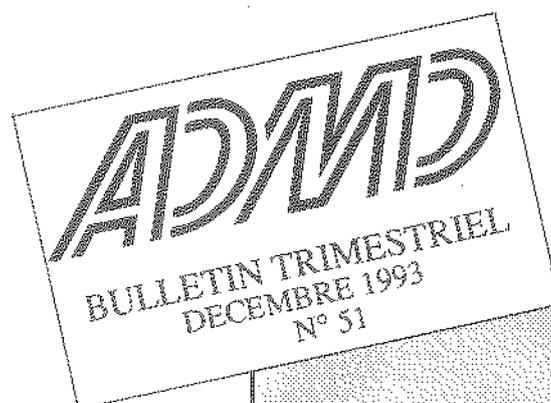


Belgique - België
P.P.
10/211
Bureau de dépôt
Bruxelles X



Bibliothèque Royale Albert Ier
Section du Dépôt légal
Boulevard de l'Empereur, 4
1000 Bruxelles

DD 34 757

SOMMAIRE :

◆ Le billet du Président	1
◆ Dossier : L'affaire Kevorkian	2
◆ Opinions :	
- L'église catholique et l'euthanasie	5
- La démocratie chrétienne et l'euthanasie	6
- Madame le Ministre W. De Meester, le député M. Colla et l'euthanasie	7
◆ Nouvelles de l'ADMD et des Associations-Sœurs	9
◆ Congrès : Europe et Cancer. Bioéthique et qualité de vie	11
◆ La Revue de la Presse	12
◆ La Revue des Livres	18
◆ Agenda	20
◆ Le courrier des lecteurs	22
◆ Cotisations	24

L'A.D.M.D. Belgique est membre de la World Federation of the Right-to-Die Societies

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

ASSOCIATION SOEUR D'EXPRESSION NEERLANDAISE : R.W.S.
33, Constitutiestraat - 2060 ANTWERPEN, Tél. 03/235.26.73.

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

*L' A D M D présente ses meilleurs voeux
à ses membres
et les remercient de la confiance
qu' ils lui témoignent*

N.B. En dernière page, informations pour le paiement des cotisations.

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

LE BILLET DU PRESIDENT

Certains membres s'étonneront peut-être de trouver encore dans ce bulletin plusieurs informations concernant la législation hollandaise à propos de l'euthanasie et de l'assistance médicale au suicide, alors que nous avons déjà consacré la plus grande partie du bulletin de mars 1993 à ce sujet. Certains pourraient se demander si nous ne devrions pas plutôt parler davantage de la situation chez nous et du rôle de l'ADMD : que se passe-t-il en Belgique ? qu'est ce que l'ADMD peut offrir à ses membres ?

Même si le caractère exceptionnel - unique au monde - de la situation chez nos voisins justifie amplement que l'on essaye de comprendre ce qui s'y passe et que l'on se tienne au courant des réactions dans le monde, j'estime moi aussi que de telles questions sont importantes et que nous devons essayer d'y répondre. Il est vrai que l'ADMD peut paraître avoir peu d'utilité directe pour ses adhérents. En dehors du modèle proposé de testament de vie (les "*Dernières volontés relatives à ma mort*" reproduites sur la carte de membre), nous ne pouvons guère offrir qu'une éventuelle intervention auprès de médecins qui, de l'avis des patients, pratiqueraient un acharnement thérapeutique injustifié. Comme nous le rappelons souvent, nous ne pouvons pas fournir de médicaments ni de prescription médicale ; cela pour la raison évidente que nous ne voulons pas nous mettre délibérément en opposition avec la loi. C'est précisément pour obtenir un changement, ou du moins un assouplissement, du code pénal que notre association doit avoir un poids suffisant pour influencer nos parlementaires et convaincre ceux-ci qu'il est temps pour eux de prendre des dispositions légales qui répondent aux vœux de la grande majorité de la population. Mais ce poids nous ne l'aurons que si nous sommes nombreux, si nous représentons toutes les classes et groupes sociaux, les principales opinions politiques et philosophiques de nos concitoyens. Je ne saurais jamais assez rappeler que, toutes proportions gardées, l'association néerlandaise compte vingt fois plus de membres que la nôtre ! Tâchons d'imiter nos amis hollandais ; sans doute alors, nos politiciens prendront-ils exemple sur leurs collègues des Pays-Bas. On sait d'ailleurs que des propositions de loi sont dès à présent à l'étude dans plusieurs groupes politiques. L'ADMD remplirait un rôle essentiel si elle parvenait à aider ces groupes - en dehors des limites des partis - à coordonner leurs efforts pour arriver à une proposition raisonnable, acceptable pour la majorité de nos représentants. C'est à cette tâche que notre conseil d'administration va se consacrer de façon prioritaire.

DOSSIER : L'AFFAIRE KEVORKIAN

Depuis plus de trois ans, le docteur Kevorkian, un médecin de l'Etat de Michigan, fait la une des journaux des Etats-Unis. En Belgique, en France, en Grande-Bretagne, si son cas ne provoque pas le même intérêt, il a néanmoins été très souvent question de lui dans la grande presse et toutes les publications périodiques des associations pour le droit de mourir dans la dignité en ont parlé. Nous voudrions dans ce dossier, présenter un résumé des informations publiées et les principales réactions suscitées par son action.

Chronologie des faits

Le 4 juin 1990, la presse révèle qu'un médecin américain, spécialiste en anatomie pathologique, le docteur Jack Kevorkian, avait aidé à se suicider une femme de 54 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer. La méthode utilisée a consisté à placer une perfusion intraveineuse d'une substance anodine, le sérum physiologique. Un dispositif, actionné par la patiente elle-même, lui permettait de faire suivre l'injection de sérum physiologique, d'abord par un somnifère et ensuite par un produit mortel. La mort est survenue en quelques minutes. Le médecin n'a pas été poursuivi parce qu'il n'existait pas à ce moment de loi punissant l'aide au suicide dans l'Etat de Michigan où les faits se sont passés.

Les réactions ne se sont pas fait attendre. Au cours du même mois, le *Quotidien du médecin* (France) faisait faire un sondage par la Société Mapi. A la question "Que pensez-vous de ce praticien ?", les taux de réponses ont été

"vous l'approuvez"	18,2 %
"vous le condamnez"	48,8 %
"sans opinion"	33,1 %

Cette opposition de la moitié des médecins doit être interprétée de façon nuancée. En effet, l'enquête du *Quotidien du Médecin* comportait une autre question : "Si un malade très gravement atteint vous demandait de l'aider à mourir le feriez-vous ?"

"oui"	9,9 %
"oui, mais seulement dans certains cas"	38,8 %
"non"	26,9 %
"ne sait pas"	24,4 %

On peut interpréter ces résultats en pensant que la grande proportion des médecins qui désapprouvent le docteur Kevorkian

condamnent la méthode utilisée plutôt que le principe de l'aide au suicide.

En juin 1990 encore, l'hebdomadaire *Newsweek* publie un article de trois pages sur le sujet. Il apporte certaines précisions intéressantes : la malade, accompagnée de son mari, a fait un voyage de 2000 miles (plus de 3000 km) pour recevoir l'aide du docteur Kevorkian ; la famille de la malade approuvait sa décision ; la patiente avait parlé de sa décision avec un ministre du culte et avec ses fils ; elle avait accepté l'essai d'un nouveau traitement ; la décision n'avait été prise qu'après une année de réflexion. *Newsweek* publie à cette occasion les résultats d'un sondage réalisé parmi les membres de l'*American Bar Association Journal* (Journal de l'association des avocats) qui révèle que plus de la moitié des juristes interrogés estimaient que l'administration d'un médicament mortel aux patients terminaux devrait être légalisée. Certains reprochaient au Dr Kevorkian d'avoir aidé une malade atteinte d'une affection psychiatrique non terminale et les circonstances dans lesquelles le suicide assisté avait eu lieu (dans la caravane du médecin, sur un parking).

En février 1991, le juge Alice Gilbert prononce un jugement interdisant au docteur Kevorkian l'utilisation de la "machine" ou de toute forme d'assistance au suicide. On peut relever dans les attendus du jugement qu'il est reproché au médecin d'avoir aidé une malade atteinte d'une affection non terminale, d'avoir une licence d'anatomo-pathologiste (et non d'interniste ou de généraliste). Ces attendus précisent par ailleurs que le jugement ne doit pas avoir d'influence sur des cas différents (maladie incurable, coma irréversible).

Au cours de l'année 1991, malgré le jugement de 1990, le docteur Kevorkian aida deux autres malades, utilisant une nouvelle méthode consistant à faire inhaler, à l'aide d'un masque, du gaz carbonique. Cette méthode avait été choisie parce qu'elle ne nécessitait pas une injection intraveineuse considérée comme un acte médical.

En 1992, Derek Humphry, le président de la société Hemlock prend position : il reproche au docteur Kevorkian de ne pas avoir limité son aide à des malades terminaux, considérant que les autres malades qui veulent mourir doivent "se débrouiller" tout seuls Il donne toutefois une définition large de la maladie terminale : une affection pour laquelle il n'existe pas de traitement curatif et qui conduit à une mort certaine dans un temps indéterminé (ce qui pour moi est bien le cas de la maladie d'Alzheimer). Il pense aussi que le Dr Kevorkian fait du tort à la campagne de Hemlock pour le référendum de l'Etat de Washington. Le bulletin de Hemlock publiera ultérieurement de nombreuses lettres de membres soutenant le dr Kevorkian et condamnant la position de D. Humphry. Cette polémique a même entraîné plusieurs démissions. On retrouve dans le courrier les réserves déjà signalées : la méthode utilisée, la personnalité "arrogante" de Kevorkian, mais dans l'ensemble, les membres considèrent que le docteur Kevorkian a eu un rôle positif en attirant l'attention du public sur la nécessité d'un changement de la loi.

Un jugement en appel du 21 juillet 1992 considère que le docteur Kevorkian n'est pas coupable 1°) parce que, selon la loi de l'Etat de Michigan, le suicide n'étant pas un crime, l'aide au suicide ne peut pas en être un ; 2°) la distinction entre suicide assisté et arrêt de traitement (cf le cas de Nancy Cruzan) est sans valeur ; 3°) le docteur Kevorkian n'a pas directement causé la mort.

