est d'ordre religieux ou philosophique : "Nous sommes les gérants de la vie, pas les propriétaires". "Tu ne tueras point" ou, dans la nouvelle traduction (anglaise) "Tu ne dois pas commettre de meurtre". La Bible semble pouvoir conforter n'importe quelle opinion, qu'elle soit pour ou contre. Ces considérations peuvent avoir un grand poids pour les croyants et peuvent en fait déterminer complètement leur conduite. Mais elles ne concernent pas ceux qui ont d'autres convictions. Les lois ou l'attitude de la société en général sont des sujets politiques ! La plupart de nos sociétés sont suffisamment permissives pour laisser les citoyens libres de boire, d'avoir vingt enfants, de participer à des courses de voitures, toutes activités plutôt malsaines mais tolérées. L'euthanasie est moins dérangement que n'importe laquelle de ces activités. Ce qui nous dérange est l'argument de la pente glissante : l'idée que l'usage sera suivi d'abus. La crainte que les mesures de précaution s'effriteront jusqu'à devenir une routine de pacotille. C'est une réaction très humaine de résister au changement et de se sentir en sécurité dans les routines qui ont fait leurs preuves. Tous les parents observent cela chez leurs enfants. J'emploie cet argument comme incitation à garder les yeux ouverts. Ceux qui sont eux-mêmes impliqués dans l'euthanasie devraient être les gardiens de cette dérive et surveiller de près la stricte observation de toutes les sauvegardes. Et cela réussit dans ce pays-ci. Dans les centaines de cas qui ont été examinés par les autorités judiciaires, aucune tendance au laxisme n'a été détectée - au contraire- . Je ne plaide pas pour l'instauration du système des Pays-Bas dans chaque pays du monde. Nous avons la chance d'avoir un système de soins de santé pour tous les citoyens, aussi l'euthanasie n'est-elle pas le substitut d'un manque de soins médicaux. De plus, notre corps médical n'a pas de vocation commerciale.

Je suis consulté sur l'euthanasie de deux à quatre fois par semaine. Les consultations actuelles diffèrent fortement de celles d'il y a cinq ans. Il y a une grande amélioration de la connaissance des principes et de la procédure concernés. Des situations de panique sont devenues exceptionnelles. Des interventions médicales efficaces sont rarement négligées. Et à ma grande satisfaction, la compétence dans les soins palliatifs et en phase terminale augmente d'une façon évidente.

Cependant, même aux Pays-Bas, beaucoup reste à faire. En dehors de la question de la législation, l'euthanasie n'est pas encore complètement intégrée dans notre culture. Elle n'a pas sa place assurée dans le curriculum des écoles de médecine et de soins. On n'en parle pas dans les écoles comme on parle de la contraception ou du droit de vote. L'euthanasie mérite une telle place parce que, par sa simple existence en tant qu'option, elle stimule les soins en phase terminale, rend les patients conscients de leurs droits. Et généralement parlant, elle a une bonne influence sur l'attitude des médecins.

(Traduction : J. Bekaert)

#### HEMLOCK (ETATS-UNIS)

Le bulletin de janvier 1991 de la société Hemlock annonce que la pétition organisée par cette association dans l'Etat de Washington a recueilli plus de 212.000 signatures, ce qui la qualifie pour faire organiser par cet Etat, un referendum sur le droit de mourir dans la dignité. Cette initiative a l'originalité de ne pas se limiter à la reconnaissance du testament de vie, au droit de refuser une prolongation artificielle de la vie et à la désignation d'un représentant (que nous appelons "garant") mais elle veut faire reconnaître le droit pour un patient adulte atteint d'une maladie incurable de demander l'aide active du médecin pour hâter sa fin et faire admettre la non-culpabilité du médecin qui accepterait de suivre ces directives.

Y. K.

# REVUE DE LA PRESSE

## EN JUSTICE

EN AUTRICHE : Des infirmières en cour d'assises à Vienne.

Le procès de quatre aides-soignantes de l'hôpital de Lainz, près de Vienne, accusées d'avoir, entre 1983 et 1989, fait passer de vie à trépas plusieurs dizaines de malades confiés à leurs soins, s'est ouvert, jeudi 28 février, devant la cour d'assises de la capitale autrichienne.

