

ADMD

BULLETIN TRIMESTRIEL

JUIN 1991 - n° 41

BELGIQUE - BELGIË
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



COMMUNAUTÉ FRANÇAISE
WALLONIE BRUXELLES

avec l'aide de

sommaire :

- Le billet du Président	1
- Nouvelles de l'ADMD	
compte-rendu de l'assemblée générale	2
conférence : Attitudes face aux douleurs insoutenables	6
- Fédération mondiale et associations-soeurs	
Le droit à l'euthanasie en phase terminale A.N.A.J. Jitta	10
Au Canada	14
- Revue de la presse	15
- Les livres	17

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).

Conseil d'Administration

Suite à l'assemblée générale du 25 mai 1991, le Conseil d'Administration est constitué comme suit :

Président : Dr Yvon. Kenis
Vice-Président : Dr Darius Razavi
Secrétaire générale : Janine Wytzman

Membres :

Dr Marc Englert
Léon Favys
Edouard Klein
Ivan Lebrun
Dr Maurice Sosnowski
Raymonde Burniat
Monique Moreau
Madeleine Moulin
Gaby Pulinx
Anne-Marie Staelens

LE BILLET DU PRESIDENT

Il est de nouveau question de la création en Belgique d'un comité national d'éthique, à l'exemple de ce qui existe en France, au Danemark, dans le Grand-Duché de Luxembourg, etc. Les conditions propres à notre pays et l'expérience que j'ai eue d'un "groupe de travail relatif à l'éthique biomédicale", dans le cadre du Conseil supérieur d'hygiène, ne m'engage certes pas à un grand optimisme. Le souci de voir représentées dans une telle instance les diverses composantes de la société belge (communautés, régions, partis politiques, tendances philosophiques et religieuses) et des personnalités des nombreuses disciplines concernées (philosophes, médecins, biologistes, sociologues, juristes, etc.) risque de rendre ses travaux particulièrement lourds et exagérément lents. L'exemple du groupe de travail cité plus haut a montré qu'il avait fallu un an et demi pour examiner un avant-projet de loi de dix-neuf articles. L'absentéisme y sévissait grandement : à l'avant-dernière séance (la dernière dont le procès-verbal soit disponible), il y avait sept membres présents sur les trente-et-un qui avaient été convoqués !

Dès lors, on peut se demander si la création de comités établis de manière temporaire pour examiner un certain nombre de problèmes particuliers ne serait pas plus efficace. L'expérience des commissions "nationale" et "présidentielle" créées aux Etats-Unis selon ce principe est tout à fait positive. La Commission présidentielle pour l'étude des problèmes éthiques en médecine et dans la recherche biomédicale était constituée de onze membres (pour le comité belge, on parle de 42 membres !). Elle était assistée dans ses travaux par un groupe d'éminents spécialistes ; elle faisait appel à des experts, recevait des dépositions de témoins et organisait des séances publiques. De 1981 à 1983, elle a publié neuf rapports dont chacun est un volumineux ouvrage, extrêmement bien documenté et qui reste une référence dans le domaine qu'il aborde. Le rapport intitulé *Renoncer aux thérapeutiques de prolongation de vie* (500 pages) a largement influencé les lois votées dans les différents Etats américains sur les problèmes de la vie finissante.

Si, comme l'ont dit certaines personnalités, "on n'échappera pas" à la création d'un conseil national, un moindre mal serait sans doute de suivre les suggestions du docteur Yvon Englert¹ : créer une structure nationale (ou deux structures communautaires ?), destinée à promouvoir le débat éthique dans la société, à créer un centre de documentation, à instituer des commissions ad hoc (cf ci-dessus) et à favoriser l'information et l'éducation du public, sans prétendre à être une "commission des sages" destinée à émettre des avis.

Yvon Kenis

¹ Yvon Englert, Critiques et alternatives à la création d'un comité national de bioéthique, dans *Contrôler la Science ?* Bruxelles, De Boeck Université, 1990, p. 175 à 188.

NOUVELLES DE L'ADMD

Le comité scientifique d'accompagnement pour les soins palliatifs, annoncé par le ministre Busquin en mars de cette année (voir notre Bulletin n° 40, page 15), a été mis en place le 7 mai et notre président en fait partie. Espérons qu'il sera plus efficace que la commission dont il est question dans notre éditorial ...

ASSEMBLEE GENERALE

Compte-rendu de l'assemblée générale qui s'est tenue le 25 mai 1990 à la Fondation Universitaire.

Membres effectifs : 35 - Présents : 12 - Représentés : 8

Le docteur Y. Kenis, président, ouvre la séance à 14 heures précises, accueille les membres présents et rend hommage à deux membres, fidèles et actifs, qui nous ont quittés, Messieurs Herman et Vanden Bemden.

1. Le procès-verbal de l'assemblée générale statutaire du 21 avril 1990 est approuvé à l'unanimité.

2. Rapport du président sur les activités de l'association en 1990.

- Le conseil d'administration s'est réuni six fois.

- Important 8e Congrès de la World Federation à Maastricht (7 - 10 juin 1990) auquel ont participé les Drs Kenis et Englert et Mme Wytsman.
Le Dr Kenis a été élu vice-président de la fédération mondiale et a participé à une réunion du Bureau à Londres, avec les membres européens.

- Les médecins et l'ADMD.
A ce jour, 80 membres et 500 garants.

La conférence de M. Cerruti (médecin et juriste) n'a guère eu de succès. Elle était d'ailleurs décevante. Aucune vue nouvelle n'y était exposée. Il s'agissait plutôt d'un résumé du cours donné à ses étudiants.

La revue "Le Journal du Médecin" dont la diffusion est très large, a consacré tout un dossier à l'ADMD ainsi qu'à la brochure "Choisir sa Mort".

Deux prestigieuses revues médicales ont publié, sans aucune réserve rédactionnelle :
 "The Lancet" (sept. 90), un article concernant le recours à l'euthanasie
 "The New England Journal of Medicine" (mars 1991) l'article d'un médecin, spécialiste en soins palliatifs, expliquant comment il avait aidé une patiente à mourir.

- La brochure "Choisir sa mort" a fait l'objet d'une large diffusion. Vingt mille exemplaires ont été distribués à ce jour :
 - aux médecins (généralistes, cardiologues, oncologues, internistes, ...)
 - étudiants 4e doctorat ULB
 - écoles d'infirmières
 - personnel enseignant et scientifique des universités de Bruxelles, Liège et Mons
 - journaux, revues, associations diverses.

La brochure a recueilli de nombreux échos favorables dans la presse (Le Soir, La Wallonie, Le Peuple, la Cité, Espace de Liberté, The Bulletin, Le Vif-L'Express, etc...)

- Le nombre des membres est de 2009 à ce jour, soit une augmentation de plus de 10 % en un an. L'impact de la distribution de la brochure "Choisir sa mort" a été peu significatif (une centaine d'adhésions seulement).