Plusieurs propositions de loi réprimant l'aide au suicide sont déposées. Une commission est créée, chargée de préparer un rapport et de faire des recommandations dans un délai de deux ans.

Pendant ce temps, le docteur Kevorkian continue imperturbablement à aider des malades, huit au total jusqu'en décembre 1992.

Au début de l'année 1993, Hemlock a très nettement nuancé son attitude. Il reproche surtout au docteur Kevorkian de n'avoir pas assez mis l'accent sur la nécessité de changer la loi et propose la création d'une commission fédérale (*President's Commission*).

C'est à ce moment que le gouverneur du Michigan signe un projet de loi faisant de l'aide au suicide un crime ; la loi devenant effective en mars 1993, - c'est-à-dire bien avant la date à laquelle devaient être déposées les conclusions de la commission établie par le gouverneur. Cette loi est critiquée comme anticonstitutionnelle en ce sens qu'elle a été édictée en vue de s'appliquer à un particulier dans l'intention de lui infliger une peine. Hemlock critique aussi la hâte dans laquelle la loi a été rédigée et votée, et la composition de la commission.

Au cours du seul mois de février 1993, le docteur Kevorkian a aidé six malades à se suicider (ce qui porte le total à 15 cas). Il a définitivement opté pour la méthode au gaz carbonique, étant frappé d'une interdiction de pratiquer la médecine au Michigan depuis novembre 1991.

Un tribunal de Detroit l'a inculpé, le 17 août 1993, d'assistance au suicide. Jusqu'à cette date, il avait toujours bénéficié de non-lieux. Le médecin a déclaré : "*Je n'ai tué personne. J'aide les gens quand ils estiment que leurs temps est venu. La mort doit être une option à la disposition des malades. Je ne vais pas m'arrêter, je veux continuer parce qu'il y a une souffrance dont personne ne veut entendre parler*". Fidèle à cet engagement, il aide encore deux malades à se suicider. Un mandat d'arrêt est lancé contre lui le 29 novembre ; refusant de payer la caution exigée, il se constitue prisonnier au début du mois de décembre et commence une grève de la faim. Il est libéré deux semaines plus tard après avoir promis qu'il n'aiderait plus personne à mourir avant que la justice n'ait fini d'examiner la constitutionnalité de la loi interdisant l'assistance au suicide.

Commentaires

L'action du docteur Kevorkian présente des aspects négatifs et des aspects positifs. On peut lui reprocher d'agir seul ; de ne pas mettre assez l'accent sur la nécessité de changer la loi,

mais de se mettre au contraire délibérément au-dessus des lois ; d'accepter d'aider des malades qu'il n'a pas connus antérieurement et qu'il n'a pas traités ; de ne pas avoir la formation médicale nécessaire ; d'exercer son "sacerdoce" dans des conditions déplorable. Certains voient en lui un provocateur ou un "dangereux fanatique". Son action, perçue par certains comme scandaleuse, peut faire du tort au mouvement pour le droit de mourir dans la dignité ; elle aurait joué un rôle dans l'échec du référendum pour la légalisation de l'euthanasie en Californie. Elle a certainement entraîné le vote de la loi réprimant l'aide au suicide dans l'Etat de Michigan (de telles lois existaient depuis longtemps dans la majorité des Etats américains ; mais l'affaire Kevorkian a suscité des propositions de lois dans deux autres Etats qui en étaient dépourvus, précisément pour contrecarrer l'action du docteur Kevorkian, l'Ohio et l'Indiana).

Malgré ces aspects négatifs et la place que leur a faite la presse, un sondage réalisé en décembre 1993 a montré que 58 pour cent des Américains soutenaient le docteur Kevorkian. Bien plus, 73 pour cent des 1254 personnes interrogées estiment que "la loi devrait autoriser un docteur à satisfaire la demande de mourir d'un malade sans espoir", ce qui représente un gain de 10 points par rapport à un sondage effectué en mars 1993.

Aux critiques qui lui sont faites, le docteur Kevorkian répond que la décision d'aider un malade n'est prise qu'après une longue discussion avec le patient, et ses proches s'il le désire ; qu'il demande l'avis d'un autre médecin ; que les candidats au suicide signent devant témoins, filmés par une caméra vidéo, une déclaration confirmant la volonté de mourir ; les gestes qui provoquent la mort sont accomplis par le sujet lui-même ; qu'il n'est présent que pour conseiller et soutenir le malade et lui fournir les moyens nécessaires.

Personne ne met en doute le désintéressement du médecin qui, comme on l'a dit, "vit dans le dénuement". Les sondages cités plus haut montrent que l'argument du rôle négatif pour le mouvement pour l'euthanasie volontaire et l'assistance au suicide est pour le moins douteux.

En réalité, je pense que même les critiques adressées au docteur Kevorkian sont des arguments en faveur de la légalisation de l'assistance médicale au suicide. Si des

personnes souffrant d'un mal incurable, certaines à un stade terminal, surmontent des difficultés considérables, acceptent d'accomplir un dernier voyage de milliers de kilomètres pour aller mourir loin de leur foyer, dans des conditions pénibles, avec l'aide d'un médecin qu'elles ne connaissent pas, dont elles ont entendu parler par les journaux, souvent en termes hostiles ("le docteur La Mort"), c'est qu'elles n'ont pas pu trouver ailleurs, à cause des lois actuelles, la seule chose qui compte encore pour elles, l'aide à mettre fin à une vie insupportable. Plutôt que de juger le docteur Kevorkian, pensons à ces malheureux, à leurs familles, trouvons dans cette "affaire" une raison supplémentaire de lutter pour obtenir, comme aux Pays-Bas, des dispositions légales qui rendent possible, dans des conditions humainement acceptables et avec des garanties contre les abus, une véritable aide aux mourants, y compris, si c'est la seule issue possible, par l'euthanasie active et l'assistance médicale au suicide. Battons-nous pour que les médecins, qui n'ont pas d'objections morales ou religieuses à apporter cette aide puissent le faire de façon non clandestine, sans la menace de la prison et d'une carrière brisée.

Yvon Kenis

Dernière minute

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que le juge Richard Kaufman, de Detroit (Michigan), vient de classer une des affaires à charge du docteur Kevorkian, estimant que l'Etat n'a pas le droit d'interdire toute forme d'assistance médicale au suicide. Il est probable que le ministère public interjettera appel de ce jugement et on peut prévoir que l'affaire ira jusqu'à la Cour Suprême.

Selon le juge Kaufman, la loi condamnant l'aide au suicide, hâtivement votée dans le but de contrecarrer l'action du Dr Kevorkian, fait bon marché du droit de l'individu de mourir quand la qualité de sa vie est rendue insupportable par une maladie incurable. Il se réfère à une décision de 1990 de la Cour Suprême sur le droit de refuser un traitement et à des décisions telles que celles de l'affaire Roc contre Wade déterminant dans quelles conditions certains droits sont fondamentaux. Le juge estime que ces conditions étaient remplies dans l'affaire en cause : le Dr Kevorkian a pu établir que la personne qu'il avait aidée à se suicider était dans un état désespéré et pleinement consciente de la signification de sa demande.

L'éditorial du *New York Times* qui commente cette nouvelle a pour titre : "Dr. Kevorkian's legal victory"

OPINIONS

L'EGLISE CATHOLIQUE ET L'EUTHANASIE

La hiérarchie catholique fait du caractère sacré de la vie, don de Dieu, l'argument essentiel qui s'opposerait de façon absolue à l'euthanasie. Pourtant, elle admet des exceptions à ce principe. Mais curieusement, ces exceptions ne concernent pas l'euthanasie où la mort est donnée par charité, mais concernent la peine de mort et la guerre, considérées comme parfois justifiées (Déclaration sur l'euthanasie de la Congrégation pour la doctrine de la foi du 5 mai 1980, approuvée par le pape Jean-Paul II ; Cathéchisme universel de l'Eglise catholique de 1992).

Dans l'encyclique "*Veritatis splendor*" adressée à l'épiscopat mondial, le pape Jean-Paul II rappelle à l'ordre les théologiens qui se permettent de mettre en cause l'enseignement moral de l'Eglise et condamne toute espèce d'homicide, y compris l'avortement, l'euthanasie et même le suicide délibéré.

La tendance autoritaire du Vatican est une fois de plus illustrée par la prétention à imposer ses vues à l'ensemble de la population des pays démocratiques et laïques, y compris à ceux qui ne croient pas au principe sacré du respect de la Vie, don de Dieu, mais pour qui ce qui compte avant tout c'est le respect des vivants. Cette tendance s'est encore manifestée avec virulence lors de l'adoption par le parlement néerlandais de la loi officialisant la jurisprudence concernant l'euthanasie. Déjà lors de l'adoption du projet de loi par la deuxième chambre en février dernier, le secrétaire du Conseil pontifical pour la pastorale de la santé, Mgr Elio Sgreccia avait comparé la législation néerlandaise aux pratiques du Troisième Reich hitlérien et l'*Osservatore romano* avait accusé les Pays-Bas d'avoir emprunté "*les chemins de la culture de la mort*". Le journal a récidivé en décembre, qualifiant la loi d'erreur

monstrueuse et écrivant "*On ne comprend pas comment des représentants du peuple peuvent avoir osé voter une loi qui viole le droit primordial de la personne humaine*".

En novembre dernier, recevant des évêques canadiens, le pape leur a rappelé qu'il est "*exclu d'autoriser quelqu'un à provoquer sa propre mort ou la mort d'une autre personne innocente, par action ou par omission*". Il faisait allusion au cas d'une malade canadienne en phase terminale, Mme Sue Rodriguez, qui avait demandé sans succès il y a quelques semaines à la Cour Suprême de son pays l'autorisation d'être aidée à mourir.

Certains philosophes catholiques par contre ont défendu des positions plus tolérantes et on peut penser que c'est à eux que s'adresse "*Veritatis splendor*". Le Professeur P-Ph. Druet, des Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur, écrit que l'euthanasie ne pourrait être envisagée qu'en cas d'extrême nécessité. Le Professeur J-Fr. Malherbe, directeur du Centre d'Etudes Bioéthiques de l'UCL, écrit "*Si donc, en cas d'échec flagrant des soins palliatifs, la conscience morale se persuade en toute lucidité critique qu'il n'y a aucune issue positive à la situation et que l'issue la moins négative est l'euthanasie active directe, il me paraît que personne n'aurait le droit de condamner la transgression ainsi commise*".