Il y a près de deux ans, ces quatre femmes avaient mis toute l'Autriche en émoi. La découverte de leur forfait - un nombre indéterminé "d'interventions" visant à mettre fin à la vie de patients du service de médecine du Dr Franz Pesendorfer - avait fait surgir le spectre de ces infirmières tueuses et naître un soupçon généralisé sur le système de santé autrichien. Les politiciens s'en étaient mêlés. Le président Waldheim, qui ne manque jamais une occasion de se faire l'écho des affects de ses compatriotes, avait déclaré : *"Ce crime dépasse notre imagination"*.

Aujourd'hui, la démesure a fait place à la sécheresse d'un dossier qui lève le voile sur la vie des hôpitaux et sur la mort qui se présente fréquemment dans ces lieux *"parfois comme un hôte attendu avec impatience"* dira Me Wilhelm Philip, l'avocat de Waltraud Wagner.

Avoir *"aidé des patients à mourir"*, cela toutes les inculpées, sauf Maria Gruber, le reconnaîtront. Mais c'était, affirment-elles *"mues par la pitié"*. Parce qu'elles trouvaient *"insupportable d'entendre à longueur de journée des patients, voués à une mort certaine, gémir et souffrir sans que les médecins fassent rien pour calmer leur tourment"*. Cette version des faits est naturellement contestée par le procureur, M. Ernst Kloyber, pour qui *"ce n'était sûrement pas la pitié qui faisait agir ces femmes mais le désir égoïste et méprisable de se débarrasser de malades difficiles"*.

A l'appui de cette thèse, le représentant du ministère public évoque, avec un luxe de détails, l'une des méthodes employées par les accusées pour faire mourir certains de leurs patients. Entre elles, elles appelaient cela le "bain de bouche". Il s'agissait normalement d'humecter les muqueuses buccales des malades grabataires souffrant d'oedème pulmonaire et respirant uniquement par la bouche. Au lieu de cela, elles bloquaient la langue des malades et injectaient l'eau dans les voies respiratoires. Cela provoquait la mort, en une ou deux heures, par engorgement des poumons.

La défense veut, de son côté, démontrer que ses clientes n'ont commis qu'un *"délit d'euthanasie illégale"*. Et surtout que l'accusation ne se fonde que sur des aveux extorqués par la police aux quatre femmes sans pouvoir être étayée par des preuves matérielles. L'autopsie des corps des victimes présumées, dont une vingtaine ont été exhumées, n'a, en effet, pu établir que celles-ci étaient mortes d'injections soit de Rohypnol, de Valium ou d'insuline, méthodes habituellement utilisées par elles. L'accusation compte néanmoins beaucoup, pour emporter l'adhésion des jurés, sur le témoignage du seul survivant des agissements présumés de Waltraud Wagner et de ses

complices. Franz Kohout, aujourd'hui âgé de soixante-dix-neuf ans, avait été trouvé par un médecin, en avril 1989, dans un profond coma dont on établira plus tard qu'il était consécutif à une injection massive d'insuline. Waltraud Wagner et Stéphanie Mayer étaient de service cette nuit-là. Mais elles nient fermement avoir effectué quelque injection que ce soit sur M. Franz Kohout.

Cette affaire incita enfin le médecin-chef de service, Franz Pesendorfer, à déclencher la machine policière. On lui reprochera sans doute au cours du procès, ses négligences, son manque de surveillance, l'utilisation par les infirmières de médicaments dangereux, mais surtout la confiance aveugle qu'il avait toujours manifestée envers Waltraud Wagner, une aide-soignante "*zélée et digne de confiance*", comme il le notait régulièrement dans ses rapports.

Luc Rosenzweig "Le Monde", 2 mars 1991

Quels mobiles ont guidé ces femmes ? Difficile à dire mais elles ont reconnu (du moins la principale accusée) avoir tué de leur propre initiative et sans que les malades aient demandé quoi que ce soit ni consenti à rien : on ne peut donc parler d'euthanasie, si ce n'est, malheureusement au sens où les nazis la pratiquaient, c'est à dire l'élimination des "inutiles" ; si les infirmières en question prétendent avoir agi par pitié (c'est l'argument de la défense) on a appris que les méthodes employées pour donner la mort n'étaient pas toutes douces, loin de là ...

Rappelons qu'une infirmière de Wuppertal, ayant avoué avoir tué quinze patients grabataires, entre 1984 et 1986, avait été condamnée à onze ans de prison.

Dernière minute. Deux des quatre aides-soignantes ont été condamnées à la réclusion à perpétuité, les deux autres à vingt et quinze ans de prison.