- Le bulletin trimestriel a subi quelque retard dans sa parution. La disparition de M. Herman a été fort ressentie, affectivement et sur le plan pratique. Mme A.M. Staelens et les Drs Englert et Kenis assument la partie rédactionnelle et Mme Wytzman les aspects techniques. Nous pouvons également compter sur la collaboration de Mme Pulinx et de M. Bekaert.

- Activités du président

Conférences données à l'AMUB, l'UAE, à des groupes d'infirmières, à l'ADMD-Luxembourg, à l'Institut supérieur des sciences de l'information et des sciences sociales à Liège.

Synthèse et conclusion de la Journée consacrée à "La mort de la personne cancéreuse" à Liège.

Participation à la commission "Soins palliatifs" créée par le ministre Busquin.

En liaison avec les problèmes éthiques, membre du CRIB, du cercle Condorcet et du groupe de Milazzo (qui fonctionne sur une base européenne).

- Subsides : nous sommes assurés de recevoir pour la période août 1990/juillet 1991, une subvention de 700.000 francs.

- Nous avons pu compter, depuis plusieurs mois, sur l'aide bénévole de Madame Fredericx qui seconde efficacement Madame Denon, et ce, de nombreuses heures par mois.

3. a) Rapport sur la situation comptable présenté par Mme R.Burniat (voir également l'annexe 1, pages 1-2)

L'exercice 1990 a supporté des dépenses extraordinaires importantes. C'est pourquoi le compte de profits et pertes qui vous est présenté, comporte deux postes bien distincts :

- 1) les dépenses de fonctionnement,
- 2) les dépenses exceptionnelles.

Les dépenses de fonctionnement se chiffrent pour 1990 à 1.270.591 frs, à comparer à 980.000 frs en 1989. Cette hausse de près de 30 % est imputable à :

- une augmentation de +/- 160.000 frs en rémunération et charges suite à la présence pendant toute l'année de notre secrétaire générale qui, en 1989, avait rejoint l'ADMD seulement en septembre, ainsi qu'à de nombreuses prestations supplémentaires liées tant au changement d'adresse qu'à la publication de la brochure "Choisir sa mort" et difficilement imputables avec exactitude.
- ceci a également influencé les frais de timbres et de fournitures de bureau en hausse globalement de +/- 70.000 frs ;
- enfin, le poste "loyer et charges locatives" est plus élevé de près de 90.000 frs, suite au loyer des nouveaux locaux, bien que celui-ci soit très raisonnable vu la situation et la superficie occupée.

Les dépenses exceptionnelles s'établissent à 1 048.845 frs dont 411.000 frs pour l'édition et l'envoi de la brochure "Choisir sa mort" et près de 390.000 frs pour le déménagement et surtout la remise en état des nouveaux locaux, qui s'est traduite par un dépassement de budget de près de 140.000 frs. L'achat d'un ordinateur Mc Intosh pour 250.000 frs a été décidé en 1990 afin de profiter d'une ristourne confortable.

Tout ceci porte les dépenses globales à 2,3 millions auxquels il faut ajouter une différence sur portefeuille de 141.000 pour atteindre un total du débit de 2.460.751 frs.

Les dépenses réparties par membre (1900) sont de 669 frs en "ordinaires (contre 597 frs en 1989) et de 1.221 frs en "ordinaires + exceptionnelles".

Par contre, les recettes de 1990 ont été moins importantes qu'en 1989 ; les cotisations versées ne s'élèvent qu'à 552.000 frs contre plus de 800.000 frs en 1989. Ceci est lié malheureusement au décès de M. Herman, qui n'a pas permis l'envoi du bulletin en décembre et l'appel des cotisations qui y est toujours inclus. Il y a donc un décalage au profit de 1991, le 1er trimestre de cette année ayant enregistré des versements de cotisation de plus d'un demi million.

La perte de l'exercice s'établit à 1.160.150 frs. L'avoir au 31.12.1990 est globalement de 1,7 million contre 2,9 millions à fin 1989. Les diverses circonstances que nous vous avons exposées, ont en effet forcé l'ADMD à épuiser son carnet de dépôt à concurrence d'un million et à vendre une partie de son portefeuille pour 0,3 million.

Le président tient à remercier très vivement Mme Burniat qui assume toutes les tâches de trésorerie, du travail qu'elle a accompli depuis la maladie d'abord, le décès ensuite, de M. Vanden Bemden et de la qualité du rapport qu'elle vient de présenter.

b) Rapport du commissaire aux comptes.

"Conformément aux dispositions légales et statutaires, j'ai l'honneur de vous rendre compte de mon mandat.

"J'ai procédé par divers pointages et sondages, au contrôle des comptes de l'année 1990 et les ai trouvés conformes aux documents qui vous sont soumis par le conseil d'administration.

"La perte de 1.160.150 frs qui s'écarte sensiblement de la prévision budgétaire, est justifiée d'une part par le retard de perception des cotisations et d'autre part, par les dépenses exceptionnelles clairement exposées dans le compte de pertes et profits.

"Au mieux de mon information, j'estime que les comptes qui vous sont présentés reflètent avec exactitude la situation de l'association.

Bruxelles, le 18.04.1991
(s) Noël Ralet.

4. Les comptes tels qu'ils viennent d'être présentés sont approuvés à l'unanimité par l'assemblée générale.

Le projet de budget (annexe 1, page 3) est approuvé à l'unanimité.

5. La modification au règlement d'ordre intérieur est entérinée.

6. Les mandats d'administrateur de Mmes R. Burniat
M. Moulin
M. E. Klein

qui étaient venus à échéance, sont renouvelés à l'unanimité.

Nous nous réjouissons de compter dorénavant parmi nos administrateurs un juriste, M. Alain P. Couturier. Son élection est acquise à l'unanimité.

7. Il n'est pas envisagé de modifier actuellement les cotisations, et ce grâce à l'apport des subsides officiels.

8. Divers

- M. Klein signale qu'il n'y a aucune illusion à se faire pour que l'examen de la proposition de loi se fasse actuellement. Il faudra attendre les résultats des élections et se tenir prêt à intervenir à ce moment.

- Mme Moreau confirme qu'elle s'occupe de réaliser la Revue de Presse (1985-1989) et qu'elle s'attachera à ne présenter que les aspects les plus neufs évoqués dans la presse. Chacun s'accorde à reconnaître que ce document est très utile. M. Klein nous communiquera un dossier de presse réalisé par la bibliothèque du Parlement.

- Mme Moreau estime que le document "Testament de vie" pose, des problèmes d'interprétation pour certains membres. Ce point sera examiné lors d'un prochain conseil d'administration.

Le président remercie les participants et clôture les travaux de l'assemblée générale .