La position des autorités chrétiennes non catholiques est beaucoup plus nuancée et diversifiée. C'est ainsi que plusieurs pasteurs de l'Eglise réformée des Pays-Bas militent ouvertement pour la liberté de choisir sa mort. Et l'Evêque anglican de Durham, le Dr David Jenkins, a pris récemment publiquement position en faveur de l'euthanasie volontaire. Il a notamment déclaré lors d'une émission télévisée que maintenir en vie une personne dans la phase finale de sa maladie alors qu'elle souhaite mourir est "*une attitude non chrétienne et qui semble faire de Dieu un tyran*".

Quant à l'opinion des fidèles eux-mêmes, tous les sondages montrent que, même dans

des pays à majorité catholique comme la France ou la Belgique, la plupart des personnes interrogées se déclarent partisans du droit des malades atteints d'une maladie grave de recourir à l'euthanasie active.

Comme dans le domaine de l'avortement et de la contraception, il existe donc un divorce frappant entre les positions officielles de l'église et celles des fidèles à propos de l'euthanasie.

Dr Marc. Englert

LA DEMOCRATIE CHRETIENNE ET L'EUTHANASIE

par Dr Ernst M.H. Hirsch Ballin,
Ministre de la Justice des Pays-Bas

Revue Concilium (revue internationale catholique de théologie), 1993, n° 248, pp. 179-182

Dans différents pays, notamment dans le monde occidental, la question a surgi de savoir si les médecins doivent essayer dans toutes les circonstances de garder en vie un grand malade, même si lui-même désire s'en aller. Est-ce la peur de dépendre complètement de la technique médicale qui conduit à un tel désir, ou l'impuissance dans une société dépersonnalisée d'assister l'homme qui souffre ? Bien qu'il soit certain qu'un malade a le droit de refuser d'autres traitements et interventions, il y a des situations où le médecin et le malade ne voient pas d'autre issue qu'une accélération intentionnelle du processus de la mort. Pourtant, ceci ne devra jamais devenir une opération médicale comme une autre. En premier lieu, il y a le devoir de chaque médecin, ainsi que des parents et amis, d'assister le malade, même rendu à cette extrémité, et de faire ce qui est possible pour alléger ses souffrances. On ne doit jamais se trouver dans une situation où des malades puissent se sentir à la charge des autres, et se sentir obligés de demander de mettre un terme à leur présence. Le fait que quelqu'un *demande* l'euthanasie, n'est pas une justification suffisante pour intervenir dans la vie d'un homme.

Le juge néerlandais n'a pas voulu fermer les yeux devant ces cas où le traitement contre la douleur et l'accompagnement n'ont pu

empêcher que quelqu'un, en dernier recours, demande à un médecin de l'aider à venir à sa fin. Si un médecin, après une recherche scrupuleuse et une profonde réflexion, estime, dans une telle situation, être dans un cas d'urgence - un cas de force majeure -, la plus haute juridiction néerlandaise renonce à infliger une punition. Par là, le juge applique, dans le cadre des sanctions pénales touchant l'euthanasie et l'aide au suicide, une règle générale du droit pénal d'Europe continentale selon laquelle il n'y a pas lieu de faire subir une punition à quiconque vient à se trouver dans une situation concrète de force majeure.

Des situations de ce genre se présenteront dans tous les pays où la technique médicale est en mesure de garder en vie des malades même au bord de l'abîme de la mort. Soulevée par notre désir de parler à coeur ouvert des questions même les plus délicates, la question fut posée aux Pays-Bas de savoir si la sanction de l'euthanasie et de l'aide au suicide devait être maintenue. La réponse du gouvernement et de la Deuxième Chambre - la chambre des députés - fut un oui franc. Un projet de loi conçu par l'opposition libérale en vue de modification de ces sanctions pénales fut rejeté.

Ce dont on avait bien besoin, c'était d'une meilleure garantie du fait que, dans de telles questions de vie et de mort, l'appel à la force majeure - dans le sens d'état d'urgence - serait vérifiable. On peut demander aux médecins de collaborer à cette vérification. La protection du droit fondamental à la vie est trop importante pour la laisser sans surveillance à la bonne volonté des médecins. En plus de l'obligation que le médecin a déjà depuis longtemps de donner une explication concernant le décès, la loi proposée par le gouvernement règle une obligation de rapport détaillé si un médecin croit que, dans un état d'urgence concret, il ne pouvait pas refuser son aide à mourir. L'accomplissement de ce devoir de rapport ne justifie pas l'application de l'euthanasie en soi : ce qui est décisif, ce n'est pas seulement le fait que le rapport soit fait, mais en fin de compte ce qui figure dans le rapport. Le rapport fournit au procureur le matériel dont il a besoin pour pouvoir juger si dans ce cas, oui ou non, une poursuite judiciaire doit avoir lieu.

Toutes les informations selon lesquelles l'euthanasie serait légalisée aux Pays-Bas sont donc fausses. En revanche, il est vrai que le

juge suprême considère comme concevable de voir un état d'urgence dans certaines circonstances, où la peine ne doit pas être appliquée. Il est vrai, en outre, que la nouvelle loi veut fournir au procureur, dans chaque cas concret, le matériel pour juger s'il y a nécessité de poursuite judiciaire.

J'ai tout à fait conscience de la signification de la réglementation concernant l'euthanasie, qui est en préparation aux Pays-Bas. On met à l'épreuve de la part du gouvernement des décisions sur la vie et la mort. Cette vérification est pour moi cruciale : c'est le coeur de la réglementation. Mais je sais aussi que ce n'est pas dans tous les cas d'euthanasie qu'on procédera à une poursuite judiciaire. Chaque cas ne sera pas soumis au juge, à plus forte raison n'aboutira pas à une condamnation.

Il y aura des hommes - parmi eux des chrétiens - qui ne voudront pas prendre pour leur compte cet esprit de suite. Mais c'est ma conviction ferme qu'il ne messied pas à moi ni aux gens de mon bord de réaliser une réglementation comme celle-ci : une réglementation qui maintient tout à fait la norme, mais désire en cas d'appel à l'état d'urgence que la responsabilité soit assumée. Je suis convaincu qu'il ne messied pas à moi ni aux gens de mon bord, en tant que démocrates-chrétiens, de collaborer à une réglementation comme celle-ci. Je ne veux pas justifier cela seulement par un appel à une réalité récalcitrante à la fin du XXe siècle, qui refuse de se conformer aux idéaux, normes et valeurs chrétiens. C'est pour moi un peu trop facile.

Cela vient de plus loin. Ce qui me touche le plus profondément, c'est que les chrétiens ne cèdent pas à la tentation de fuir le monde. Karl Rahner a prononcé à plusieurs reprises un appel aux chrétiens afin de ne pas se réfugier dans l'histoire¹. L'Eglise chrétienne ne doit pas se retirer dans un ghetto clérical ou un ghetto de christianisme folklorique, et laisser le monde à son sort². Le chrétien qui s'engage comme citoyen ne se détourne pas de notre monde et de notre temps de vivre, mais ne les accepte pas non plus comme donnés. C'est

cela la zone de tension de sa vocation. La question devant laquelle le politicien chrétien se trouve n'est pas de savoir si, du point de vue de la foi chrétienne, il y a des raisons d'accepter, même devant l'extrême besoin d'un malade qui souffre gravement, ce qui arrivera. La volonté d'accepter un ordre légal où dans de telles circonstances on puisse faire appel à la force majeure, résulte du respect de la distance que le droit doit garder par rapport aux questions vitales ultimes qui s'y manifestent. Cependant, un tel appel à la force majeure doit bien être soumis à une obligation de justification à l'égard des organes de cet ordre légal. L'absence de cette obligation de justification porterait atteinte au devoir sacré d'un état de droit de protéger la vulnérable vie. Jamais, je le répète, il ne doit se produire une situation où les hommes se sentent gênés ou menacés dans leur vœu d'accomplir la vie comme elle leur avait été donnée : des mains du Seigneur de la vie et de la mort.

(Le Comité Directeur de la Revue Concilium a précisé que le contenu de cette communication ne reflétait pas obligatoirement son opinion).

MADAME LE MINISTRE WIVINA DE MEESTER, LE DEPUTE M. COLLA ET L'EUTHANASIE

Au cours d'un entretien publié par *Het Laatste Nieuws* du 26 novembre 1993, Madame Wivina De Meester, ministre de la santé de la Communauté flamande (CVP), a déclaré qu'une majorité spéciale devrait être nécessaire pour que le Parlement puisse faire passer une loi concernant des problèmes bioéthiques importants (avortement, euthanasie). Elle a ajouté que "pour éviter qu'une majorité étroite ne puisse imposer sa volonté de façon durable à une minorité importante", de telles lois devraient être automatiquement invalidées après cinq ans, sauf si elles sont expressément prolongées. Selon le professeur Hugo Van den Ende, vice-président de RWS, une telle prise de position montre, d'une part, que le CVP "n'a pas encore digéré la loi sur l'avortement" et souhaiterait qu'elle soit remise en question, d'autre part, qu'il craint le vote d'une loi sur l'euthanasie.

¹ "Die Alternative ist deswegen nicht der Rückzug auf die kleine Herde, in das Ghetto. Wir haben einfach kein Recht, uns in den Windschatten der Geschichte zurückzuziehen [...]". Karl RAHNER, *Politische Dimensionen des Christentums*, Munich, 1986, 66-67

² *Ibid.*, 50.

Hugo Van den Ende fait remarquer à juste titre que la loi sur l'interruption volontaire de grossesse n'impose pas à une minorité, ni même à un seul individu, de se faire avorter, et qu'il en serait évidemment de même pour une loi sur l'euthanasie volontaire. Rappelons que c'est la loi telle qu'elle est aujourd'hui qui impose, à propos de l'euthanasie et de l'aide au suicide, une situation considérée par la majorité (ainsi que le montrent les enquêtes d'opinion) comme inacceptable.