(29 mars 1991)

**EN FRANCE : - Drame de l'euthanasie jugé à Nantes. Faut-il faire vivre à tout prix et à tous risques ?.**

Carol Brousse, un professeur de physique de 42 ans, handicapé qui avait tué son troisième enfant né mal formé, a été condamné vendredi soir à deux ans d'emprisonnement avec sursis par les jurés des assises de Loire-Atlantique après deux heures trente de délibérations.

La Cour et les jurés, qui en France délibèrent d'une traite ensemble sur la culpabilité et sur la peine, ont par ailleurs décidé que cette condamnation ne serait pas portée sur son casier judiciaire. Cette inscription ne lui aurait plus permis de continuer à exercer son métier.

Le 21 octobre 1989, ce père, né avec des pieds-bots et une malformation à la main, avait tué son enfant né la veille et atteint lui aussi de malformations : une vessie ouverte et sortie de l'abdomen, un sexe atrophié et sans peau et un bassin non fermé. Ces handicaps ne mettaient pas la vie du petit Karl en péril, mais nécessitaient de lourdes opérations et traitements. Après une intervention chirurgicale de six heures pratiquée à Nantes au lendemain de la naissance, Carol Brousse avait alors pu voir son enfant placé

en réanimation : *"J'ai été frappé par la beauté de cet enfant. Je l'ai aimé. Mais sa misère, son martyre à venir me sont apparus comme effroyables"*.

Carol Brousse a été décrit par plusieurs membres de sa famille comme un "papa-poule", un homme bon et droit, pudique sur ses souffrances et qui a toujours refusé une carte d'invalidité. Un homme qui vit aussi dans une "défiance du milieu médical".

Sa compagne, professeur et mère de l'enfant décédé, a refusé de porter un jugement sur l'acte commis : *"Je vis avec lui, c'est tout, je pense qu'il a craqué. Personne ne nous a expliqué vraiment ce qu'avait l'enfant"*.

Un pédiatre a expliqué, photos à l'appui, que *"dans ce genre de handicap, le bon résultat du chirurgien n'est pas forcément celui du patient"*.

Un médecin de Marseille a souligné qu'il conseillait une interruption volontaire de grossesse lorsqu'il était possible de détecter cette malformation avant la naissance. Un autre médecin de 82 ans, Marion Cahour, connue à Nantes pour ses actions en faveur des déshérités, a expliqué : *"Je suis chrétienne. Mais si Dieu a dit : tu ne tueras point, il n'a jamais dit qu'avec des opérations sophistiquées, il faut faire vivre à toute force, à tout risque, et à tout dégât"*.

*"A partir de quelle infirmité n'a-t-on plus le droit de vivre ?"* a rappelé le représentant du ministère public qui avait reconnu des circonstances atténuantes, avant de requérir la peine minimale de principe retenue. La défense avait quant à elle demandé l'acquittement mais, on l'a dit, celui-ci est plus rare en France où les jurés ne délibèrent pas seuls sur la culpabilité.

("Le Monde" 11 février 1991)

Pas d'acquittement, mais une peine minimale avec sursis ; cet homme n'ira pas en prison. Il s'agit bien d'euthanasie (donner la mort par compassion) mais évidemment elle n'est pas volontaire puisqu'il s'agit d'un nouveau-né.

= Une affaire peu claire jugée à Toulouse.

Un homme a été condamné à cinq ans de prison pour le meurtre de sa compagne malade qui craignait de mourir d'un cancer (qu'elle n'avait pas, semble-t-il). Le couple aurait décidé de se supprimer ensemble par un meurtre qui devait être suivi d'un suicide ... lequel n'a pas eu lieu.

(21 février 1991)

AUX U.S.A. : Suicide assisté. L'affaire Kevorkian (suite)

Rappelons que le docteur Kevorkian, inculpé de meurtre en juin 1990 pour avoir mis à la disposition d'une patiente atteinte de la maladie d'Alzheimer un appareil qui lui avait permis de se suicider, avait été disculpé en janvier dernier.

Le 5 février 1991, le juge de Pontiac (Michigan) lui a interdit la fabrication et l'utilisation de cet engin. Le médecin s'est engagé à respecter l'arrêt du juge mais ne renonce pas à prôner l'idée de l'euthanasie volontaire.

(7 février 1991)

A.M. K.

