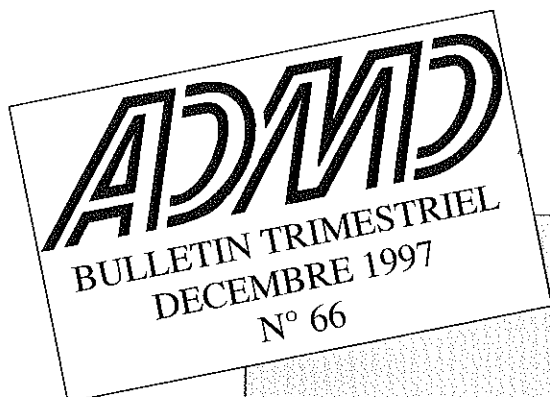


Belgique - België
P.P.
1050 Bruxelles 5
1/7203

Bureau de dépôt - Bruxelles 5



SOMMAIRE :

◆ Le billet du Président	1
◆ Cette pente glissante	3
◆ Nouvelles de l'ADMD	4
◆ La vie finissante	6
◆ Belgique	7
◆ Témoignages	13
◆ Etranger (Etats-Unis, Suisse, Italie)	17
◆ Cotisations	20



n° dépôt légal IISN 0770 3627

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

Secrétariat : rue du Président, 55 - 1050 Bruxelles - Belgique - Tél. et Fax : 02/502.04.85
Entretiens sur rendez-vous. Compte bancaire : n° 210-0391178-29
Cotisation annuelle : isolé(e) : 500 frs - couple : 700 frs
(respectivement 700 et 1000 frs pour les membres résidant à l'étranger)

Association sœur d'expression néerlandaise : Recht op Waardig Sterven (R.W.S.)
Constitutiestraat, 33 - 2060 Antwerpen - Tél. et Fax : 03/272.51.63

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

COMITE D'HONNEUR

Ilya Prigogine, Prix Nobel

Jacques Bredael
Serge Creuz (†)
Paul Danblon
Édouard Delruelle
Pierre de Loch
Roland Gillet
Philippe Grollet
Hervé Hasquin
Arthur Haulot
Robert Henrion (†)
Claude Javeau
Roger Lallemand
Pierre Mertens
Philippe Monfils
Anne Morelli
François Perin
Georges Primo
François Rigaux
Roger Somville
Lise Thiry
Georges Van Hout
Jean Van Ryn

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Yvon Kenis, Président
Jacqueline Herremans, Vice-Présidente
Darius Razavi, Vice-Président
Janine Wytsman, Secrétaire générale

Membres

Anne-Marie Bardiaux
Alain P. Couturier
Paul Danblon
Michèle del Carril
Marc Englert
Fabienne Gavray
Louis Jeanmart
Edouard Klein
Philippe Maassen
Wolrad Mattheiem
Monique Moreau
Maurice Opal
A.M. Staelens
Philippe Toussaint
Claudine Urbain
Georgette Werbrouck

La réalisation de ce bulletin a été rendue possible grâce à la collaboration de

Gilberte François
Anne-Marie Fenez-Goossens
Jean-Paul Goyens
Nane Pauli
Geo Werbrouck

pour les traductions.

Nous les en remercions très vivement

Contacts pour la province :

- région de Liège : Mme Fabienne Gavray-Montenair, rue de Fraipont, 10
4141 Banneux - tél. 04/360 90 08 (entre 20h30 et 21h30 exclusivement)
- région de Charleroi : Mme Berthe Génard-Debroux, Sixième avenue, 64
6001 Marcinelle - tél. 071/47 17 83
- province de Luxembourg : Mme Viviane Godfroid, Fond des Naux, 6
6821 Lacuisine-Florenville - tél. 061/31 53 80 - fax. 061/32 04 51