Toujours à propos de l'euthanasie, Madame De Meester a toutefois exprimé quelques jours plus tard, au Congrès flamand de la Santé ("*Ouderen in Solidariteit*"), une position plus nuancée. Si elle a rejeté l'idée d'une loi sur l'euthanasie et plaidé pour le développement des soins palliatifs, elle a précisé que "dans des conditions exceptionnelles, provoquer la mort à la demande expresse de l'intéressé lui-même peut néanmoins être aussi l'expression de la solidarité avec le patient souffrant".

Le député Marcel Colla, chef du groupe SP de la Chambre, parlant en son nom personnel, a réagi au refus de Madame De Meester de s'engager dans un débat à propos d'une législation sur l'euthanasie. Constatant que les médecins, le personnel soignant, les patients et leurs familles sont journellement confrontés à des situations de fin de vie douloureuses et inhumaines et donc appelés à prendre des décisions en dehors de tout cadre légal, il déplore que cet état de fait "incite à l'illégalité".

NOUVELLES DE L'ADMD ET DES ASSOCIATIONS-SŒURS

UNE PUBLICATION DE L'ADMD
BELGIQUE

Notre association vient de publier une

Bibliographie sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Il s'agit d'une liste de plus de 500 titres de livres et d'articles de revues en langue française classés dans une dizaine de rubriques (généralités, le testament de vie, l'euthanasie et le droit, l'acharnement thérapeutique, témoignages, enquêtes d'opinions, etc.).

Cet ouvrage - à notre connaissance, le premier de cette ampleur en français - sera un outil indispensable pour les étudiants qui préparent un travail, un mémoire, une thèse sur un sujet en relation avec l'euthanasie et l'aide au suicide et pour toute personne activement engagée dans le mouvement pour le droit de mourir dans la dignité.

On peut se le procurer en en faisant la demande au
Secrétariat de l'ADMD,
55, rue du Président, 1050 Bruxelles

et en versant la somme de 325 FB au compte
bancaire 210-0391178-29.

* * *

**LA FONDATION EXIT OUVRE UN
HOSPICE POUR MOURANTS A
BERTHOUD - Suisse.**

Le premier établissement de ce genre en
Suisse a ouvert ses portes le 23 août dernier.

L'hospice accueillera dix patients au maximum. Sans espoir de guérison, ils y vivront leurs derniers jours libérés d'inutiles souffrances grâce à des traitements médicaux qu'ils pourront eux-mêmes gérer.

Le projet de création d'un tel hospice à Berthoud s'était heurté à de vives réactions dès sa naissance, en 1991. L'Association des médecins du district s'y était opposée et une pétition avait même recueilli 3200 signatures. Finalement, l'assurance donnée par Exit que l'euthanasie y serait proscrite a eu raison des antagonismes.*

L'association Exit, qui défend notamment le droit de mourir dans la dignité, a été créée en Suisse il y a onze ans et réunit environ 51.000 personnes outre-Sarine et près de 6000 en Suisse romande. Dans le monde, une trentaine de groupes rassemblent plus d'un million de membres. Certaines de ses thèses furent très controversées, notamment lors de la parution d'une brochure donnant des indications très précises sur la meilleure manière de réussir son suicide. En 1988 déjà, le Conseil fédéral invitait Exit à faire preuve de davantage de retenue, notamment à l'égard de la jeunesse, tout en soulignant l'impossibilité juridique d'interdire les activités de l'association. Pour le Code pénal suisse, rappelons-le, l'euthanasie active est un homicide intentionnel, même si elle est pratiquée à la demande du patient. L'euthanasie passive, en revanche, est tolérée.

A la Villa Margherita, où le coût d'une journée sera de 350 frs (suisses) les malades, en grande majorité des cancéreux au stade terminal, pourront vivre leurs derniers instants sans contraintes, et autant que la médecine moderne le permet, sans douleur.

Les patients qui, las de souffrir, voudraient mettre fin à leurs jours ne pourront pas le faire à la Villa Margherita. "Nous ne les

* L'autorisation d'ouvrir cet établissement est liée à la condition que l'euthanasie n'y sera pas pratiquée. La direction de la Santé publique veillera à sa stricte observation.

abandonnerons pas, affirme Meinrad Schär (président de l'association EXIT) mais ils devront accomplir leur acte dans un environnement privé". Les malades du sida, quant à eux, ne pourront pas trouver refuge à Berthoud : "ils disposent déjà d'institutions spécialisées", conclut le professeur zurichois.

L'achat et les travaux de la Villa Margherita ont entièrement été financés par des membres donateurs de l'association Exit. "Et la générosité de nos membres nous a également permis de constituer un fonds pour venir en aide aux malades nécessiteux et d'acheter un terrain à Höngg, près de Zürich, où nous envisageons de construire un deuxième hospice" conclut Ruedi Böni (président de la Fondation Exit).

Frederico Camponovo

été acceptée (en principe lors du Congrès de Bath).

Le bureau, élu à l'unanimité, est constitué de six membres (trois "officers" et trois "directors"). Ont été élus :

Président Y. Kenis (ADMD, Belgique)
Secrétaire J. Röell (NVVE)
Trésorier H. Wynn (VESS)
Directors A.-M. Dourlen-Rollier (ADMD, France)
M. Appel (RTVD)
M. Schär (EXIT Zürich)

Les buts définis à la réunion de Bergen aan Zee ont été officiellement adoptés. La constitution amendée a été approuvée. Une lettre sera adressée aux associations européennes non représentées à Londres, leur demandant d'adhérer à l'European Division.

La prochaine réunion du bureau se tiendra à Bruxelles, le 23 avril 1994. L'assemblée des délégués des associations membres de l'European Division est prévue à Bath, le 12 septembre 1994, à l'occasion du congrès de la Fédération mondiale.

REUNION DE LA SECTION EUROPEENNE DE LA FEDERATION MONDIALE DES ASSOCIATIONS POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITE.

La section européenne, créée officieusement à Bergen aan Zee le 15 mai 1993 (Bulletin n° 49-50, juin-septembre 1993), s'est réunie à Londres le 2 octobre 1993. Les associations suivantes étaient représentées : Allemagne (DGHS), Angleterre (VES), Belgique (ADMD), Ecosse (VESS), France (ADMD, représentant aussi EXIT Suisse romande), Grand-Duché de Luxembourg (ADMD-L), Pays-Bas (NVVE), Suède (RTVD) et Suisse alémanique (EXIT Zürich). La réunion avait comme objectif la formalisation de la création d'un groupe européen, l'adoption des statuts et l'élection d'un bureau. Le nom officiel est *European Division of the World Federation of Right-to-Die Societies*. Toutes les associations présentes ou représentées ont formellement adhéré à l'European Division, DGHS étant admise à titre d'observateur jusqu'au moment où son adhésion à la Fédération mondiale aura

CONGRES : Europe et Cancer. Bioéthique et qualité de vie Bruxelles, 9-10-11 décembre 1993

Ce congrès, organisé par la Belgian Society for Psychosocial Oncology (BSPO, B), par le Centre d'Aide aux Mourants (CAM, B) et par Psychologie et Cancers (F), a fait une place importante au problème de l'euthanasie ; les organisateurs ont tenu à y associer largement l'ADMD. Le docteur Kenis a présidé la Session plénière du 10 décembre consacrée aux exposés de G. van der Wal (Harlem) sur l'euthanasie aux Pays-Bas et de M.S. Lederberg (New-York) sur les problèmes de la réanimation dans un hôpital américain. Nos lecteurs connaissent trop bien la situation aux Pays-Bas (v. Bulletin N° 48 et, dans ce numéro-ci, p. 6 et 12) pour que nous y revenions. Dans l'exposé du docteur Lederberg, j'ai relevé cette information : une enquête réalisée auprès de malades qui avaient été réanimés "avec succès" a montré que "beaucoup regrettaient la réanimation". Il a aussi été signalé que 15 à 20 % des malades, au cours d'une année, avaient utilisé les possibilités offertes par le *Self-Determination Act*, une loi de 1992 qui oblige les hôpitaux fédéraux à respecter les volontés d'un patient qui refuse un traitement.

Notre président a participé à une Table ronde sur "Les soins supportifs et palliatifs". Il y a défendu l'idée qu'il n'y a pas d'opposition entre les soins palliatifs et le recours à l'euthanasie volontaire ou l'assistance médicale au suicide. Les soins palliatifs devraient être proposés à tous les malades en fin de vie, mais il est inhumain - et contraire à l'esprit même des soins palliatifs - de refuser la dernière aide qu'un médecin compatissant peut apporter à un malade dont les souffrances (qui peuvent englober bien autre chose que la seule douleur physique) restent, pour lui, insupportables malgré les soins palliatifs et qui demande qu'on mette fin à ses jours.

Le professeur Kenis a dirigé, avec les professeurs F. Larra (Angers) et R. Mathijs (Anvers), deux Ateliers consacrés à l'euthanasie. La discussion avec le public - particulièrement nombreux à chaque séance - a été vive, directe, souvent passionnée. Beaucoup de participants, engagés professionnellement dans l'accompagnement des mourants, ont manifesté une forte opposition au principe de l'euthanasie active. Les habituels arguments contre la pratique et/ou la légalisation de l'euthanasie volontaire y furent entendus : le risque d'abus ; le soi-disant précédent du nazisme ; la détérioration de l'image du médecin dans la société, le serment d'Hippocrate ; la demande d'euthanasie qui serait une fausse demande, un simple appel à l'aide ; la disparition du problème de l'euthanasie par le développement des soins palliatifs, etc. Nous ne rappellerons pas ce qu'on peut répliquer à ces affirmations ; nos lecteurs le savent. Mais il n'y avait pas que des prises de positions hostiles à notre point de vue. Celui-ci a été très efficacement soutenu, par certains participants, en particulier par les professeurs Marc Englert et Léon Schwartzberg.