Le Dr Razavi, vice-président de l'ADMD, présente les conférenciers, le Dr Sosnowski, qui dirige l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur à l'Institut Bordet et Mme Vanmeerhaeghe, infirmière responsable de cette unité.

Attitudes face aux douleurs insoutenables Exposé de Mme Vanmeerhaeghe

Aujourd'hui, nous avons pu atteindre un stade où la connaissance et les moyens existent pour soulager l'immense majorité des patients cancéreux souffrant de douleurs chroniques. En effet, les maladies cancéreuses constituent un groupe de pathologies pour lequel l'incidence et la sévérité de la douleur sont bien connues. Dans certains cas, les traitements anticancéreux peuvent entraîner eux aussi des douleurs, notamment après une intervention chirurgicale. Le but essentiel d'un centre anti douleur multidisciplinaire tel que le nôtre à l'Institut Bordet est de procurer un soulagement complet par différentes modalités thérapeutiques, tout en limitant les effets secondaires prohibitifs. Pour ce faire, le patient sera pris en charge le plus tôt possible dès l'apparition des plaintes douloureuses. Le rôle de l'infirmière dans une unité anti douleur peut se situer principalement à deux niveaux : le premier dans le processus d'évaluation de la douleur et le second, dans l'information, l'éducation et la gestion des nouvelles techniques d'administration des analgésiques. Je vous parlerai donc principalement de ces deux aspects.

Tant pour des raisons diagnostiques que dans le but d'objectiver l'efficacité des thérapeutiques mises en oeuvre, l'évaluation systématique des plaintes douloureuses est utile de même que l'évaluation de la personnalité du patient portant sur l'impact ou la place de la douleur dans sa vie, l'anxiété, l'humeur et la dépression. Dans le processus d'évaluation, l'infirmière joue un rôle clé. En effet, ce qui la distingue des autres membres du staff hospitalier est sa présence constante auprès du patient souffrant. Elle pourra donc prioritairement rassembler les informations données par le patient, comprendre ainsi son expérience face à la douleur et les effets sur sa qualité de vie.

Ces informations vont servir de guide pour établir un planning des stratégies de soin. Comme il n'est pas possible de procéder à une mesure directe de la douleur, cette évaluation ne peut se faire qu'au travers de la description donnée par le patient, associée à l'observation de son comportement verbal et non verbal. La douleur, comme vous le savez, est rarement statique. Dès lors cette évaluation ne sera pas unique. Elle se fera en fonction des besoins et nous la pratiquons habituellement tous les jours la première semaine et ensuite une fois par semaine.

La collecte des données qui vont permettre l'évaluation de la douleur implique une approche systématique et scientifique qui est la seule voie permettant de répondre aux besoins individuels du patient. Outre l'anamnèse médicale approfondie, cette évaluation comprend dix points qui donnent une information initiale et permet de développer un plan de soins précis. Toutes les informations seront si possible obtenues directement du patient. Si ce n'est pas possible, par un membre de la famille proche.

La localisation de la douleur

Pour la localisation de la douleur, nous utilisons des schémas de face, de dos et de côté. On demande aux patients de dessiner une marque à l'endroit douloureux, voire de plusieurs. Lorsque le patient n'est pas disposé ou n'est pas capable de faire ces marques sur le schéma, on lui demande de montrer les points ou les zones de son corps qui lui font mal. Ensuite, l'infirmière ou un membre de la famille peut marquer le schéma pour lui. Il est important de savoir que lorsque l'on interroge le patient sur la localisation de la douleur, il ne faut pas compter uniquement sur une description verbale de la zone. Il faut également demander au patient de montrer la zone douloureuse, car la description verbale de la localisation peut être confuse et non spécifique.

L'intensité de la douleur, elle, est en fait évaluée au travers de différentes grilles. Il faut savoir qu'à cette étape du processus d'évaluation, le but est de transposer la description de l'intensité en chiffres et en mots, ce qui va permettre de fournir une description objective d'une expérience qui est, comme vous le savez, subjective. Quelle que soit la méthode utilisée pour chiffrer cette intensité, son choix est moins important que l'application d'une ligne de conduite. Dans le suivi, cette ligne de conduite sera donc de toujours utiliser une échelle qui a un sens pour le patient. De toujours utiliser la même échelle avec le même patient et de spécifier les paramètres et quelle échelle a été utilisée, ce qui permettra une signification claire de l'indice de la douleur. Il existe en effet plusieurs échelles : une échelle verbale qui va de 0 jusque 5 et une échelle visuelle analogique qui va de 0 jusque 10. Bien entendu, il y a une grande différence si le patient chiffre son intensité à 4/10 ou à 4/5. D'où l'importance de bien spécifier quelle est l'échelle qui a été utilisée et de toujours utiliser la même.

L'échelle d'évaluation de la douleur que nous utilisons à l'Institut Bordet comporte en ordonnée l'intensité douloureuse qui est chiffrée de 0 à 10 et en abscisse toutes les heures de la journée. Nous demandons au patient (ou à un membre de la famille proche, si le patient est à domicile et ne peut remplir lui-même la feuille) ou à une infirmière de l'unité de soins dans lequel il est hospitalisé d'indiquer ces données. En fait, on va marquer des points au cours de la journée et former ainsi une courbe qui va nous permettre de pouvoir indiquer avec précision les variations de l'intensité de la douleur en fonction du temps. En rapport avec celles-ci nous inscrirons, nous, au-dessus, les heures d'administration des différents traitements administrés.

L'évaluation du début de la douleur, de la durée, de la variation et des rythmes est un chapitre dans lequel on inclut des questions telles que :

- depuis combien de temps avez-vous cette douleur ?
- l'intensité ou la qualité de cette douleur a-t-elle changé depuis son apparition ?
- y a-t-il quelque chose qui modifie la nature de la douleur, par exemple le mouvement ou la pratique d'une activité ?
- la douleur est-elle moins importante ou pire à certains moments ou durant certaines heures de la journée ?
- comment la douleur se présente-t-elle la nuit ?

Pour ce qui est de la manière d'exprimer sa douleur, il faut apprendre au patient à l'exprimer et cela est particulièrement important si le patient ne peut communiquer, s'il est très jeune ou s'il est incapable d'entendre. Les membres de la famille qui connaissent les expressions du patient lorsqu'il a mal sont à ce moment-là compétents pour nous dire quels sont les indices qu'il utilise pour l'exprimer : l'expression faciale, la position du corps. Lorsque le patient ne sait pas communiquer, par ex. lorsque le patient est confus, ces indications peuvent être tout ce dont on dispose pour évaluer la douleur et nos interventions. Quoi qu'il en soit, il faut rappeler que ces indications ne pourront être

utilisées que comme indices de la présence de la douleur et non pas comme l'unique indicateur de celle-ci. Il est donc très important de questionner le patient, de faire confiance surtout en ce qu'il nous dit et de se souvenir que certains patients hésitent à admettre leur douleur.