LE BILLET DU PRÉSIDENT

Depuis la création de l'ADMD en 1982, plusieurs propositions de loi sur la dépénalisation de l'euthanasie volontaire ont été déposées à la Chambre et au Sénat, mais aucune n'avait été prise en considération, ni discutée en séance plénière ou en Commission, en raison sans doute d'un vote du CVP et du PSC. Sous la pression de l'opinion publique et peut-être aussi, pensons-nous, grâce à l'action de notre association, les partis politiques, tant ceux qui soutiennent le gouvernement que ceux de l'opposition, semblent enfin décidés à ouvrir le débat. Le Comité consultatif de bioéthique, créé en 1993, a reçu, au moment où il a commencé ses travaux, en 1996, une demande d'avis introduite par les présidents de la Chambre et du Sénat "concernant la question de l'opportunité d'un règlement légal de l'interruption de la vie à la demande du malade incurable (euthanasie)". La réponse, publiée le 12 mai 1997, est l'**Avis n°1 du Comité consultatif de bioéthique** (voir notre Bulletin n° 64, juin 1997). Nous apprenons que le Parlement va incessamment commencer la discussion de ce document. Nous pensons donc qu'il est opportun de revenir sur ce sujet. Rappelons que l'avis du Comité ne donne pas *une* réponse positive ou négative à la question posée ; il expose quatre propositions distinctes ressortant de la discussion, sans indiquer de préférence pour l'une ou l'autre de ces options.

Dans la première proposition, l'euthanasie serait légalement autorisée par l'insertion d'un article dans le code pénal précisant qu'elle n'est pas un homicide si elle est pratiquée par un médecin pour un malade conscient se trouvant dans une situation médicalement sans issue, dont les souffrances sont intolérables et à sa demande instante et répétée. Un contrôle judiciaire est effectué après la déclaration de décès sur la base de documents médicaux obligatoirement fournis à la justice.

Dans la deuxième proposition, sans que l'euthanasie soit légale (le code pénal ne serait pas modifié), le médecin qui la pratiquerait dans les conditions décrites ci-dessus, considérées comme un état de nécessité médicale, ne serait pas poursuivi, sous réserve d'un contrôle judiciaire pratiqué après la déclaration de décès, selon les mêmes modalités que dans la proposition précédente.

Dans la troisième proposition, ici aussi sans modification du code pénal, le médecin pourrait être autorisé à pratiquer l'euthanasie, toujours dans les mêmes conditions, si un collège comportant le ou les médecins traitants, l'équipe soignante, la famille du malade et un représentant du comité d'éthique local, reconnaît préalablement l'existence d'un état de nécessité.

La quatrième proposition est le maintien pur et simple de l'interdit légal de l'euthanasie.

Nous ne reviendrons pas sur la dernière proposition qui est le statu quo. La première proposition correspond exactement à la position défendue par l'ADMD. Elle est la dépénalisation de l'euthanasie pratiquée en respectant des conditions strictes, définies de façon précise par la loi. La décision est prise par le malade et le médecin sans intervention extérieure. La proposition 2 correspond à la situation

actuelle aux Pays-Bas. La décision est prise, comme dans la proposition précédente, sans intervention extérieure. A nos yeux, le défaut de cette proposition est le maintien du lien entre euthanasie et culpabilité. De plus, elle met le médecin dans une situation ambiguë puisque celui-ci reste potentiellement coupable, même s'il a respecté les conditions prévues.