## SOINS PALLIATIFS

EN BELGIQUE : - Dix mesures annoncées par le Ministre Busquin

A l'initiative du ministre des Affaires sociales, Philippe Busquin ; diverses mesures ont été prises quant à l'organisation des soins palliatifs. Les premières expériences devraient être lancées dès 1992. Dix principes ont été ainsi énoncés :

La finalité des soins palliatifs, qui visent à lutter contre la douleur et l'anxiété du patient en organisant un suivi médical pour que ce dernier poursuive régulièrement son traitement, est de permettre aux patients qui le souhaitent de mourir à domicile. Cette décision impose bien entendu le respect absolu de la volonté du patient qui décidera du recours ou non aux soins palliatifs et ce soit à l'hôpital, soit à domicile.

L'aide apportée aux patients et aux familles, tant à domicile qu'à l'hôpital, devra être gratuite et, pour qu'un traitement médical de la douleur soit efficace, il faut assurer la formation des médecins et personnels soignants, celle-ci ne sera pas non plus payante.

De plus, une complémentarité, entre les équipes de soins palliatifs, les médecins généralistes et les services de soins à domicile, sera nécessaire. L'équipe de soins palliatifs ne pourra pas effectuer des actes techniques rémunérés.

La distribution de l'implantation des équipes de soins palliatifs sur base d'entrée socio-sanitaires suffisamment peuplées devra favoriser la collaboration et le pluralisme.

Au sein des hôpitaux, une nouvelle formation « soins palliatifs et humanisation » sera mise en place. En outre, une équipe chargée de la formation du personnel soignant hospitalier sera constituée afin de privilégier les aspects relationnels. A cela, des normes de qualification et de qualités seront imposées contractuellement lors des expériences financièrement soutenues.

Les libertés philosophique et religieuse devront être garanties pour tous les patients.

Toutes les expériences seront accompagnées d'une réflexion sur l'éthique. Cette dernière sera menée par ceux qui s'exécuteront sur le terrain.

Enfin, les expériences seront suivies par un comité scientifique pluridisciplinaire et évaluées au terme de deux années de fonctionnement.

La totalité du budget comprenant la formation médicale, le soutien aux soins palliatifs à domicile et en hébergement collectif, la fonction hospitalière et le comité scientifique d'accompagnement sera de 80 millions.



- Réunion chez le ministre Busquin

Le 20 mars dernier, le ministre Philippe Busquin a réuni les personnes qui s'occupent chez nous des soins palliatifs pour leur annoncer qu'un soutien financier de 80 millions de francs allait leur être accordé dans le cadre de l'INAMI. Durant la phase expérimentale, ce seront des sommes forfaitaires qui seront allouées, afin d'éviter les abus de la surconsommation que pourrait susciter le paiement à la prestation. Le ministre s'est dit conscient de la modicité de cette aide financière, mais il s'agit d'un début. Les équipes oeuvrant à domicile et dans les hébergements collectifs (maisons de repos et maisons de repos et de soins) recevront une aide prioritaire (48 millions). Les hôpitaux ayant une section de lits consacrés spécifiquement aux soins palliatifs recevront chacun un subside de 450.000 ou 900.000 francs (selon l'importance de l'établissement). L'accent est mis sur la formation du personnel que devront avoir les équipes. Un comité scientifique d'accompagnement formé de personnalités appartenant à différentes disciplines telles que sociologie, philosophie, psychologie, démographie, droit, etc ..., et non impliquées directement dans les activités subsidiées, sera créé pour évaluer les expériences en cours et pour susciter des questions dans un domaine qui est en pleine évolution.

Y. K.

- Le journal "Le Soir" publiait en "Carte blanche", le 31.12.1990, un article rédigé par un groupe de chrétiens, intitulé "L'euthanasie, notre prochain débat éthique".  
Voici le texte de la réponse adressée par Janine Wytzman, tel que Le Soir l'a publiée en date du 29.1.1991.

...1. Les unités de soins palliatifs ne résolvent pas tous les problèmes : dans certains cas, les douleurs des cancers terminaux restent intolérables malgré tous les progrès de la pharmacologie, sans parler du sentiment de perte de la dignité que ressentent les malades souffrant de paralysie, d'incontinence, de certaines plaies horribles, etc. Dans ces situations extrêmes, on peut se demander si la réponse à apporter par "l'intelligence et la charité que Dieu a mises dans le coeur des hommes" ne serait pas d'accéder à la demande d'un malade qui supplie que l'on mette fin à ses souffrances.

2. L'euthanasie dont parlent les associations qui militent en faveur de sa dépénalisation est uniquement une euthanasie **volontaire**, donc pratiquée à la demande expresse du malade.