Ce qui m'a personnellement frappé c'est que, dans certains milieux, l'idée que l'on puisse être à la fois partisan des soins palliatifs et accepter le principe de l'euthanasie est perçue comme quasi-monstrueuse. Il n'est pas douteux que pour certains, les soins palliatifs sont devenus une arme idéologique pour lutter contre le mouvement en faveur du droit à l'euthanasie volontaire. Des participants au débat ont été proprement scandalisés d'apprendre que le docteur Mathijs, qui avait défendu le droit à l'autodétermination au nom de la liberté individuelle basée sur une morale laïque, était *aussi* le président d'une association groupant des unités de soins palliatifs ; c'était le diable déguisé en ermite, le loup dans la bergerie. Dès qu'apparaît l'idéologie, se pointent l'exclusion et l'anathème ...

LA REVUE DE LA PRESSE

AUX PAYS-BAS, LE SENAT A VOTE LA LOI RECONNAISSANT A TITRE EXCEPTIONNEL LA PRATIQUE DE LA "MORT DOUCE"

Le Monde, 2 décembre 1993

Les Pays-Bas ont franchi, mardi 30 novembre, un cap historique. Après vingt ans de débat, deux rapports d'enquêtes nationales, trois premiers projets de loi, ils se sont dotés d'une législation unique au monde, en matière de "décisions médicales sur la fin de la vie". Ce terme s'entend de l'euthanasie au sens strict (délivrance d'un malade en phase terminale à sa demande), de l'aide médicalisée au suicide et de l'abrègement des jours des patients ne pouvant pas ou plus exprimer la volonté de mourir (comateux, déments et nouveau-nés incurablement handicapés) : ces trois formes de "mort douce" restent en principe interdites, mais leur pratique exceptionnelle est reconnue comme faisant partie de la réalité médicale et encadrée dans des conditions strictes définies par les tribunaux.

Issue d'un compromis interne à la coalition gouvernementale entre les chrétiens-démocrates et les travaillistes, cette loi, votée au Sénat à une très courte majorité (37 voix pour, 34 contre)*, laisse donc inchangés les articles du code pénal réprimant l'euthanasie, l'aide au suicide et l'homicide. La "mort douce" n'est pas légalisée. La réglementation adoptée ne décrit d'ailleurs aucune situation objective la légitimant, ni ne définit aucun critère pratique l'autorisant *a priori*.

Mais, comme l'a expliqué le ministre de la justice, Ernst Hirsch Ballin, cette interdiction de principe "doit laisser une place, lorsque le combat contre la douleur est définitivement perdu, à la force majeure". Cette notion est la clé du dispositif néerlandais. Elle justifie que, dans certaines circonstances, l'auteur d'un acte prohibé par la loi soit relevé de sa responsabilité.

En l'occurrence, pour permettre l'appréciation de ces circonstances, le médecin ayant administré la "mort douce" devra le notifier aux autorités sanitaires et judiciaires au moyen d'un formulaire-questionnaire pouvant conduire à l'ouverture d'une procédure judiciaire. Exceptionnel dans les cas d'euthanasie, pour laquelle la Cour suprême a déjà élaboré une jurisprudence connue des médecins (requête du malade, souffrances insupportables et épuisement des autres voies), l'engagement de poursuites sera de règle dans les cas d'abrègement de la vie d'un malade incapable d'exprimer la volonté de mourir, afin de permettre l'élaboration d'une jurisprudence.

Le texte de ce formulaire sera prochainement soumis au Parlement pour approbation. Mais le gouvernement, sous la pression de la majorité sénatoriale, a d'ores et déjà annoncé que l'entête rappellerait le principe de l'interdiction de la "mort douce" et préciserait que la déclaration d'actes euthanasiés n'a pas, en soit, d'"effet légitimant : la déclaration permettra le contrôle qui est le coeur de notre dispositif".

Les Pays-Bas font ainsi un pari sur le civisme de leurs praticiens et sur la vigilance de leurs magistrats. En vigueur depuis 1991, mais sans avoir de force obligatoire, ce système déclaratif a conduit les médecins à déclarer un nombre croissant de cas de "mort douce", dont une bonne partie reste toutefois encore cachée : 454 en 1990, 590 en 1991, 1323 en 1992 et 1230 depuis le 1er janvier, pour un nombre annuel évalué à 3700. Mais seul un nombre infime de dossiers a conduit à une information judiciaire (5 en 1992 et 8 cette année) et aucun n'a encore débouché sur un procès.

Cette situation de légalisation rampante a été critiquée aussi bien par les partisans que par les adversaires du projet de loi : les premiers pour demander que sa mise en oeuvre s'accompagne de garde-fous, les seconds pour déplorer que le texte ne soit pas plus libéral. Mais le gouvernement n'a rien cédé à personne, se contentant de promettre que le traitement des déclarations des médecins

* L'adoption de la loi par la Chambre en février 1993 l'avait été par 91 pour/45 contre.

prendrait pas le caractère d'une "routine administrative".

Le ministre de la justice n'a rien cédé non plus sur le volet le plus contesté de sa législation qu'est la soumission du cas des malades dits "incapables" aux mêmes règles de procédure que le cas des malades "volontaires", au risque de susciter un début de dépenalisation. L'opposition a dénoncé l'ouverture d'une porte sur une "pente glissante". Mais la majorité, au départ elle aussi réticente, a fini par se ranger à l'argumentation du ministre : il arrive, dit-il en substance, que les médecins mettent fin aux jours de tels patients. Autant sortir ces cas de la clandestinité, pour les contrôler et élaborer un cadre protecteur des intérêts des malades.

C'est sans doute sur ce terrain délicat que le débat sur la "mort douce" va désormais se poursuivre, confirmant la position des Pays-Bas en tant que pionniers dans la recherche d'un équilibre entre "la protection de la vie humaine dans sa phase finale et le droit ultime à une mort digne", entre la transparence des pratiques médicales et le secret des cabinets ou des salles d'hospitalisation.

Christian Chartier

SELON UN RAPPORT DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE, LES PAYS-BAS POURRAIENT ADMETTRE UN DROIT AU SUICIDE MÉDICALISÉ POUR LES MALADES PSYCHIATRIQUES.

Le Monde, 1er décembre 1993

Établi par une commission de réflexion sur "la légitimité des actes euthanasiques", le rapport de la Société royale de médecine néerlandaise paraît alors que la Cour suprême des Pays-Bas instruit deux affaires contre des médecins relaxés en appel après avoir fourni à des personnes gravement dépressives les moyens de s'endormir en douceur. Il fait donc référence à une situation médicale concrète qui, pour ne se présenter "heureusement, qu'assez rarement", n'en pose pas moins problème : un praticien a-t-il le droit d'aider une personne souffrant de troubles de l'esprit à se supprimer ?

Le rapport souligne tout d'abord que "le risque de suicide des malades psychiatriques

est dix fois plus élevé que dans le reste de la population" et qu'au moins 45 % des personnes qui se suicident avaient fait un passage en institution psychiatrique. Aucune donnée n'est disponible sur le nombre de fois où ces suicides ont été médicalement assistés.

Dressant ensuite un "état des lieux" éthique, la commission relève que le suicide est "en soi moralement acceptable", même lorsqu'il est envisagé "par quelqu'un souffrant d'une affection psychiatrique" : l'important n'est pas la nature du mal dont la personne en question souffre, mais sa capacité à "souhaiter réellement et lucidement la mort". Les auteurs du rapport considèrent à cet égard qu'un malade psychiatrique, dont ils reconnaissent le "droit à l'autonomie", n'est pas nécessairement incapable d'avoir une volonté, même si celle-ci est diminuée : l'essentiel est qu'il "comprenne sa situation et mesure la portée de ses choix". En deçà de cette frontière intellectuelle, "l'aide au suicide n'est pas acceptable", et c'est pourquoi le rapport, qui parle des psychotiques, des schizophrènes ou des anorexiques, ne vise pas les personnes atteintes de déficience mentale.

Conçu enfin comme un "code de bonne conduite" à l'usage des praticiens, le document de la KNMG affirme que le "premier" devoir d'un médecin confronté à une demande d'aide au suicide est d'"influencer thérapeutiquement" son patient, au besoin en recourant à un "traitement forcé". C'est seulement si cette approche ("aider à vivre") a "échoué et s'il n'y a plus d'alternative" que la demande initiale peut être considérée.

Mais son acceptation est soumise à plusieurs conditions : la demande du patient doit être libre (pas d'influence extérieure), constante (pas d'impulsion) et sa souffrance doit être durable et irrémédiable. Enfin, avant de passer à l'acte, le médecin devra recueillir l'assentiment d'un confrère non impliqué dans le traitement et extérieur à l'institution. Après, il devra déclarer son intervention et être prêt à s'en justifier auprès des autorités sanitaires et, éventuellement, judiciaires.

Christian Chartier

EXTRAITS D'UN ENTRETIEN DE ROGER-POL DROIT AVEC FRANÇOIS DAGOGNET, philosophe et docteur en médecine, professeur de philosophie à la Sorbonne.

Le Monde, 2 novembre 1993

- L'intervention humaine dans les fonctionnements de la nature ne doit-elle pas malgré tout être soumise à des limites ?

Je n'en vois pas d'autre que le fait de laisser à l'individu la liberté finale d'accepter ou de refuser. Si je veux l'euthanasie, va-t-on condamner le médecin qui me donnera la mort ? A mes yeux, cette condamnation est injuste et inacceptable, puisque c'est moi, et moi seul, qui aurai demandé qu'on me donne la mort. Sur cette question de l'euthanasie, comme sur celles qui sont liées à la procréation assistée, je suis en désaccord avec les tendances actuelles de la bioéthique.

Il me semble en effet que les gens les plus dogmatiques et les plus dangereux sont les défenseurs de cette prétendue liberté de l'homme, qui ne font que le plier à un état de fait et lui ôtent toute possibilité de choix. Je crains le fanatisme de ces pseudo-humanistes qui, sous couvert de défense de l'humanité, tentent de priver les citoyens de cette multitude de libertés nouvelles, que les techniques offrent aujourd'hui, de dépasser l'asservissement à la nature.

Le Docteur Distelmans lève le voile
EUTHANASIE : LIBERTE ?

La Wallonie, 31 mai 1993

Dans une interview accordée au journal "De Standaard", le Dr Distelmans, responsable de l'équipe de soins palliatifs au département de cancérologie de l'hôpital universitaire de Jette (VUB), déclare que lorsque le patient le demande, l'euthanasie doit être possible. Il plaide par ailleurs pour une "maîtrise optimale du processus de la douleur" car, selon lui, "lorsque l'équipe de soins palliatifs et l'accompagnement des mourants fonctionnent bien, la demande d'euthanasie diminue".