Les différences entre les propositions 2 et 3 sont plus importantes qu'il n'y paraît à première vue. Il ne s'agit pas seulement d'une différence dans le *moment* de la "régulation procédurale", a posteriori dans un cas, a priori dans l'autre. La proposition 2 privilégie la relation entre le malade et son médecin, et celui-ci, en posant l'acte, en prend la pleine responsabilité, sans intervention extérieure. Dans la proposition 3, l'intervention d'une sorte d'aréopage qui *décidera* si l'euthanasie est permise ou interdite nous paraît très dangereuse : pour nous, la décision appartient au malade et à lui seul. Non seulement, cette intervention dilue la responsabilité du médecin (qui devient en quelque sorte un simple exécutant), mais elle revient presque à exclure le malade de la décision. Elle introduit des personnes extérieures dans la relation médecin-malade à un moment où celle-ci – le "colloque singulier" – devrait, plus qu'en tout autre circonstance, être préservée. Elle risque aussi d'aboutir à accorder à certains un droit de veto. La proposition ne dit pas si le malade ou le médecin peuvent récuser l'ensemble ou certains membres de ce collège qui devrait, selon le texte de l'avis, "attester que le médecin, au moment de l'acte euthanasique, se trouvait juridiquement en état de nécessité". Serait-il raisonnable d'accorder un droit de veto à la famille (définie comment ?), à l'équipe soignante (étendue jusqu'où ?), au représentant du comité d'éthique local (choisi par qui ?) ? L'avis du collège doit-il être unanime ? Ce collège doit-il seulement avoir été consulté ou doit-on obligatoirement suivre son avis ? Comment sera-t-il constitué dans le cas des personnes qui veulent mourir chez elles, en dehors de l'hôpital ? Toutes ces questions restent sans réponse dans l'avis du Comité consultatif de bioéthique et on peut craindre, si cette proposition était entérinée par le Parlement, qu'on en arrive, dans la pratique, à interdire l'euthanasie dans quasi tous les cas. C'est pourquoi nous pensons que les personnes qui défendent l'autonomie du patient et le droit de choisir sa mort doivent éviter le piège qui consisterait à présenter la dépénalisation, d'une part, et le maintien du statu quo, d'autre part, comme deux solutions extrémistes à éliminer d'emblée, et donc à limiter le débat à l'examen des propositions 2 et 3. Elles devraient au contraire orienter prioritairement la discussion sur les propositions 1 et 2, c'est-à-dire soit une véritable dépénalisation de l'euthanasie, sans doute encore incapable de rallier aujourd'hui une majorité parlementaire, soit une solution de compromis, acceptable pour la très grande majorité de la population.

CETTE PENTE GLISSANTE ...

L'argument rebattu de la "pente glissante" (menant à l'élimination des inutiles, comme les vieux, les faibles, les handicapés... etc.) qu'engendrerait la légalisation de l'euthanasie volontaire, nous a semblé intelligemment contré dans l'article qui suit.

The V.E. Bulletin (South Australia), Novembre 1997, p. 9

La pente glissante (slippery slope) constitue l'objection la plus importante faite à l'euthanasie volontaire.

Quelles que soient les structures soigneusement élaborées pour réformer la loi, il y aura toujours des gens pour trouver les moyens ingénieux et sournois de les contrecarrer. Néanmoins, je suis convaincue que la légalisation de l'euthanasie volontaire servira de protection vis-à-vis des comportements arbitraires, plutôt qu'elle n'entraînera sur une pente glissante.

À ma connaissance, il n'y eut pas de loi quand Staline liquida les Koulaks. Aucune loi ne fut votée autorisant Hitler à liquider les Juifs, les malades mentaux et les arriérés. Aucune loi n'a autorisé les Khmers rouges à assassiner tant de leurs compatriotes. Je n'ai pas entendu parler de loi permettant à la police de tuer les enfants des rues dans un pays d'Amérique du Sud. Je prétends que ces crimes ont lieu dans un climat économique, social et psychologique particulier. C'est cela la vraie pente glissante, celle dont nous devrions nous inquiéter.

Je voudrais que tous ceux qui parlent de pente glissante prennent très sérieusement en considération ce qui se passe *maintenant* dans notre société. Il n'est pas juste que nous ayons tant de chômeurs ; ce qui m'inquiète, c'est l'attitude de

certains politiciens, porte-parole du monde des affaires et économistes. Ils considèrent le chômage comme inévitable et les bas salaires comme essentiels pour être compétitifs dans le monde. Que des groupes de pauvres et de personnes à bas salaires soient privés de services sociaux tant que le trou noir de la dette n'est pas comblé, leur est indifférent. Les créanciers ne sont jamais cités mais je suspecte les banques et les investisseurs qui sont loin d'être sans le sou. On fait constamment référence aux forces du marché, à la liberté des échanges et à l'indispensable compétition – que cachent ces mots ? Agression, confrontation, absence totale de pitié.

L'argument de la pente glissante peut naître d'une prise de conscience des faiblesses humaines mais il devrait être appliqué au climat social et économique de notre société plutôt qu'à des réformes nécessaires dans notre civilisation aux changements rapides. Je maintiens qu'une loi permettant l'euthanasie volontaire sous de strictes conditions, établira une limite morale plus réaliste. Cela fixera les marges – jusqu'ici, pas au-delà – beaucoup plus nettement que l'interdiction absolue et largement non respectée que nous avons maintenant.