3. De nombreux chrétiens ne sont pas opposés à l'euthanasie volontaire. D'ailleurs, dans toutes les enquêtes réalisées, y compris en Belgique, 56 à 83 % des personnes interrogées se sont exprimées en faveur de l'euthanasie active dans certaines conditions bien précises.

Il me semble qu'un sujet aussi douloureux n'autorise pas le recours à des principes abstraits mais doit être pensé humainement en fonction des situations réelles.

J. W.

## LES LIVRES

Bioéthique, politique de santé et droits de l'homme, Bruxelles, CEDIF, 1991

Ce sont les actes d'un colloque organisé en avril 1990 par la Fédération francophone belge pour le planning familial et l'éducation sexuelle et par la Ligue des droits de l'homme. Les intervenants - sociologues, juristes, philosophes, psychologues, théologien, ainsi que les ministres Busquin, Delizée, Guillaume et Wathelet - se sont en général limités aux problèmes soulevés par la procréation médicalement assistée. Les questions éthiques liées à la fin de la vie, et en particulier l'euthanasie, n'ont pas été abordées. L'intervention du sénateur Roger Lallemand, qui concluait le colloque, avait cependant une portée beaucoup plus large et touchait à des préoccupations proches des nôtres. C'est ainsi qu'il rappela que le danger d'une pénalisation qui voudrait absorber l'éthique, serait d'abolir les frontières essentielles entre la morale et le droit. *"Une société dans laquelle toute norme morale est marquée par un interdit pénal est une société totalitaire"*. La règle pénale a pour caractéristique d'être délimitée. Notre société pluraliste a donc dépénalisé toute une série de comportements que l'on sanctionnait autrefois : le blasphème, le divorce, l'inceste (entre adultes), l'avortement. Nous pensons qu'il en sera ainsi un jour de l'euthanasie volontaire et de l'aide au suicide.

La création d'un comité national d'éthique fut aussi discutée. *"Je ne crois pas qu'il soit nécessaire, mais je crois qu'on n'y échappera pas"* a dit Roger Lallemand, et plus loin : *"Il n'y a pas de drame à ce qu'un tel comité existe s'il est réellement voué à l'information, s'il ouvre des colloques sur les problèmes éthiques, s'il est surtout à l'écoute des comités locaux ..."*

La conclusion est la suivante : "Une politisation de l'éthique sera donc toujours au coeur du débat : c'est la politisation d'une société qui a choisi les droits de l'homme comme point d'ancrage et la libération comme objectif. Il faudra que le droit détermine le champ de possible le plus large. Il ne peut s'agir de prôner un retour à la nature ou à la tradition, mais plutôt tracer les chemins du nouveau pouvoir que la science nous offre".

Y. K.

L'Euthanasie, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1990.

Une collection "Ce que dit le pape" éditée chez Fayard par les moines de l'Abbaye de Solesmes a sorti récemment un petit livre sur l'euthanasie qui offre un choix d'extraits des déclarations de Jean Paul II et de ses prédécesseurs, Pie XII, Jean XXIII, et Paul VI.

L'introduction parle d'une "nouvelle étape de mort après la légalisation de l'avortement". Elle rappelle le commandement de Dieu, qui est formel et absolu : "tu ne tueras point". Les différents chapitres (Valeur de la vie humaine, Immoralité de l'euthanasie, Analgésie et euthanasie, L'usage proportionné des moyens thérapeutiques, La détermination du moment de la mort) reproduisent des fragments de textes de la Congrégation pour la doctrine de la foi (du 18 novembre 1974 et du 5 mai 1980), des extraits d'encycliques et diverses déclarations faites à des médecins à l'occasion de congrès et à l'Académie pontificale des sciences. Tous ces textes condamnent formellement l'euthanasie qui est considérée comme un crime, une violation de la loi

divine, un attentat contre l'humanité. Dans certains cas, "la responsabilité personnelle peut être diminuée ou même supprimée", mais "l'erreur de jugement ne modifie pas la nature du geste meurtrier, qui demeure en soi inacceptable". Il n'est pas fait de distinction nette, dans ces morceaux choisis, entre euthanasie active et passive, directe ou indirecte, volontaire ou non demandée par le patient. Le chrétien ne peut ni demander, ni pratiquer l'euthanasie ; il doit fermement s'opposer à toute tentative de légalisation. Pie XII, dans un message adressé au Congrès des médecins catholiques en 1956, disait : "Le droit médical est subordonné à la morale médicale, qui exprime l'ordre moral voulu par Dieu. Le droit médical ne peut donc jamais permettre que le médecin ou le patient pratiquent l'euthanasie directe ...".