"Mais lorsque après une discussion entre le patient et moi, nous décidons ensemble de

recourir à l'euthanasie, j'estime qu'il est logique que je prenne mes responsabilités et ne fasse pas appel à un tiers" déclare le Dr Distelmans dans une interview parue dans le supplément "magazine" du quotidien flamand.

Le Dr Distelmans estime en effet qu'il est contraire à l'éthique d'abandonner un patient à des souffrances insupportables. Il estime en outre que le patient a le droit de disposer de sa vie. "Je suis libre penseur et ceci est un milieu libre penseur. On ne laisse pas crever un être humain comme un chien, ajoute le Dr Distelmans.

Il constate que la demande d'euthanasie est faite le plus souvent par la famille du patient. "Mais dans ce cas, observe-t-il, je ne la satisfais jamais et réponds à la famille que c'est au patient et à lui seul de décider. Mais lorsque le patient persiste dans cette demande, je trouve qu'il faut pouvoir y répondre".

Se basant sur son expérience, le Dr Distelmans estime qu'en pratique, il n'existe aucune différence entre euthanasie active et passive. "En effet, constate-t-il, dans une situation de lutte optimale contre la souffrance, les doses de morphine sont telles que le patient finit par entrer dans le coma et par décéder". Dans le contexte juridique actuel, il s'agit d'une mort naturelle.

Le Dr Distelmans renonce cependant à pratiquer l'euthanasie s'il subsiste un doute quant à l'approbation de la famille.

Selon lui, la responsabilité morale du médecin doit se situer au-dessus des règlements. "Imaginons, dit-il, qu'une loi autoriserait le médecin à pratiquer l'euthanasie après que le patient l'ait demandée à cinq reprises. Mais si le médecin sait que le patient traverse une phase dépressive, il ne serait pas responsable d'y recourir".

En conclusion, le Dr Distelmans estime que l'euthanasie devrait être dépénalisée mais il admet qu'il ignore comment et qu'il sera très difficile d'élaborer une loi qui prenne en compte tous les cas auxquels un médecin peut être confronté.

LA KUL EN FAVEUR D'UNE "EUTHANASIE INDIRECTE"

Vers l'Avenir, La Lanterne, 14 juillet 1993

La commission d'éthique médicale de la Faculté de médecine de la KUL vient d'émettre un avis dans lequel la commission estime qu'il peut être mis fin à toute forme de thérapie dans le cas de patients, maintenus en état de vie végétative et dont la situation médicale s'avère irréversible.

Pour la commission d'éthique, l'alimentation par voie intraveineuse ou par sonde est un acte médical. "Cette forme de thérapie, lorsque tout espoir d'amélioration s'est évanoui, ne fait que prolonger inutilement les souffrances du patient et de sa famille et rend une fin digne et humaine impossible", estime la commission.

Consciente que chaque décision doit être individualisée et compte tenu que "la vie humaine est une valeur fondamentale", la commission estime que le maintien de cette vie dans un état purement végétatif ne répond plus à cette exigence. "Lorsque le maintien en vie d'un patient ne comporte plus aucun espoir de réalisation des valeurs humaines, telles que l'amour du prochain et l'amour de Dieu, les raisons de prolonger la vie par des moyens artificiels diminuent", déclare la commission.

Elle estime que l'état du patient et la souffrance de sa famille doivent être correctement évalués et doivent peser dans la décision de poursuivre ou non la thérapie. La décision appartient au médecin traitant après concertation avec les membres de l'équipe médicale et l'équipe des infirmières. Un soutien psychologique de la famille est une autre nécessité, estime encore la commission d'éthique.

Mourir dans la dignité, un droit ? L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE AVEC ASSISTANCE MEDICALE

Une étude comparative réalisée par le cancérologue belge Yvon Kenis, président de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, révèle qu'au moins 50 % des médecins

ouest-européens préconisent l'adoption d'une loi réglementant l'euthanasie active.

Le Journal du Médecin, 9 novembre 1993

L'Association nationale pour le droit de mourir dans la dignité (ASBL) milite pour faire reconnaître le droit de chacun de juger de la manière la plus acceptable de mettre un terme à sa propre vie. Le 23 octobre dernier, la branche flamande de cette association organisait une journée d'étude sur l'euthanasie telle qu'elle est conçue en Belgique et en France.

Le théologien Jacques Pohier, également président de l'Association française pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD), y a présenté les résultats d'un sondage d'opinion sur l'euthanasie récemment réalisé en France. Il faut savoir que, comme en Belgique, la législation française assimile l'euthanasie au meurtre et la punit comme tel. En effet, elle ne prévoit aucune diminution de peine pour le "meurtrier" qui agit avec le consentement de la victime. Elle punit également l'aide au suicide, la non-assistance à personne en danger et la provocation au suicide.

Catholiques, mais..

Le sondage d'opinion montre que la plupart des Français estiment que les personnes atteintes d'une maladie grave ont le droit de recourir à l'euthanasie active. C'est l'avis de 87% des femmes et de 64% des hommes. Or, 85% des Français sont catholiques. 67% des pratiquants considèrent que l'euthanasie doit être permise et ce chiffre passe à 88% auprès des fidèles qui se rendent moins régulièrement à l'église. Enfin, 93% des athées et des agnostiques se déclarent en faveur de l'euthanasie.

Ces chiffres reflètent la tendance déjà observée lors des sondages menés au cours de ces six dernières années en France. Le point de vue officiel de l'Eglise se heurte donc de front à l'opinion de la plupart des catholiques. Pour elle, l'euthanasie active est hors de question. Ancien dominicain, le théologien Jacques Pohier considère quant à lui qu'il est honteux que, dans un Etat démocratique comme la France, on ne tienne pas compte de l'avis de la majorité de la population : "Le peuple réclame le droit à l'euthanasie active, mais les soi-disant responsables ne voient pas le paradoxe qui existe entre la loi et la réalité".

Le credo des médecins

Que pensent les médecins de l'euthanasie ? On demande en tout cas leur opinion beaucoup plus souvent qu'au simple citoyen. Chaque fois qu'un médecin est condamné par l'Ordre français pour avoir procédé à une euthanasie, tel ou tel journal médical ne manque jamais de mener sa propre enquête. De quoi se faire une bonne idée de l'opinion que nourrit réellement le corps médical à l'égard de ce thème controversé. Il semble que plus de 50% des médecins français sont partisans de l'euthanasie active et qu'ils réproouvent la condamnation de leurs confrères "pris sur le fait". Les plus jeunes d'entre eux (moins de 45 ans) sont les plus ardents défenseurs du droit de mourir dans la dignité. On constate le même fossé entre l'homme de la rue et les responsables politiques qu'entre les médecins en activité et les médecins "en chambre", qui siègent à l'Ordre national, dans les Académies ou encore au sein des principaux syndicats médicaux. Ces derniers s'opposent d'ailleurs presque tous à l'euthanasie active et ne tiennent aucun compte des idées du médecin moyen.

En Belgique, le professeur Yvon Kenis, cancérologue et président de la branche francophone de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, s'est plongé dans la vingtaine de sondages d'opinion réalisés depuis 1975 auprès des médecins du monde occidental. Il en est arrivé à la conclusion qu'au moins la moitié des médecins souhaitent qu'une loi les autorise à pratiquer l'euthanasie active à la requête de leurs patients.

L'assistance au suicide

Selon Jacques Pohier, le patient français occupe une position peu enviable : *"Par rapport aux patients des autres pays occidentaux, le Français est celui qui a le moins d'autonomie et de responsabilité vis-à-vis de son médecin. Rares sont les praticiens français qui ont pour habitude de se mettre à l'écoute de la volonté de leurs malades"*.

Cependant, dès qu'il s'agit d'euthanasie, la décision incombe aux patients. C'est leur affaire, prétendent les médecins. En outre, bon nombre d'entre eux font la grimace lorsqu'on évoque l'assistance au suicide. Pour eux, il n'entre pas dans leur mission d'aider les malades à se tuer.

L' "American Medical Association" ne semble pas de cet avis. Elle a d'ailleurs mis sur

pied un comité éthique et juridique pour étudier le problème de plus près. Cette association considère que, du point de vue éthique, le suicide avec assistance médicale constitue une meilleure solution que l'euthanasie, où le patient possède une plus grande autonomie de décision. On comprend que les médecins préfèrent opter pour cette dernière solution : c'est le patient qui est responsable. Par contre, du point de vue des malades et de la société dans son ensemble, le suicide avec assistance médicale constitue souvent la solution optimale car elle n'abandonne pas à leur triste sort les malades qui désirent mettre un terme à leur vie. Et puis, elle montre que les hommes et les femmes d'aujourd'hui ont des droits en ce qui concerne la fin de leurs jours, que la société les reconnaît et, enfin, qu'elle met à leur disposition des moyens pour les exercer.

M. Finoulst

DANEMARK. MAJORITE EN FAVEUR DE L'EUTHANASIE

La Libre Belgique, 14 décembre 1993

Selon un sondage de l'institut Observa, effectué auprès de 1109 personnes et publié par un quotidien à grand tirage, 51 pc des Danois sont en faveur de l'euthanasie, 22 pc y sont opposés et 27 pc se montrent indécis. L'euthanasie, selon la majorité des sondés, doit être pratiquée sur une base professionnelle, dans des cliniques créées à cet effet. La catégorie d'âge 25-29 ans est la plus favorable à cette méthode, tandis que les 50-59 ans y sont les plus hostiles. Le président de l'Association nationale des médecins, le Dr Torben Pedersen, s'est déclaré opposé à cette idée. *"Notre rôle consiste à alléger les souffrances, à soigner et à guérir les malades et non de mettre fin à la vie"*.

Les électeurs du Parti chrétien populaire sont les adversaires les plus acharnés de l'euthanasie.

(AFP)

EUTHANASIE ET ASSASSINAT

Le Monde, 19-25 juillet 1993
Supplément TV - Courrier des lecteurs

Une nouvelle fois, dans "La Marche du Siècle" du 30 juin, qui avait pour thème "Le devoir de mémoire", Jean-Marie Cavada s'est révélé comme un zéléateur de l'esprit religieux.