Eileen Kelly

NOUVELLES DE L'ADMD

COMITÉ D'HONNEUR

Le comité d'honneur, dont la composition vous est connue depuis plusieurs années, s'est élargi à d'autres personnalités. Nous vous les présentons ... au travers de leurs réponses.

Arthur Haulot, poète, écrivain, grand résistant, homme d'action :

"Cher Docteur,

"Chacun suit sa voie. La chanson est connue. Pour ma part, je n'ai nulle difficulté à remonter aux sources d'une réaction qui m'a tout naturellement porté vers l'ADMD.

Je fus "infirmier" au camp de Dachau et notamment pendant l'épidémie de typhus qui ravagea nos rangs dès fin 1944. J'ai connu l'une des faces les plus ignobles de la mort, la destruction de l'être le plus noble au milieu des souffrances les plus épouvantables.

J'ai décidé de n'accepter jamais un tel avilissement.

Mourir, oui. Mais dans la dignité.

C'est mon avis et c'est le vôtre. Agissez donc pour en garantir le droit à tout qui l'exige."

Philippe Grollet, président du Centre d'Action Laïque :

"Cher Président,

"Cher Ami,

"C'est très volontiers que je confirme mon acceptation de rejoindre votre Comité d'Honneur. Il me semble en effet que le combat que vous menez pour le droit de mourir dans la dignité est essentiel.

Si la laïcité implique avant toutes autres considérations le respect de la dignité de l'homme, et privilégie les valeurs de liberté et de responsabilité, ces notions ne peuvent s'effacer au moment où la vie arrive à terme.

C'est précisément parce que dans de telles circonstances l'individu isolé, affaibli et souffrant peut se trouver dans l'impossibilité de faire respecter seul ses convictions que la solidarité doit jouer pour que dans les ultimes moments de son existence nul n'ait à redouter d'être traité en dépit de ses convictions, au nom de principes qui ne sont pas les siens.

Il en va de votre liberté, de la mienne et de celle de chacun, quelles que soient d'ailleurs nos convictions personnelles et notre volonté de vivre intensément tous les moments d'une vie jusqu'où nous pourrions l'assumer.

Je vous prie de croire, cher Président, cher Ami, à mes sentiments les meilleurs."

Anne Morelli, docteur en histoire, chargée de cours à l'ULB, nous a transmis quatre témoignages, qu'elle avait également confiés à l'association néerlandophone Recht op Waardig Sterven.

"J'ai eu le bonheur de ne connaître autour de moi que des morts – relativement douces –. (Peut-on dire de morts qu'elles sont "heureuses" ou "élégantes" ?).

Ma mère est morte jeune, d'une rupture d'anévrisme. Elle courait derrière l'autobus, elle était belle, dynamique, pleine de projets. C'était son dernier jour de travail avant notre départ en vacances. Elle est tombée immédiatement dans le coma et est morte quelques heures plus tard. Si le choc fut pour nous, enfants, terrible, pour elle il faut bien dire que cette fin brutale lui a évité toute déchéance. Je suis aujourd'hui plus vieille qu'elle ne l'a jamais été et ai bien du mal à l'imaginer "fanée sous les dentelles".

Ma grand-mère, par contre, vécut jusque 103 ans. A 99 ans elle avait encore fait "mouche" au tir à la carabine à la foire et nous accompagnait à la plage. Pour son centenaire, elle avait bu et chanté avec entrain. Elle fut autonome jusqu'à son dernier jour, vivant chez moi, s'inquiétant de mes enfants, poursuivant leur désordre. La veille de sa mort elle avait quitté la maison en marchant appuyée sur la canne, pour aller à Bruxelles chez un autre de ses fils. Il faisait très chaud, elle a eu un malaise, ce fut très bref.