La doctrine de l'Eglise est donc claire et dépourvue de toute ambiguïté : l'euthanasie est interdite, non seulement aux catholiques - patients et médecins - mais à tous, puisque le droit médical doit être subordonné à l'ordre moral voulu par Dieu. Certains témoignages, plus ou moins confidentiels, et des prises de position individuelles de certains ecclésiastiques et de philosophes catholiques, montrent cependant que, dans les faits, les situations sont moins tranchées. Nous avons reproduit dans notre brochure "Choisir sa mort, une liberté, un droit" des textes du professeur Druet, des Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur, et du professeur Malherbe, directeur du Centre de bioéthique de l'UCL, qui témoignent de cette ouverture d'esprit.

Y. K.

Problèmes éthiques de la vie finissante, Assoc. E. de Craene, janvier 1991, <sup>3</sup>

L'association Ernest De Crane est un groupement de réflexion qui défend un humanisme laïque. La brochure qu'elle publie sous le titre ci-dessus envisage avec une grande honnêteté de pensée tous les aspects de la vie finissante, y compris ceux qui sont les plus controversés et les plus difficiles à aborder. Les réponses données aux problèmes, même douloureux, sont toujours dictées par le souci du respect de la personne humaine, de ses volontés et de sa dignité. Elles mettent aussi clairement en évidence combien est artificielle l'opposition si souvent prônée actuellement entre soins palliatifs et euthanasie, qui sont en fait des réponses différentes et complémentaires à des situations elles-mêmes différentes et d'ailleurs évolutives. Cette excellente brochure décrit également les différents aspects de l'assistance morale laïque et se termine par quelques références bibliographiques de base.

M. E.

<sup>3</sup> Association E. de Craene, asbl, rue du Méridien, 1030 Bruxelles.

L'aide aux grands malades, édité par l'asbl "Bien vivre, bien mourir", 96 pages<sup>5</sup>

Cet ouvrage relate l'expérience de l'accompagnement à domicile de plus de 120 grands malades et mourants dans la région liégeoise. Les aspects matériels et moraux, la pratique des soins à domicile et en particulier l'utilisation des analgésiques mais aussi les soins infirmiers sont abordés avec précision. L'expérience, limitée en raison surtout de problèmes budgétaires, montre que dans beaucoup de cas, il serait possible d'assurer aux mourants qui le souhaitent, une fin de vie à domicile. Il faut rendre hommage au Dr Minet et à son équipe d'avoir mené à bien ce travail considérable de pionnier.

M. E.

Alain Pompidou, Souviens-toi de l'homme, Ed. Payot, 1990, 260 pages

Cet ouvrage, écrit par un médecin qui est aussi un homme politique, passe en revue les grands problèmes éthiques actuels dans le domaine biomédical.

Les prises de position sont ouvertement d'inspiration religieuse, même si, dans certains cas, des compromis avec une attitude sans a priori sont recherchés. Mais dans l'ensemble et notamment dans le chapitre sur l'euthanasie, l'auteur évite, au nom de principes philosophiques, d'envisager concrètement les problèmes humains.

L'ouvrage comporte par ailleurs des contradictions et une confusion des termes et des idées qui obscurcissent quelque peu la pensée de l'auteur. C'est ainsi qu'il définit correctement dans un des chapitres l'euthanasie active comme "une euthanasie pratiquée à la demande du mourant" ce qui ne l'empêche pas dans un autre chapitre d'estimer qu'elle peut entraîner la "décision de supprimer les vieillards et les handicapés".

Si l'auteur accepte que le mourant puisse refuser des soins excessifs, il lui dénie tout droit de décision concernant sa mort. S'il accepte le principe des soins palliatifs, il n'envisage absolument pas les cas, qui ne sont pas rares pourtant, où ceux-ci ne parviennent pas à soulager les détresses physiques ou morales des mourants.

Enfin, sa présentation des faits est souvent tendancieuse et détachée de la réalité. La mort naturelle par exemple est décrite comme "une vie qui s'éteint" alors que l'euthanasie serait "une interruption brutale" de celle-ci. Ceux qui dans les hôpitaux ont réellement côtoyé la mort savent combien cette "extinction" (terme qui suggère le calme et la sérénité) peut être une agonie insupportable. De plus, l'auteur n'hésite pas à décréter sans aucune discussion critique quels sont "les droits et les devoirs" des médecins et des patients.