Qu'est-ce qui peut soulager cette douleur ? Il peut y avoir des méthodes simples et spécifiques de soulagement de la douleur que le patient utilisait avec succès à domicile : l'utilisation de bouillottes, de glace, certaines positions. Lorsque le patient est hospitalisé, il peut supposer qu'il n'est plus possible de les continuer. Il faut le faire l'exprimer et l'encourager à les utiliser en milieu hospitalier. Il faut donc discuter de ces méthodes et les intégrer dans les plans spécifiques. Qu'est-ce qui peut provoquer ou augmenter la douleur ? Toutes ces questions sont évidemment extrêmement importantes car une connaissance sur les choses qui augmentent la douleur, dans un planning de soins, permettra de les éviter. Je prends par exemple la position couché sur une table de radiothérapie qui entraîne une douleur vive. Le patient pourra prendre chez lui, à ce moment-là, une dose supplémentaire d'antalgique qui fera effet à l'heure du traitement.

Les effets de la douleur. Questionner le patient sur les effets de la douleur et surtout sur les effets sur sa qualité de vie. La réponse à ces questions permet aussi de déterminer les besoins de contrôle d'autres symptômes associés à la maladie et qui peuvent entraîner des douleurs ou un inconfort. Je parle ici de limitation dans la mobilité, d'incontinence, de plaies cutanées. En fait, toutes les choses simples qui peuvent être utilisées pour améliorer le confort du patient seront inclus dans les plans de soins. Il est donc utile d'être spécifique dans les questions que l'on pose au patient à propos de ce qui peut avoir une répercussion sur sa douleur. Est-ce que l'activité physique est limitée à cause de la douleur. "Oui" n'est pas une réponse suffisante. Il faut savoir comment et dans quelle mesure cette activité physique est limitée. La douleur interfère-t-elle le sommeil ? "Oui" n'est pas une réponse suffisante. Comment le sommeil est-il altéré ? Combien d'heures consécutives dort le patient ? La douleur le réveille-t-il ? Enfin il est utile de demander au malade s'il y a quelque chose qu'il peut nous dire et qui va nous aider à trouver une solution avec lui pour son confort, quelque chose à quoi on n'aura pas pensé et qui nous permette de mieux contrôler sa douleur. Enfin, le planning, les buts et les priorités, définis ensemble par l'infirmière et le patient, vont déterminer le travail qui est à faire.

Le second rôle important que joue l'infirmière au sein de notre unité anti-douleur est la gestion de nouvelles techniques d'administration d'analgésiques. Je crois que le Dr Sosnowski vous en parlera. Ce sont en fait toutes les nouvelles techniques d'administration d'antalgiques qui permettent au patient d'améliorer sa qualité de vie et son confort. J'entends des voies d'administration qui sont spécifiques et qui vont réduire les effets secondaires prohibitifs qui sont, lorsque le patient reçoit de la morphine à haute dose, une sédation importante, une constipation importante. Il n'est pas rare bien entendu que nous ayons des patients qui souhaitent continuer à exercer leur activité professionnelle et qui estiment très important pour eux de garder un état d'éveil, un état de concentration important, une faculté d'avoir une écriture correcte. Pour ce faire, nous administrons la morphine bien souvent par voie intra buccale, ce qui nous permet de réduire les doses données et d'améliorer ainsi le confort. L'analgésique contrôlé par le patient, est un système d'administration conçu pour permettre de maintenir des taux optimum d'analgésique pendant un traitement. Habituellement, ce traitement comprend une pompe et tout ce matériel exige normalement que le patient soit hospitalisé et reçoive une assistance médicale fréquente. C'est la raison pour laquelle nous avons développé l'utilisation de pompes externes ou implantables conçues pour être portées par le patient, et permettant l'administration des traitements hors de l'hôpital et assurant une vie plus normale.

Il faut aussi que toutes les méthodes alternatives soient utilisées pour permettre d'améliorer la qualité de vie du patient. Je parle ici de relaxation, de distraction, de kinésithérapie. Prendre le temps d'écouter le patient, d'établir des liens d'empathie avec sa famille, avec le personnel des soins à domicile, avec son médecin traitant, assurer un support émotionnel, tout cela sont des éléments nécessaires à un contrôle efficace de la douleur chez l'homme.

En conclusion, je voudrais dire que le soulagement insatisfaisant de la douleur cancéreuse est souvent le résultat de l'incapacité de diagnostiquer la cause de la douleur, l'utilisation trop faible ou inappropriée des analgésiques, la crainte de l'intoxication aux opiacés par les soignants ou par le patient lui-même, la fausse conviction que la douleur cancéreuse est inévitable, intraitable. Pour vaincre les incompréhensions, les connaissances actives sur les traitements de la douleur cancéreuse doivent être, me semble-t-il, enseignées auprès du plus grand nombre des professionnels de la santé.

Le Dr Sosnowski ouvrit ensuite le débat en insistant sur les progrès dans l'administration des analgésiques, notamment l'injection directe dans le liquide céphalo-rachidien et l'injection sous-cutanée par pompe implantable, ainsi que sur l'importance du traitement précoce qui permet d'éviter l'engrenage des douleurs progressivement incontrôlables.

Répondant aux nombreuses questions de l'auditoire, il précisa que l'unité de contrôle de la douleur qu'il dirige est subsidiée, ce qui lui permet d'être libérée des contraintes budgétaires de l'hôpital. Il insista sur l'importance de la personnalisation du traitement et du "contrat" à établir entre le médecin et le patient. Il mit en évidence l'importance primordiale qu'il y a à assurer en premier lieu un sommeil normal, base indispensable au succès des autres traitements. A une question sur l'euthanasie, le président insista sur le fait que, bien entendu, l'association luttait pour obtenir le droit des patients à pouvoir recourir à cette solution ultime dans les situations désespérées et que le sujet n'avait pas été abordé parce qu'il avait été demandé aux orateurs de développer essentiellement les aspects thérapeutiques.

FEDERATION MONDIALE ET ASSOCIATIONS SOEURS

Nous avons publié dans notre bulletin précédent (n° 40) la communication présentée par le docteur H.S. Cohen au 8e Congrès de la Fédération Mondiale (Maastricht 1990). Nous publions ci-après le texte de la communication faite par A.N.A. Josephus Jitta, juriste. Notre numéro de septembre présentera un résumé de la communication du docteur Admiraal. Signalons que l'ensemble des communications faites à ce congrès est disponible, en anglais et en néerlandais, sous forme de brochure que l'on peut consulter (ou emprunter) à l'ADMD.

LE DROIT A L'EUTHANASIE EN PHASE TERMINALE

A.N.A. Josephus Jitta

Le comité organisateur m'a demandé de discuter le sujet du droit à l'euthanasie en phase terminale. Je vais le faire du point de vue juridique. Mon article est divisé en deux parties : d'abord une vue d'ensemble, puis un examen des questions particulières découlant de la demande de personnes âgées pour l'euthanasie.