La mort de mon grand-père est celle dont j'ai gardé le plus doux souvenir. Il avait quatre-vingts ans et avait cessé de conduire huit jours avant sa mort. Il a passé cette semaine-là chez lui, alité. Il était parfaitement conscient. Ses quatre fils, ses petits-enfants et arrière petits-enfants l'entouraient. Il savait qu'il allait mourir, nous donnait ses dernières consignes ("N'oublie pas d'emmener grand-mère chez toi dès que je serai mort. Ne la laisse pas même une nuit dans cet

appartement. Tu devras acheter quelque chose pour l'anniversaire du petit. Ce sera dimanche."»). Il a esquissé un sourire devant le "beau dessin" qu'une de mes filles avait fait pour lui sur la boîte de Kleenex. Tout autour de lui, jusqu'au dernier moment – avec son médecin traitant africain – qui attendait en silence parmi nous le dénouement attendu, l'affection et la vie ont triomphé.

Mon deuil le plus récent est celui de mon père. A septante-cinq ans il était très usé et pulmonaire. Il a voulu être hospitalisé car ce milieu le rassurait par rapport à ses insuffisances respiratoires. Après six semaines d'hospitalisation classique, il a demandé à être transporté dans un home pour anciens prisonniers politiques en Ardenne où il espérait mener sa convalescence.

C'est peu dire qu'il y était bien soigné. Très affaibli, il avait gardé le don de faire rire toutes les infirmières qui le lui rendaient bien en petites attentions. Il était loin de nous et en souffrait sans doute mais le personnel soignant s'est dévoué sans relâche pour adoucir ses derniers jours.

Pendant sa dernière semaine où aucun traitement ne lui était plus administré, nous avons "campé" – parfois nombreux – autour de lui dans une vaste chambre avec plusieurs lits et relax, mis à notre disposition.

La garde de nuit venait nous proposer du café, nous soutenait moralement, lui disait des mots justes et gentils (je n'oublierai jamais son "Vous pouvez être fier, Monsieur Morelli, quelle belle famille vous avez fondée...").

Il était conscient de notre présence à tous, nous voyait vivre (et quant à moi corriger des copies d'étudiants !) autour de lui, nous parlait par courtes phrases. Nous n'avons cessé jusqu'à son dernier soupir de lui parler, de lui tenir la main, de lui caresser le front et le visage.

Il a rejoint calmement le monde de la matière inerte, en se réchauffant une dernière fois à nos sourires, en entendant nos ultimes mots d'amour filial.

Que puis-je ajouter à ces quatre récits de morts "honorables", sinon que je souhaite à tous et à chacun, et à moi bien sûr, d'en avoir une aussi douce ?

Qui voudrait pour lui-même être entubé, réopéré, mutilé, prolongé pour un répit qui n'en vaut plus la peine ?

Et si nous refusons pour nous-même, pourquoi l'imposer aux autres, pour quelle vaine espérance ?

La seule certitude de toute vie est qu'elle cesse un jour.

Chacun de nous devrait pouvoir en prendre congé sans humiliations inutiles et, éventuellement,

quand le moment lui semble venu".

Paul Danblon, journaliste : le texte de son message sera publié dans le prochain bulletin.

Philippe Monfils, député au Parlement européen, auteur d'une proposition de loi déposée au Sénat en 1995 "relative à la demande d'interruption de vie" :

"Monsieur le Président,

"Vous m'aviez écrit, il y a quelque temps, pour me proposer de faire partie du Comité d'Honneur de votre association.

Quoique ma ligne de conduite soit en général de ne pas participer à des asbl, l'objectif que vous poursuivez d'une part et le fait que le Comité d'Honneur ne participe pas à la gestion d'autre part m'amènent à répondre positivement à votre proposition.

J'espère ainsi contribuer à la lutte que vous menez pour reconnaître à chaque citoyen le droit de choisir son propre destin.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs."

Édouard Delruelle, philosophe, chargé de cours à l'Université de Liège, membre du Comité consultatif de Bioéthique :

"Cher Monsieur Kenis,

"Je suis très honoré de votre demande de figurer au nombre du Comité d'Honneur de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité. Je l'accepte bien volontiers. J'hésitais depuis longtemps à m'affilier à votre association, sachant que je n'aurais pas le temps de m'associer à vos actions. Le pas est ainsi franchi !