En résumé, un livre conventionnel, confus qui, malgré les références au "respect de l'homme" est avant tout soucieux du respect de l'idéologie de l'auteur.

M. E.

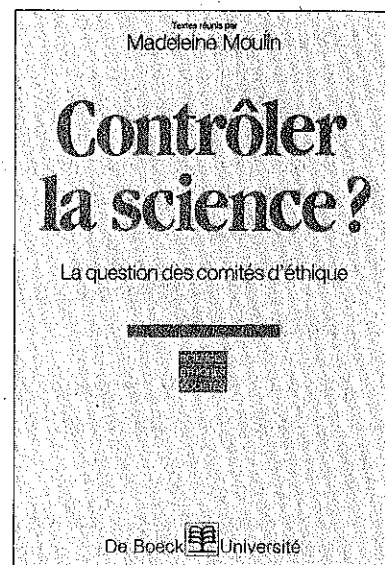
<sup>5</sup>Bien vivre, bien mourir, asbl, rue Likenne, 58, 4420, St Nicolas.

**VIENT DE PARAITRE****Contrôler la science  
La question des comités d'éthique**

Textes de Madeleine MOULIN, Peter KEMP, Marie-Hélène PARIZÉAU, Marinette UMMEL, Jean-Pierre RESTELLINI, Yvon KENIS, Lucie HEUSKIN, Marie-Luce DELFOSSE, Gilbert HOTTOIS, Bérangère MARQUES-PEREIRA, Nicole LAHAYE-BEKAERT, Yvon ENGLERT, Willy SZAFFRAN, Gérard FOUREZ, Tien GUYEN NAM  
Textes réunis par Madeleine MOULIN

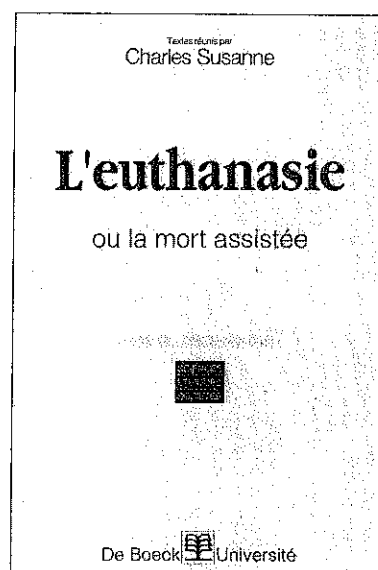
Venus de France, de Belgique, du Danemark, du Québec, de Suisse, les collaborateurs de cet ouvrage traitent de la **régulation sociale** de la recherche scientifique, appliquée au **domaine biomédical**, sous le triple aspect de la confrontation interdisciplinaire, de la diversité culturelle et du pluralisme philosophique. Ils envisagent ainsi les questions fondamentales que posent à la conscience individuelle et collective les contradictions et les conflits nés de la pratique scientifique mais affectant aussi les décideurs politiques.

Autre pays, autres mœurs: sont analysés les contextes nationaux générateurs de procédures différentes, alors même que les problèmes bioéthiques connaissent une mondialisation accélérée. Se dégage ainsi une réflexion élargie de la manière dont une communauté de vie gère des situations potentiellement anxiogènes.

**L'Euthanasie  
ou la Mort assistée**

Textes de M. MOULIN, J.-F. MALHERBE, P. DECONINCK, Y. KENIS, X. DIJON, E. D'HOSE, Dr L. SCHWARTZENBERG  
Textes réunis par Marie-Geneviève PINSART et Charles SUSANNE

Au travers d'approches sociologiques, médicales ou juridiques se font jour diverses prises de position éthiques face aux solutions envisagées pour accompagner la mort ou pour renoncer à prolonger la vie dans les cas désespérés. Solutions qui, en fait, suscitent autant de questions sur lesquelles les divergences d'opinion sont loin d'être aplanies: faut-il légiférer, faut-il responsabiliser l'entourage du patient, faut-il laisser la décision à celui-ci, faut-il la réserver au médecin, peut-on justifier l'euthanasie active directe, comment juger l'influence du milieu hospitalier, comment accueillir les demandes précises d'un malade, dans quelle mesure entériner l'état des mœurs sur le plan juridique? Dans son pluralisme – philosophique, disciplinaire et pratique –, cet ouvrage éclaire le débat en cernant sous tous ses aspects un problème qui concerne aussi notre éducation à la liberté.