1. Vue d'ensemble

Dans le titre de mon exposé j'emploie les mots "droit à l'euthanasie". Je pars du principe que l'euthanasie ne peut être définie qu'étant exclusivement "mettre intentionnellement fin à la vie humaine par une personne autre que celle concernée, à la demande de celle-ci". Cette définition a été établie par la commission néerlandaise sur l'euthanasie en 1985 et a été généralement acceptée aux Pays-Bas. Le droit d'être euthanasié, dans le sens d'une obligation imposée à d'autres de le respecter ou de procéder à une "délivrance par la mort" qui peut être imposée par la justice, n'existe pas dans la loi des Pays-Bas. L'expression "le droit à" dans son acception juridique typique ne nous conduira pas plus loin. Je pense que le titre de mon exposé n'a pas été pris dans ce sens restrictif, mais davantage dans celui de "droit à une mort douce à sa propre demande insistante, à des conditions qui rendent l'exécution de cette mort non punissable par la loi". Beaucoup de gens (y compris moi-même) considèrent que le fondement d'une telle demande est le droit à l'autodétermination, qui inclut la décision de fixer la fin de sa propre vie. Etant donné le temps limité, je ne peux pas traiter plus en détail cette question. Je me limite à déclarer qu'il n'y a pas de droit à l'autodétermination dans la législation des Pays-Bas. Pour autant que je sache, un tel droit n'est accordé dans aucun autre pays non plus. Il faut déduire ce droit de l'homme d'autres droits et obligations formellement mis par écrit, comme celui (aux Pays-Bas il est même connu comme "droit constitutionnel") de l'intégrité physique. Le droit du patient de refuser, ou d'arrêter un traitement en découle.

Il me paraît étrange que cet important droit d'autodétermination ait suscité si peu d'intérêt de la part des politiciens et des hommes de loi jusqu'à présent. Peut-être est-ce parce que certains contestent ou dénie ce droit pour des raisons religieuses : l'homme, en tant que partie de la Création, a reçu la vie de Dieu, et pour cette raison il ne pourrait pas en disposer pour lui-même.

COMPTE DE PROFITS ET PERTES (1990)DEBIT1. Dépenses de fonctionnement

1.1 Administration

- Rémunération et charges sociales	
- Secrétaire générale	128.520
- Employée secrétariat	578.602
- Aide	<u>22.135</u>

729.257

- Fournitures bureau et photocopies	115.099
- Timbres, frais d'envoi	86.405
- Téléphone	15.513
- Affiliations, abonnements	37.799
- Loyer et charges (y compris garantie locative)	<u>141.741</u>

1.125.814

1.2 Bulletin	61.697
1.3 Réunions conseil, assemblée générale et conférences	23.045
1.4 Frais déplacement et participation Congrès	19.778
1.5 Achats livres et mobilier	23.504
1.6 Divers	<u>16.753</u>

Sous-total (1) 1.270.5912. Dépenses exceptionnelles

2.1 Brochure "Choisir sa Mort" (y compris frais d'envoi) 411.322

2.2 Déménagement mobilier et aménagement bureaux 386.214

2.3 Achat ordinateur 251.309Sous-total (2) 1.048.8453. Différence sur portefeuille 141.315Total (1) + (2) + (3) 2.460.751CREDIT1. Recettes

1.1 Cotisations 552.591

1.2 Dons et subsides

- Dons 66.321

- Subside Comm.

Française 325.000

391.321

1.3 Ventes publications 26.968

1.4 Divers (dont intérêts bancaires et loyer sous-location) 10.581Sous-total 981.4612. Vente portefeuille(5 actions Generalux) 319.1401.300.6013. Perte de l'exercice 1.160.1502.460.751

SITUATION DES DIVERS COMPTES
au 31 décembre 1990.

- Livret d'intérêt S.G.B.	1.463
- Compte-courant S.G.B.	420.124
- Portefeuille (Fonds commun de placement : 20 actions SICAV Generalux - cours au 31.12.90 = 64.093 Luf)	1.281.860
- Avoir en caisse	<u>9.932</u>
	1.713.379

<u>Avoir au 1er janvier 1990</u>	2.873.529
<u>Pertes nettes 1990</u>	<u>(1.160.150)</u>
<u>Avoir au 31 décembre 1990</u>	1.713.379

APPOINTEMENTS ET CHARGES SOCIALES
enregistrés en 1990

- Appointements nets	309.184
- Charges sociales et précompte professionnel	250.217
- Frais de transport	13.805
- Assurances du personnel (y compris Service médical)	<u>5.396</u>
	<u>578.602</u>

N.B. : A comparer au total 1989 (après rectification) 467.971 frs., soit une hausse de + 24% due essentiellement aux prestations supplémentaires effectuées en 1990

PROJET BUDGET 1991

DEPENSES.

1. Administration

1.1 Employée secrétariat	520.000	
1.2 Secrétaire générale	130.000	
1.3 Fournit. et divers		
- fournit. bureau et photoc.	100.000	
- frais d'envoi (dont brochures)	200.000	
- téléphone	15.000	
- Affiliations, abonnements	<u>40.000</u>	
		1.005.000

2. Loyer et charges locatives 140.000

3. Bulletin 130.000

4. Publications
2e tirage Choisir sa Mort - 75.000
Autodélivrance 60.000

5. Conférences, réunions, congrès 60.000

6. Achats livres, mobilier, complément
informatisation 150.000

1.620.000

RECETTES

Cotisations	950.000
Dons	80.000
Subsides Comm. fr.	500.000
Ventes public.	40.000
Divers (intérêts banc., sous-location)	50.000

1.620.000

Revenant au titre de mon exposé, je l'interprète comme étant une demande de mort douce dans des conditions telles que sa réalisation ne soit pas punissable par la loi. Une telle demande a été reconnue depuis plusieurs années par la loi des Pays-Bas. Quelles sont ces conditions? Il y a dans le code pénal un paragraphe interdisant de mettre fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. D'autre part, suivant la jurisprudence, cet acte, ou celui qui le commet (les spécialistes ne sont pas d'accord à ce sujet) n'est pas punissable si certaines conditions ou obligations de prudence sont remplies. Ces conditions ou obligations peuvent selon moi, être décrites comme suit :

1. Il doit y avoir un désir de mourir réfléchi et persistant, c'est-à-dire non influencé par d'autres personnes, et pas sous l'influence d'une dépression temporaire.
2. La souffrance, qui peut être physique ou psychologique, doit être insoutenable ou ressentie par le patient comme insoutenable.
3. La décision d'agir suite au désir de mourir doit être prise, et l'acte effectué, par un médecin.
4. Le médecin qui effectue une euthanasie doit consulter un autre médecin ou un autre professionnel soit au sujet de la gravité du pronostic, soit au sujet de la volonté réelle et mûrement réfléchie du désir de mourir, soit encore au sujet de ces possibilités.
5. Le médecin pratiquant l'euthanasie doit agir avec précaution pour d'autres aspects aussi, comme :
 - employer un procédé efficace et la dose correcte,
 - le médecin qui a administré, ou fourni, le produit doit rester près du patient de façon à pouvoir prendre toute action qui serait nécessaire et garder le contrôle de la situation,
 - informer la famille et le personnel soignant.