Un débat sur la dépénalisation de l'euthanasie s'engagera en effet, très probablement, en Belgique dans un avenir proche. Mon inquiétude est que certains milieux, même "progressistes", se laissent séduire par l'idée d'une régulation "a priori", par les comités d'éthique locaux, de la pratique euthanasique. Puis-je vous suggérer de travailler dans le sens d'une critique de cette proposition qui, sous une apparence libérale, dépossède finalement et le patient et le médecin du dialogue qui, à cet instant, doit pourtant rester le leur, en toute autonomie.

En vous remerciant encore pour l'honneur que vous me faites, je vous prie de croire, cher Monsieur Kenis, à l'expression de mes sentiments les plus distingués."

Province de Luxembourg

Nous sommes heureux de vous signaler que

Madame Viviane Godfroid

(par ailleurs conseillère laïque et coordinatrice du Service laïque d'aide aux personnes)
s'est proposée pour être notre contact dans la province.

Nous l'en remercions vivement

Ses coordonnées sont les suivantes :

Fond des Naux, 6 - 6821 Lacuisine-Florenville

Tél. 061/31 53 80 - Fax. 061/32 04 51

LA VIE FINISSANTE

Un documentaire d'une réelle qualité et à la réalisation duquel a collaboré l'ADMD, est dès à présent disponible sous forme d'une cassette vidéo d'une durée de 28 minutes (Betacam SP). Le scénario et la réalisation ont été confiés à Quentin Van de Velde qui en a assumé la coproduction pour le CLAV - Centre d'Action laïque (avec le soutien de la Communauté française de Belgique, service de l'Éducation permanente, direction générale de la Culture et de la Communication). Cette cassette a fait l'objet d'une présentation officielle au CAL le 30 septembre. Elle a également été diffusée par la RTBF les 9 et 12 novembre.

Synopsis

Par le biais de témoignages de personnes qui ont été confrontées à la mort d'un proche, ce documentaire aborde la question de la fin de notre vie.

La liberté de choix existe-t-elle encore au terme de notre existence ?

Pourquoi prolonger, contre son gré, la vie d'une personne qui souffre et qui se sait condamnée ?

L'être humain peut-il choisir de quitter ce monde le moins péniblement et le plus dignement possible ?

L'accès à une mort douce est un droit élémentaire que la société ne peut refuser.

La mort fait partie de la vie dont elle est l'ultime étape. Pourquoi ne pas laisser chacun gérer sa vie jusqu'à la fin ?

Prix de vente (frais d'envoi compris) : FB. 1.000.-
Cette cassette peut être obtenue en adressant une commande **par fax** (32(0)2 627 68 41) **ou par courrier** à :

Confédération laïque de l'Audiovisuel - CLAV
Campus de la Plaine ULB CP 237, accès 2
avenue Arnaud Fraiteur, 1050 Bruxelles

(N.B. Une facture accompagnera l'envoi)



BELGIQUE

MOURIR DANS LA DIGNITÉ : POUR UNE APPROCHE HUMANISTE

Le Soir, 31 octobre, 1 et 2 novembre 1997
rubrique "Cartes Blanches"

Peut-on "donner un sens à sa vie" si on ne peut "donner sens à sa mort" ? Cette interrogation est celle de toute personne soucieuse que ses derniers moments se déroulent en accord avec ses convictions philosophiques ou religieuses. La recherche du sens de toute action ne peut se faire dans la contrainte, mais seulement en pleine et entière liberté personnelle.

Respecter un être humain, c'est aussi lui reconnaître la liberté de déterminer les modalités de sa propre fin, c'est lui reconnaître le droit ultime de mourir selon sa propre conception de la dignité. Or, il est paradoxal de constater qu'au moment où la dignité de l'être humain est le principal argument utilisé dans des documents internationaux, au Conseil de l'Europe et à l'Unesco, pour tenter de justifier des interdictions de recherche sur l'embryon et le génome humain, cette dignité est refusée à un être humain, au seuil de sa propre mort.