## COURRIER

Madame E. DRIANNE-MAZIERS nous écrit :

*J'ai été horrifiée à la lecture de l'article concernant Nancy Cruzan morte de faim et de soif douze jours après avoir été débranchée (p. 6 du bulletin n° 39 de décembre 1990) et celui de Mme Stinissen dont on annonçait froidement que "privée d'alimentation, elle devrait mourir dans deux semaines environ" (p. 10 du même bulletin).*

*Pour moi, il ne peut s'agir de mort dans la dignité, mais de tortures infligées à des patients incapables de faire savoir ce qu'ils ressentent. "En cas de coma, les médecins ignorent totalement ce qui se passe" (p. 15). Des personnes sorties du coma ont dit avoir entendu tout ce qui se disait dans leur chambre, tout en étant incapables de le faire savoir.*

*Pour moi, il ne peut donc s'agir de mort douce, mais de mort qui donne froid dans le dos.*

*Je suppose que je ne serai pas la seule à réagir à ces articles, et dans l'attente de votre prochain bulletin ...*

Les articles auxquels fait allusion notre correspondante, ont été reproduits sans que nous y apportions de commentaires. Il est clair que si nous enregistrons comme un élément positif la prise en compte de la volonté d'un malade, nous ne pourrons jamais nous satisfaire d'une fin de vie qui ne soit pas bien accompagnée.

## QUELQUES ADRESSES UTILES

<u>S.O.S. Solitude</u> , 1000 Bruxelles, 24, rue du Boulet 1320 Gervai, 277, av. Albert Ier	02/513.45.44. 02/653.86.75 02/653.47.83
<u>"Ecoute-Cancer"</u> Service d'accueil téléphonique, lundi de 10 à 15 h. 1040 Bruxelles, 21, rue des Deux Eglises	02/231.02.02 ou 1888 (gratuit)
<u>"Cancer et Psychologie"</u> - Permanence téléphonique. Service d'écoute pour les soignants, les patients et leurs proches, du lundi au vendredi de 10 à 12 .h	02/735.16.97
<u>Télé-Secours</u> (24 h/24 - commande d'appel portative), 1000 Bruxelles, 24, rue du Boulet - de 9 à 12 h 30 et de 14 à 17 h 30	02/511.91.55
<u>Télé-accueil "Jour et nuit un ami vous écoute"</u> Bruxelles ) Namur - Brabant Wallon ) Liège ) 1991 ou Charleroi ) Hainaut ) Luxembourg )	02/538.49.21 010/22.88.27 041/42.77.70 071/31.43.14 065/35.20.20 063/22.06.27
<u>Centre de prévention du suicide</u> , 1050 Bruxelles, 46, Pl. du Châtelain rendez-vous	02/640.65.65 02/640.51.56
<u>Télé-Espoir</u> , 6031, Monceau-sur-Sambre, 108, route de Mons	071/32.63.75
<u>Bien Vivre-Bien Mourir</u> Service d'aide aux grands malades 4310 Saint-Nicolas, 58, rue Likenne	041/52.62.46
<u>Centrale de services à domicile</u> 1060 Bruxelles, 43, rue Saint-Bernard 4020 Liège, 19, avenue de Jupille	02/537.98.66 041/62.46.46
<u>Centre d'aide aux mourants (C.A.M.)</u> Aide psychologique aux proches et familles de mourants 1000 Bruxelles, 104, Bd de Waterloo	02/538.03.27
<u>Continuing Care</u> Soins à domicile par infirmières spécialisées dans le traitement de la douleur (malades cancéreux) en accord avec le médecin traitant. 1040, Bruxelles, 21 rue des Deux Eglises (9 à 12 et 13 à 17 h)	02/230.86.39
<u>Infor-Homes</u> , 1000 Bruxelles, 40, rue du Boulet (de 9 à 16 h)	02/511.93.12 02/511.91.55
<u>Unités de Soins Palliatifs</u> Continuing Care St Jean, 1000 Bruxelles, 104, rue du Marais Foyer St François, 5000 Namur, 37, rue Loiseau Unité de soins continus de l'UCL, 1120 Bruxelles, 10, av. Hippocrate	02/478.04.30 081/74.13.00 02/764.84.02
<u>Centre publics d'aide sociale (C.P.A.S.)</u> voir aux diverses communes	