Un reportage nous a montré la photographie d'un groupe de squelettes encore vivants, tels les "Musulmans" de Buchenwald. Il s'agissait de malades mentaux qu'on a laissé mourir de faim, durant la seconde guerre mondiale, dans un hôpital psychiatrique français. Par ce moyen, les malheureux ont été, déclare froidement le commentateur, "euthanasiés".

Pareil emploi du mot "euthanasie" (laquelle correspond, pour les militants du droit à mourir dans la dignité, à une demande consciente, volontaire, répétée) est un défi à l'honnêteté. Qui avait jamais osé parler d'euthanasie à propos de Buchenwald ou d'Auschwitz ? Cet emploi, très particulier, très polémique, tend pourtant à se répandre dans quelques discours inspirés du cléricisme. L'objectif est simple, pour ne pas dire simpliste : il s'agit d'imprimer dans les esprits l'équation "euthanasie égale assassinat". Il s'agissait, mercredi, d'établir un très scandaleux amalgame entre les malheureux de la photographie, dont des salauds ou des irresponsables ont voulu la mort, et des hommes qui revendiquent comme un droit, comme une liberté, que soit mis fin à leur propre existence, au moment ultime où elle ne correspondra plus à ce qu'ils considèrent comme leur dignité. Le mensonge est énorme, capital, c'est un crime contre l'esprit.

En leur besogne confusionniste, les zéléateurs du sacré prétendent préserver les droits de Dieu. Ils ne songent, en vérité, qu'à

leur Eglise, car Dieu nous a donné la liberté avec la vie. Certes, la mauvaise foi de l'évêché est proverbiale. La foi, disait Gide, remplace souvent la bonne. A ce point, tout de même, on ressent le besoin de crier.

Pierre Montagnon

En bref ...

Hillary Clinton a déclaré en public qu'elle-même et le président avaient l'intention de signer un "testament de vie" ou un document similaire. Ils s'y désigneront mutuellement comme responsable de la décision de l'arrêt de traitement médical en cas de maladie ou de lésion mortelles.

L'épouse du président a déclaré espérer que ce geste ouvrirait une discussion aux Etats-Unis sur un tel document, dans le cadre de la réforme des soins de santé. Aux Etats-Unis, il n'existe aucune pratique d'euthanasie et les interdictions légales sont sévères.

L'hebdomadaire "The Bulletin" a publié dans son numéro du 19 octobre, un article très bien documenté sur l'euthanasie. La journaliste avait interviewé le Dr Kenis.

LA REVUE DES LIVRES

SAVOIR MOURIR

Textes réunis et présentés par Christiane Montandon-Binet et Alain Montandon
Paris, L'Hamartan, 1993.

Ce recueil constitue les actes d'un colloque pluridisciplinaire, à la fois anthropologique, historique, social et clinique, organisé à Créteil les 21, 22 et 23 mai 1992 par l'Université Paris-Val-de-Marne et par l'Université Blaise Pascal à Clermont-Ferrand. Neuf textes sont rassemblés dans la rubrique "*Perspectives historiques*". Ils traitent, entre autres, du deuil dans l'Espagne médiévale, des lettres d'adieu des suicidés à Genève au XVIII^e siècle, de l'étiquette du deuil au XIX^e siècle, des faire-part et des lettres de consolation aux XVII^e - XX^e siècles, des rites à propos de la mort de Clément Gottwald, survenue quelques jours après le décès de Staline.

La partie "*Perspectives contemporaines*" s'ouvre par un texte de L.-V. THOMAS, *Grandeur et misère des Unités de Soins Palliatifs*. Il y défend notamment l'idée que "*l'accompagnement des malades en fin de vie... n'est pas une panacée symétrique et inverse de l'euthanasie*". Il examine les pièges à éviter : la sélection des malades à cause de la rareté des unités de soins palliatifs ; la tentation du pouvoir ; le risque de trop centrer l'accompagnement sur la relation accompagnant/accompagné aux détriments de son aspect social et communautaire ; la technicisation ou, au contraire, la valorisation excessive des aspects émotionnels ; la récupération idéologique. L'auteur cite à ce sujet Luce des Aulniers qui parle du "*doux terrorisme des comportements désirables induits par une certaine sollicitude*". Il se demande s'il est "*certain que les soins palliatifs fassent définitivement taire la souffrance et la peur qu'elle engendre*" et décrit l'action de l'ADMD et cite l'intervention du docteur Cohen au Congrès de Maastricht et le livre de Jaccard et Thévoz (*Manifeste pour une mort douce*). En un mot, on peut dire que le premier thanatologue français défend très précisément des idées qui sont les nôtres.

Il est impossible de résumer l'article d'Annick BARRAU "*De la bonne mort à la belle mort : évolution d'un rituel et d'une socialisation*" qui est, pour une part importante, un résumé des travaux plus ou moins récents de sociologues, d'ethnologues et d'historiens sur la mort, en particulier E. Morin, L.-V. Thomas, Ph. Aries, M. Vovelle. La partie originale concerne les "nouvelles" conduites en matière funéraire : la thanatopraxie (présentation du cadavre), le séjour au funérarium (plutôt qu'au domicile du défunt), la crémation. Ces pratiques, qui peuvent paraître un retour à des rites anciens, auraient en réalité pour but de sauvegarder la paix des vivants, plutôt que de faciliter un "passage".

La participation de Patrick BAUDRY, sociologue, s'intitule "*De la mort à la disparition*". Son propos est bien résumé par une phrase de l'introduction : la réflexion sur la mort "*conduit à imaginer un pouvoir sur la mort par une maîtrise de la fin*", qui pourrait être l'objet d'une décision d'échapper à la vieillesse et à la dégradation de la maladie. On imagine ce que l'auteur aurait pu dire sur la mort maîtrisée, revendiquée par les associations sur le droit de mourir dans la dignité, mais il n'aborde pas ce sujet.

Signalons les articles sur l'idée de la mort chez le philosophe Max Scheler (A. HAHN), sur la démence sénile (J. MAISONDIEU), sur l'enfant et la mort (G. RAIMBAULT), sur le vécu de la mort (M. ABIVEN), qui sont, pour la plupart, des résumés d'ouvrages plus étendus de ces auteurs.

Une enquête réalisée à partir du courrier adressé à l'ADMD française est le sujet de l'article de R. COURTAS. L'auteur expose les raisons invoquées pour refuser des traitements qui auraient pour seul but de prolonger la vie et pour demander d'accélérer la mort : la perte de la maîtrise du corps, la transformation de l'image de soi, la perte de la conscience et de la capacité relationnelle, la douleur, la souffrance morale, la volonté d'épargner ses proches, toutes raisons que nos adhérents connaissent bien. Les correspondants revendiquent une mort douce, si possible chez soi, entouré des siens.

L'ouvrage se termine par l'article de C. MONTANDON-BINET. C'est l'analyse de trente-cinq entretiens semi-directifs avec des

adhérents de l'ADMD sur les motivations qui les ont poussés à rédiger un testament de vie. Il s'agit des premiers résultats d'une enquête plus importante. La première remarque est que l'approche est négative ; on essaye d'énumérer les conditions dans lesquelles l'individu ne veut pas mourir. Il n'est pas possible de définir les circonstances du mourir souhaité. Le recours au Testament de Vie, c'est "*dénoncer ce qui est comme devant ne pas être et poser ce qui n'est pas comme devant être*" (cf Sartre). Le Testament de Vie exprime une volonté de se réapproprier un statut social que la manipulation technonologique des corps avait effacé ; c'est la tentative d'attribuer au mourant un rôle social, de lui faire poser un acte public qui a pour but de promouvoir un nouveau savoir-mourir. La quasi-totalité des personnes interrogées défendent le principe d'autonomie, de la liberté de disposer de soi ; elles rejettent l'accusation de morbidité, de repli sur soi, de rejet de la société et ne voient aucune contradiction entre la défense des droits de l'individu et son appartenance à la collectivité. Elles rejettent aussi l'idée judéo-chrétienne de la valeur rédemptrice de la souffrance et le concept que ma vie ne m'appartient pas, qu'elle m'a été donnée par Dieu. L'auteur distingue trois catégories de représentations de la vie et de la mort sous-jacentes aux raisons invoquées par les signataires du Testament de Vie : une conception naturaliste ("*la mort d'abord phénomène inéluctable dans le cycle perpétuel du vivant*") ; une conception épicurienne ("*le suicide comme l'option ultime permettant de sauvegarder une image positive de ce qu'on a*

été") ; une conception phénoménologique (la vie n'a de valeur que si l'individu est capable de projets et de relations avec les autres). Certains considèrent la rédaction du Testament de Vie comme un acte de préparation philosophique à la mort. Parmi les clauses du Testament de Vie, les deux premières, le refus de l'acharnement thérapeutique et la demande de calmants de la douleur même s'ils doivent hâter la mort, sont unanimement acceptés. La troisième (demande d'euthanasie) est interprétée par certains comme auto-délivrance (suicide assisté), par d'autres comme l'euthanasie proprement dite (mort provoquée par autrui). Le sentiment d'apaisement apporté par le Testament de Vie est souvent invoqué, ainsi que la satisfaction d'appartenir à un groupe qui a choisi les mêmes options.

Nous n'avons pu évoquer qu'une partie des idées exprimées dans ce livre, très riche, étant donné la diversité des auteurs, mais par là même un peu décevant, parce qu'on a le sentiment qu'aucun sujet n'est traité à fond (surtout dans la deuxième partie où chaque contribution couvre un domaine assez vaste). Il constitue néanmoins une introduction utile à des ouvrages plus spécialisés et permet, par les références, d'opérer un choix de lectures fondamentales sur les sujets abordés.

Yvon Kenis

CENTRE UNIVERSITAIRE DU FILM SCIENTIFIQUE DE
L'UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES

CINE - DEBAT

MARDI 22 FEVRIER 1994 - 20H

Auditoire P.E. Janson - 48 av. Roosevelt - 1050 Bruxelles

MOURIR DANS LA DIGNITE ?, séance présentée par Jean KLASTERSKY et Claude JAVEAU, Professeurs à l'ULB avec la participation d'Yvon KENIS, Président de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité.