En 1985, l'Association Royale Médicale des Pays-Bas a diffusé des directives semblables. Actuellement, les trois premières conditions de prudence mentionnées (désir du patient de mourir, souffrance insoutenable, décision et exécution par un médecin) sont essentielles du point de vue juridique. Les autres sont plutôt de nature complémentaire, encore que devant une juridiction disciplinaire elles pourraient être vues autrement.

La condition imposant un second avis fut une seule fois ignorée par la Cour Suprême des Pays-Bas en 1987. Ce fut dans un procès criminel contre un médecin qui avait engagé une action en justice pour protester contre un procès intenté contre lui. La décision de poursuivre le médecin avait été prise simplement parce qu'il avait omis de prendre ce second avis ; il avait respecté toutes les autres obligations de prudence. Le tribunal acquitta le médecin. Je regrette ce jugement car le second avis ne doit pas seulement être une sécurité pour le patient contre une erreur de pronostic, mais aussi une protection pour le médecin contre une pression irrésistible du patient. Sous pression, le médecin peut perdre son objectivité. La condition d'exiger un second avis est dans l'intérêt du patient comme dans celui du médecin.

Suivant la jurisprudence des Pays-Bas, le fait que le patient soit en phase terminale n'est pas une condition nécessaire pour rendre l'euthanasie non punissable légalement. Parmi d'autres cas, il en fut ainsi jugé en 1984, dans une célèbre affaire criminelle impliquant un généraliste de la ville de Purmerend. La patiente euthanasiée n'était pas en phase terminale, et le médecin responsable fut acquitté. De plus, je connais plusieurs décisions du Bureau du Procureur de ne pas poursuivre dans des cas où l'euthanasie avait été effectuée avec les précautions voulues sur des patients qui n'étaient pas en phase terminale. Cette politique de ne pas poursuivre établit aussi un précédent.

Je devrais peut-être faire remarquer que le procureur aux Pays-Bas n'a pas d'obligation légale de poursuivre dans tous les cas où, à son avis, les preuves sont suffisantes. Le Code de procédure criminelle l'autorise à abandonner les poursuites pour "raisons d'intérêt public". Les cas d'euthanasie où toutes les obligations de prudence ont été remplies ne font plus l'objet de poursuites aux Pays-Bas, la responsabilité ultime étant celle du ministre de la justice.

En tant que procureur général, je puis dire que mon service a traité environ 170 cas d'euthanasie et de suicide assisté depuis 1985. Tous sauf un sont restés sans poursuite pénale. La seule exception fut celle du généraliste de Purmerend dont j'ai parlé. Le fait de déclarer un patient en phase terminale, peut signifier soit la gravité de la souffrance, soit le caractère fatal du pronostic, soit l'absence de guérison ou d'autre traitement possible. D'un point de vue médical, il est très difficile de déterminer si un patient est en phase terminale ou non. Comme cela facilite les choses que les hommes de loi - tout au moins ceux des Pays-Bas - considèrent que la phase terminale n'est pas une condition essentielle pour que l'euthanasie n'ait pas des conséquences criminelles !

2. L'euthanasie et les personnes âgées

Pour beaucoup de gens il n'est pas facile de penser à leur propre mort ou d'en parler, particulièrement quand la mort s'approche avec la vieillesse. Souvent, un désir de mourir est exprimé de façon voilée ; parfois une personne âgée n'est plus capable de s'exprimer à ce sujet, de façon permanente ou par intermittence, ou bien elle n'ose pas le faire de crainte d'entraîner le médecin ou l'infirmière dans un dilemme moral ou juridique.

L'euthanasie suppose une personne souffrant d'une façon insoutenable qui demande spécifiquement de mettre fin à sa vie. En général, les patients souffrant de démence ne sont plus en état de demander la mort après mûre réflexion. A mon avis, cela exclut l'euthanasie sans conséquences criminelles dans ces cas là. On peut cependant envisager une exception à cette règle dans le cas d'une personne âgée perdant la raison progressivement, mais qui aurait exprimé son désir d'euthanasie in abstracto, simplement pour le cas où elle atteindrait un état, inacceptable pour elle, où sa vie serait réduite à de simples fonctions biologiques, alors qu'elle ne serait plus capable d'exercer sa volonté. Dans l'évolution de la démence, il arrive, au début, que dans des périodes de lucidité le patient soit conscient de son état. Souvent il a peur de la poursuite de la détérioration ou fait savoir qu'il "en a assez", ou qu'il ne souhaite pas continuer à vivre, etc. Un tel message peut être le résultat d'une décision de principe antérieure, de vouloir mourir. Dans de tels cas il devrait être possible de scinder la demande d'euthanasie en deux phases d'abord la déclaration de principe de souhaiter mourir, et plus tard, le choix du bon moment de passer à l'acte. Dans mes fonctions de procureur général, j'ai connu un tel cas en deux phases. Il s'agissait d'une vieille personne perdant la raison mais qui avait de temps à autre des périodes de lucidité, lucidité qui n'allait pas jusqu'à une demande d'euthanasie. Il existait une demande de principe d'euthanasie, datant de plusieurs années, quand le patient était en bonne santé, sous forme d'un "testament de vie". Quand le patient était lucide, il était conscient de sa décrépitude. De plus, il disait parfois qu'il avait peur de nouvelles détériorations qu'il ne voulait pas subir. Quand le médecin concerné fut convaincu lui-même de la volonté du patient (exprimée antérieurement) de mourir dignement, et qu'il eut pris toutes les précautions requises, il effectua l'euthanasie. Le procureur chargé du dossier, décida de ne pas poursuivre. A présent - il s'agit d'un cas récent - la décision attend l'accord du Conseil des Procureurs Généraux, qui est le niveau le plus élevé des prises de décision du ministère public aux Pays-Bas. Je pense que cet accord sera donné.

Un autre aspect difficile est le cas de vieilles personnes gravement malades et supposées désirer l'euthanasie mais qui s'expriment à ce sujet très indirectement ou pas du tout. Est-il permis dans de tels cas de soulever la question d'euthanasie, par exemple par le médecin traitant, ou par le personnel soignant, ou par des membres de la famille ? Si oui, cela ne pourrait-il pas être considéré comme de la provocation ou de l'incitation à l'euthanasie ? A mon avis, une telle initiative est autorisée et n'est ni une provocation, ni une incitation. Le patient étant abordé sur le sujet peut répondre de deux façons : ou bien il dément la supposition qu'il désire l'euthanasie et cela devrait clore la question, ou bien il fait savoir qu'il désire l'euthanasie, ou qu'il souhaite y réfléchir. Si ce désir est pris au sérieux et considéré avec réflexion et si en fin de compte il y a euthanasie, alors du point de vue de la loi criminelle il n'y avait aucune faute à inciter la demande d'euthanasie.

La provocation ou l'incitation à l'euthanasie n'est punissable que si elle entraîne une autre personne à commettre un acte criminel et (dans la loi des Pays-Bas) si l'auteur est criminellement responsable. Comme je l'ai mentionné plus haut, la justice des Pays-Bas n'a pas établi clairement si, dans des cas d'euthanasie exécutée avec les précautions voulues, la suppression de la vie n'est pas punissable ou si l'auteur d'un tel acte n'est pas punissable. Cependant, si l'acte lui-même n'est pas considéré comme punissable ou si l'auteur n'est pas sujet à poursuites judiciaires, il n'y a ni provocation, ni incitation à l'euthanasie qui soit punissable suivant la loi des Pays-Bas.

Théoriquement, on peut concevoir que la même attitude ne serait pas applicable dans le cas où des tierces personnes ayant une propension à l'activisme (personnel soignant, membres de la famille, connaissances, etc.) inciteraient une demande d'euthanasie. C'est si invraisemblable que je ne m'attarderai pas sur le sujet. Néanmoins, susciter une demande d'euthanasie chez un patient souffrant d'une façon insoutenable demande la plus grande prudence : personne ne peut être "persuadé" d'être euthanasié. Tout médecin recevant une demande d'euthanasie doit soigneusement examiner si le patient désire mourir à cause de la souffrance elle-même et non pas pour d'autres raisons telles que les ennuis causés à la famille et au personnel soignant, ou le coût des soins et du traitement. S'assurer que le désir de mourir est vraiment une décision personnelle bien réfléchie permet de vérifier l'absence de pressions extérieures possibles sur le patient, et doit servir à cela.

De toute façon ce genre de problème peut souvent être évité si les médecins traitant une personne âgée gravement malade s'informent eux-mêmes à temps des intentions du patient ou de sa façon d'envisager sa propre mort, et le consignent dans le dossier du patient. Quand des personnes âgées vont dans un home ou une clinique, cette recherche d'information peut être faite le mieux au moment de l'admission, et cela d'une façon systématique. Cela demande de la diplomatie et des précautions et ce sera souvent difficile. La clarté de la situation ainsi obtenue est autant dans l'intérêt du patient que dans celui du home et augmente la qualité des traitements à appliquer.

Propositions

1. Un droit à l'euthanasie (dans le sens d'obligation des autres de le respecter ou de procéder à une mort douce rendue exécutoire par les tribunaux) n'existe pas dans la législation néerlandaise. Pour autant que je sache, un tel droit rendu exécutoire n'est accordé dans aucun autre pays.
2. Le droit à l'euthanasie (dans le sens d'un droit à une mort douce à sa propre demande, à des conditions qui rendent l'acte non punissable par la loi) n'est pas limité aux patients en phase terminale aux Pays-Bas, et ne devrait pas l'être.

3. L'euthanasie présuppose l'expression préalable de la volonté. En général, des vieilles personnes mentalement atteintes, ne sont plus à même de faire une demande réfléchie pour l'euthanasie. Dans le cas de personnes âgées qui perdent la raison, il pourrait être possible d'envisager la demande d'euthanasie en deux phases : d'abord il devrait y avoir une déclaration souhaitant la mort en tant que telle, c'est-à-dire si le patient atteint un état, inacceptable pour lui, où la vie humaine est réduite à une simple fonction biologique tandis qu'il n'est plus capable d'exercer sa volonté ; et ensuite il y a le choix du moment adéquat. Dans ce cas, déterminer le moment adéquat peut être possible quand le vieillard indique par exemple sa crainte de nouvelle détérioration, ou exprime son sentiment "d'en avoir assez".

4. Etant donné que beaucoup de gens sont incapables de parler de leur propre façon de mourir, les plus grandes précautions sont indispensables quand le médecin traitant, ou le personnel soignant, ou la famille aborde le sujet de l'euthanasie avec une personne âgée qui souffre et qu'on suppose souhaiter l'euthanasie. Néanmoins, faire ainsi exprimer une demande d'euthanasie ne doit pas être considéré comme un cas de provocation ou d'incitation à l'euthanasie. Pour s'assurer que personne n'est abusivement entraîné à demander l'euthanasie, tout médecin devrait examiner avec le plus grand soin si le désir de mourir est bien volontaire et mûrement réfléchi.

(Traduction J. Bekaert)

RESPONSABLE JUSQU'A LA FIN (Canada)

Monsieur Yvon Bureau, président de la fondation Reponsable jusqu'à la fin, a participé à la rédaction d'un avis du Conseil des affaires sociales du Québec intitulé "Admettre la mort - L'affronter avec sagesse et humanité" (avril 1991) Dans les recommandations qui clôturent ce texte, le mot "euthanasie" n'est pas utilisé mais il est dit qu'il faut "aider les gens à mourir avec le plus de douceur possible".

REVUE DE LA PRESSE

Le très prestigieux *New England Journal of Medicine*, l'un des plus lus et des plus appréciés parmi les périodiques médicaux, a publié en mars de cette année (vol. 295, n° 10) un article signé Timothy Quill décrivant en détail la fin d'une malade atteinte d'une forme particulièrement grave de leucémie. Un traitement intensif par chimiothérapie aurait eu environ une chance sur quatre de produire une rémission de longue durée, voire une guérison, mais au prix d'une toxicité très importante, de risques élevés de complications graves et de longues périodes d'hospitalisation. La patiente a préféré, en toute connaissance de cause, et après avoir consulté un second spécialiste et un psychologue, refuser le traitement et passer dans sa famille les quelques mois qui lui restaient à vivre. Après plusieurs longues conversations, le médecin traitant - qui connaissait la malade depuis plusieurs années - accepta son point de vue. Il considéra que le désir de garder la maîtrise d'elle-même et son indépendance jusqu'au bout, correspond parfaitement à sa personnalité. C'est dans cet esprit qu'il informe la malade de l'existence de la Société Hemlock qui pourrait l'aider. Une semaine plus tard, la malade demande une prescription de barbituriques. Le médecin comprend et répond favorablement à cette demande. Il s'assure que la patiente sait comment utiliser ces médicaments. Elle vivra encore quelques mois. Lorsqu'elle sent sa fin proche, elle fait ses adieux à sa famille, à ses amis et à son médecin. Un jour, elle demande à son mari de s'absenter pour une heure. Quand il rentre chez lui, il trouve sa femme morte, couchée dans son lit avec une expression paisible. Le médecin inscrit sur le certificat la cause du décès : "leucémie aiguë". Il explique qu'il ne mentionne pas le suicide pour se protéger lui-même et la famille, pour protéger la malade de l'intervention de la police, d'une autopsie et pour protéger la société de la connaissance du degré de souffrance qui accompagne souvent la mort. L'auteur ajoute à ce sujet que c'est une erreur de croire que les calmants peuvent souvent supprimer les souffrances du mourant. Il se demande avec tristesse "pourquoi Diane, qui a tant donné à tant de personnes, a dû rester seule la dernière heure de sa vie".