*A l'heure de la "crise de la mort", le développement des techniques médicales et l'occlusion sociale de la mort permettent-elles encore de mourir dans la dignité ?
Et de quelle dignité s'agit-il ?*

Projection d'extraits du film de Frans Buyens "Moins morte que les autres".

Participation aux frais :

Par séance : 150 frs - Etudiants : 100 frs - carte de membre comprise
En vente à l'entrée ou par virement au CCP de l'ULB 000-0104859-02
(compte interne CUFS AZ0339000000).

Le CUFS se réserve le droit de modifier tout ou partie du programme.

Renseignements :

CUFS - ULB
CP165 - 50 av. Roosevelt - 1050 BRUXELLES - Tél. 02/650.31.10

Avec le soutien de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale.

- ◆ Le 10e Congrès de la Fédération Mondiale des Associations pour le Droit de Mourir dans la Dignité se tiendra à l'Université de Bath (Grande Bretagne)
du 7 au 10 septembre 1994.

Bath est située à 150 km à l'ouest de Londres.

Le congrès public, ouvert à tous, se tiendra les jeudi 8 et vendredi 9 septembre 1994. Il aura pour thème "C'est ma mort, après tout ! Décisions médicales en fin de vie".

Pour tous renseignements, il y a lieu d'écrire (de préférence en anglais) à`

Professional Briefings
120 Wilton Road
London SW 1 V 1 JZ
Grande-Bretagne
Tél. 00 44 71 233 83 22
Fax. 00 44 71 233 77 79

N'oubliez pas de préciser le nom du congrès.

- ◆ Le 10e Congrès de Droit Médical (organisé par l'Association Mondiale de Droit Médical) se tiendra à Jérusalem - Israël, du 28 août au 1er septembre 1994 (Ramada Congress Center).

Contacteur :
Prof. Ammon Carmi
c/o Stier Group Ltd
28, Hayetzira St.,
Ramat Gan 52 521 Israël
Tél. 00 972 3 751 6422 /3/5/7
Fax 00 972 3 751 6635 et 6395

LE COURRIER DES LECTEURS

Messieurs,

Je souhaite faire partie de votre association. Je désire mourir dans la dignité. Je redoute l'indignité de la déchéance physique ou intellectuelle plus que la mort.

J'ai vécu l'agonie de ma belle-mère, la déchéance physique de maman et son agonie.

A la mort de maman, j'ai recueilli papa. J'ai vécu sa déchéance physique progressive, j'ai vécu pendant les six derniers mois de sa vie sa démence sénile. Durant l'année qui précéda sa déchéance mentale, papa désirait la mort plus que tout. Il a, à maintes reprises, supplié son médecin traitant et le cardiologue qui le soignait lors de ses hospitalisations, mais en vain. Ne trouvant pas d'écoute auprès des médecins, il m'a demandé de l'aider à mourir. J'ai souffert sa mort lente, ses difficultés respiratoires, ses étouffements (cinq hospitalisations en un an pour décompensation cardiaque). Après qu'il eut basculé dans la démence sénile, j'ai demandé à son médecin de l'aider à mourir. Il m'a répondu "Si vous ne savez plus vous occuper de votre père, je vous propose de le faire hospitaliser au ... qui est un établissement hospitalier pour malades mentaux. Sa mort a été pour lui mais aussi pour moi et mon mari une délivrance. J'étais fille unique, j'adorais mon père, le voir souffrir, l'entendre me réclamer la mort, le voir basculer dans la déchéance sénile furent pour moi un enfer.

Pendant 18 mois, j'ai vécu jour et nuit au chevet de mon père, relayée quelques heures par jour par mon mari, ce qui me permettait de me reposer un peu. Il est certain que si j'avais connu un médicament capable de lui donner une mort douce, j'aurais sans nul doute aidé mon père à mourir. J'avais à ma disposition de la digitaline. Je me confiai à mon amie, elle me dit que la digitaline donnait la mort mais une mort très douloureuse. Je ne voulais pas d'une telle mort pour mon père. Il est mort en 1988, à l'âge de 90 ans. Malheureusement, à cette époque, je ne connaissais pas votre association. Votre adresse m'a été donnée, il y a peu par l'amie à qui je m'étais confiée durant la maladie de papa. Elle avait découpé un article du Journal "Le Soir" Courrier de l'Ombudsman. Elle l'avait découpé, rangé pour me le donner et l'avait perdu de vue ...

Je désire mourir dignement, ne pas vivre ce qu'à vécu mon père. Je veux laisser à mon fils et à mon mari (si je meurs avant lui) une autre image que celle que m'a laissée papa. Je ne veux pas vivre sous la dépendance totale, je ne veux pas souffrir en attendant la mort inéluctable. Je souhaite une mort douce.

M.L.V.M.

On lit notre bulletin !

Un membre, dont nous avons malheureusement négligé de noter le nom, nous a demandé la référence de la citation de Malraux parue dans notre numéro de juin-septembre. Peut-être lira-t-il ce numéro-ci : la phrase d'André Malraux est tirée de *Lazare*, Paris, Gallimard, 1974, p. 119

Le coin du poète

Je voudrais retrouver
Les morceaux de soleil
Dans les chemins de terre

L'ivresse des passions
Le plaisir des amours
Et la peur de la guerre

Les nuits lourdes et tristes
Je rêve d'écouter
Le langage des morts

Quand ils parlent entre eux
De racines en pierres
De pierres en racines

Un coin d'éternité

Je voudrais supprimer
Des moments à venir
L'inutile vieillesse

Le temps des fronts séniles
Et les grands maux de Dieu
Au visage des vieux.

Lorsque j'ai pu surprendre
Sous la vague d'argile
Des récits fabuleux
Et des rires heureux

Alors j'ai réservé
Au pays de la cendre
Un coin d'éternité

Marcel Gionon

RENOUVELLEMENT DES COTISATIONS

Si vous n'avez pas encore reçu votre timbre 1994, nous vous invitons à effectuer le versement de votre cotisation et vous suggérons d'utiliser le bulletin de versement ci-dessous.

Pour rappel : cotisation individuelle : 500 frs (étudiants : 200 frs)
 cotisation familiale : 700 frs
 (pour les membres résidant à l'étranger, respectivement 700 et 1000 frs).

Tous les dons, si modiques soient-ils, sont les bienvenus.

*Nous vous rappelons que pour tout versement
 supérieur d'au moins 1000 francs au montant de la cotisation
 il vous sera adressé une quittance pour exonération fiscale
 (début 1995 pour les versements qui nous seront parvenus en 1994)*

Merci de nous apporter votre soutien.

N.B. En cas de don donnant droit à quittance, vous nous obligeriez en nous communiquant votre numéro national ou votre date de naissance. Le ministère des Finances impose désormais, la communication de ces renseignements.,

<p>RECEPISSE/COPIE CLIENT</p> <p style="text-align: right;">B</p> <p>MONTANT EN LETTRES</p> <p>DATE</p> <p>MONTANT</p> <p>COMpte DEBITEUR D'ORDRE</p> <p>COMpte BENEFICIAIRE</p> <p>POUR</p> <p>COMMUNICATION</p> <p>NUM ET ADRESSE COMPLETE DU DEPOSANT</p>	<p>SIGNATURE(S)</p> <p>NE PAS ACCEPTER EN PAIEMENT</p> <p>DATE</p> <p>COMpte DEBITEUR D'ORDRE</p> <p>COMpte BENEFICIAIRE</p> <p>POUR</p> <p>COMMUNICATION</p> <p>PRESENCE DE VOTRE SIGNATURE CI-DESSOUS</p>	<p>VIREMENT OU VERSEMENT</p> <p>210-0391178-29</p> <p>ADMD BELGIQUE ASBL/BXL</p> <p>RUE DU PRESIDENT 55</p> <p>1050 BRUXELLES</p>
---	---	---

QUELQUES ADRESSES UTILES

<u>S.O.S. Solitude</u> , 1000 Bruxelles, 24, rue du Boulet	02/513.45.44
<u>Association contre le Cancer</u> , 1000 Bruxelles, pl. du Samedi, 13	02/219.19.20
permanence téléphonique : lu. de 9 à 19 ve. de 9 à 13 h. ligne verte	078.11.78.11
<u>Ecoute-Cancer</u> Accueil téléphonique, lu. de 10 à 15 h, . je. 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, lu. au ve. de 10 à 12 h.	02/735.16.97
<u>Télé-Secours</u> (24 h/24 - commande d'appel portative), 1020 Bruxelles 99, av. Houba de Strooper	02/478.28.47
<u>Télé-Accueil</u> "Jour et nuit un ami vous écoute" tout le pays	107 ou 1991
<u>Centre de prévention du suicide</u> , 1050 Bruxelles, 46, Pl. du Châtelain Rendez-vous	02/640.65.65 02/640.51.56
<u>Télélaïque - Action et solidarité</u> (de 10 à 20 h) ligne verte	078/11.23.17 02/223.17.17
<u>Bien Vivre-Bien Mourir</u> , Service d'aide aux grands malade 4310 Saint-Nicolas, 58, rue Likenne. (siège social)	041/52.62.46
bureaux : r. Georges Antoine, 13 - 4000 Liège	
<u>Centrale de services à domicile</u>	
1060 Bruxelles, 43, rue Saint-Bernard	02/537.98.66
4020 Liège, 19, avenue de Jupille	041/31.41.47 041/62.46.46
<u>Soins à domicile</u>	
1000 Bruxelles, rue des Moineaux, 17-19	078/15.60.20
<u>Centre d'Aide aux mourants</u> (C.A.M.) Aide psychologique aux proches et familles de mourants - 1000 Bruxelles, 106, Boulevard de Waterloo	02/538.03.27
<u>Infor-Homes</u> , 1000 Bruxelles, Bd Anspach, 59 (de 9 à 16 h.)	02/219.56.88
<u>Soins Palliatifs et adresses :</u> pour tous renseignements : Fédération belge de Soins palliatifs 1210 Bruxelles, rue Royale, 217	02/225.82.20
<u>C.F.F.E.M.</u> (Centre de formation à l'écoute du malade) 1190 Bruxelles, 52, avenue Pénélope.	02/345.69.02

OU VERSEMENT

L/BXL

55

ES