Ce témoignage écrit avec sympathie et émotion va certainement susciter de nombreuses réactions parmi les lecteurs du *NEJM*, et nous en rendrons compte. Il montre que des médecins aux Etats-Unis considèrent que les lois votées dans plus de quarante Etats rendent possible ce qu'on appelle l'euthanasie passive, c'est-à-dire l'arrêt d'un traitement de réanimation ou même de toute thérapeutique autre qu'antalgique chez un malade en phase terminale mais ne sont pas suffisantes et ne règlent pas tous les problèmes liés à la fin de la vie. Beaucoup de lecteurs se diront sans doute qu'une loi autorisant l'euthanasie active, à la demande du patient, ou une jurisprudence du genre de celle qui existe aux Pays-Bas, devient aujourd'hui indispensable.

Y. Kenis

L'OFFENSIVE DU VATICAN CONTRE L'AVORTEMENT ET L'EUTHANASIE

La presse a rendu compte du consistoire extraordinaire des cent et dix cardinaux du Sacré Collège, réunis pour discuter des "menaces qui pèsent sur la vie humaine" à Rome, le 4 avril dernier.

Le cardinal Ratzinger, préfet de la congrégation pour la doctrine de la foi, dont on connaît les positions très conservatrices, a présenté un rapport extrêmement violent stigmatisant l'attitude des états qui "autorisent de supprimer des personnes à l'aube ou à la fin de leur vie".

Les cardinaux ont demandé au pape de promulguer une encyclique s'opposant à "ces attaques dramatiques contre la vie" et les quatre mille évêques du monde ont été invités à s'engager dans la "bataille pour la défense de la vie". Il faut observer que certains cardinaux, conscients de ce que ces prises de positions solennelles pourraient paraître discutables dans un monde où la vie humaine est largement menacée par ailleurs ont insisté pour que d'autres aspects de ces atteintes soient également envisagés, notamment la drogue, le commerce des armes et la dégradation de l'environnement. A notre connaissance, le sort de millions d'êtres - et notamment d'enfants - qui meurent chaque année dans le Tiers Monde, victime de l'égoïsme des pays riches - n'a pas toutefois retenu l'attention des membres du Sacré Collège.

Marc Englert

L'EUTHANASIE A L'ORDRE DU JOUR DU PARLEMENT EUROPEEN

Le Parlement européen devrait bientôt examiner à Strasbourg un projet de résolution préparé par le professeur Schwartzberg relatif à l'euthanasie. Le texte de cette proposition de résolution a été adopté à Bruxelles par la Commission de l'environnement, de la santé et de la protection des consommateurs. Dans son rapport, l'ancien ministre français condamne l'acharnement thérapeutique. Il estime qu'au contraire, lorsqu'un malade demande au médecin d'interrompre une existence qui a perdu pour lui toute dignité, cette aide médicale et humaine "est le respect de la vie".

Deux parlementaires, le Dr Alain Pompidou (droites européennes, France) et Mme Adriana Ceci (communiste, Italie) ont réussi à subordonner le principe de l'euthanasie à quatre conditions qui figurent dans l'article 8 de la proposition de résolution. Ces conditions sont les suivantes : absence de thérapeutique curative ; échec de soins palliatifs correctement conduits, tant sur le plan psychologique que médical ; demande "pressante et continue" du malade pleinement conscient ; avis d'un collège de médecins constitué à dessein, constatant l'impossibilité de nouveaux soins spécifiques.

Ainsi amendée, la proposition de résolution a été adoptée le 25 avril en commission par 16 voix contre 11 voix et 3 abstentions (Mme Simone Weil, ancienne présidente du Parlement européen s'est abstenue).

(La Libre Belgique, le 4 mai 1991)

LES LIVRES

FINAL EXIT par Derek Humphry - 192 p. Ed. The Hemlock Society
P.O. Box 11830
Eugene, Oregon 97440
USA. \$ 25.-

L'ouvrage, qui porte en sous-titre "La pratique de l'autodélivrance et de l'assistance au suicide pour le mourant" est probablement le seul ouvrage publié sur l'assistance aux mourants qui s'efforce, avec une honnêteté et une sincérité auxquelles il faut rendre hommage, de décrire tout ce qui est connu et ce qui ne l'est pas dans le domaine de l'autodélivrance et de l'euthanasie, sans rien cacher des problèmes qui peuvent se poser.

Dans une première partie, les aspects légaux et humains de l'aide au suicide sont envisagés sous tous leurs aspects de même que les modalités pratiques de l'acte lui-même.

La deuxième partie, destinée aux médecins et aux infirmières, décrit les diverses techniques d'euthanasie et d'aide active au suicide considérés légalement, dans la plupart des pays, comme un crime.

Les mérites essentiels - et énormes - de l'ouvrage et qui le distinguent de la plupart de ceux parus antérieurement sont d'une part le ton simple et humain avec lequel ce problème douloureux est traité et d'autre part la minutie avec laquelle l'auteur s'efforce de ne rien laisser dans l'ombre.

Marc Englert

QUELQUES ADRESSES UTILES

<u>S.O.S. Solitude</u> , 1000 Bruxelles, 24, rue du Boulet 1332 Genval, 277, avenue Albert 1er	02/513.45.44 02/653.86.75
<u>"Ecoute-Cancer"</u> Service d'accueil téléphonique, lundi de 10 à 15 h. 1040 Bruxelles, 21, rue des Deux Eglises. jeudi de 12 à 18 h.	02/231.02.02
<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)	02/538.28.00 010/22.88.77 041/42.77.70 071/31.43.14 065/35.20.20 063/22.06.27
<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	02/537.98.66 041/62.46.46 041/31.41.47
<u>Centre d'Aide aux mourants</u> (C.A.M.) Aide psychologique aux proches et familles de mourants - 1000 Bruxelles, 104, Boulevard 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.)	02/511.91.55
<u>Unités de Soins Palliatifs</u> Continuing Care StJean, 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.	
<u>C.E.F.E.M.</u> (Centre de formation à l'écoute du malade) 1190 Bruxelles, 52, avenue Pénélope.	02/345.69.02