Le fond du débat se situe dans la reconnaissance des droits du patient. La communauté laïque, fidèle aux valeurs d'humanisme qu'elle défend, entend contribuer activement à ce débat dans un esprit d'ouverture, de dialogue et de libre-examen. Il ne s'agit évidemment pas d'imposer des règles à quiconque, ni de proposer des solutions toutes faites, mais bien d'alimenter et d'enrichir une réflexion indispensable au bon fonctionnement d'une société pluraliste et démocratique.

Le Centre d'action laïque et le Service laïque d'aide aux personnes ont développé cette approche dans une brochure intitulée "Une approche laïque de la vie finissante", qui est complétée par un film vidéo basé sur des témoignages vécus particulièrement poignants*.

* ndlr. Nous en parlons à la page 6 du présent bulletin.

Dire la vérité au patient, mais au rythme de sa demande. Permettre au patient d'exercer son droit de refuser un traitement s'il l'estime trop lourd ou pouvant engendrer des souffrances qu'il ne se sent plus capable de supporter ou qu'il ne veut pas endurer. Mettre tout en oeuvre pour procurer aux patients incurables les meilleurs soins palliatifs de façon à leur donner, à eux et à leurs proches, tout le confort possible, tant physique que moral. Mais aussi ne pas esquiver le débat sur l'éthique de la fin de la vie.

Car il est bien établi que les soins palliatifs connaissent des échecs. Il arrive encore que l'on meure dans des douleurs atroces, que l'on ne supporte plus l'image de son corps décharné ou mutilé, même si celui-ci est traité avec délicatesse et humanité, et que certains, dans de telles circonstances souhaitent que leur vie s'arrête.

Tout le monde s'accorde pour admettre que les soins palliatifs, même correctement conduits, ne suppriment pas totalement les demandes d'euthanasie. Ces réalités interpellent notre réflexion sur les soins palliatifs en l'inscrivant dans un contexte humaniste, respectueux des droits des patients jusqu'au seuil de la mort. Fournir des soins palliatifs, c'est accompagner le malade, accompagner en sachant écouter. Or, cette écoute débouche dans certains cas sur une demande d'euthanasie ou d'aide au suicide. Une mort ainsi demandée nous concerne tous, proches du malade, médecins, personnel soignant et enfin la société au travers de ses lois.

Loin d'être deux principes qui s'opposent, soins palliatifs et euthanasie sont complémentaires et même indissociables. Dans notre pays, l'euthanasie est considérée comme un meurtre par la loi et interdite par le code de déontologie médicale.

Quelle réponse le médecin peut-il alors donner à une demande d'euthanasie formulée par un patient ? Beaucoup de médecins, même parmi ceux qui n'y sont pas hostiles par principe, reculent devant le risque de poursuites. Quand elle se pratique, c'est dans la clandestinité, source de

dérappages et d'utilisation de drogues pas toujours adéquates.

Il ne paraît pas légitime que le respect de la personne humaine s'arrête au seuil de la mort. Actuellement, il n'existe plus un consensus moral suffisant pour considérer l'euthanasie à la demande du malade incurable en souffrance comme un assassinat. Le récent avis du Comité consultatif de bioéthique le démontre.

Dans une perspective laïque, la loi doit tenir compte du pluralisme de la société. Une réforme qui irait dans ce sens permettrait au principe de l'autonomie de la personne de s'exercer pleinement à propos de la fin de la vie et n'obligerait personne à agir en contradiction avec sa conscience.

G.C. Liénard

Vice-président du Centre d'action laïque

DÉBAT AU SÉNAT

Le Soir, 14 octobre 1997

Le sénateur Roger Lallemand, chef du groupe PS du Sénat, répond à Didier Tellier, qui lui demande quels seront les grands chantiers du Sénat au cours de cette législature :

(...)

“Le principal sera, je pense, le débat sur l'euthanasie. C'est une idée que j'ai depuis déjà quelque temps et que j'ai proposée. Il aura lieu les 9 et 10 décembre.

J'accorde beaucoup d'importance aux débats dans une assemblée comme le Sénat. C'est l'occasion d'une mise au clair des valeurs, de structurer un discours, une idéologie politique.

C'est le problème aujourd'hui. Pour diverses raisons, il n'y a plus de discours idéologique. Le débat est toujours spécialisé, technique. Or les grandes réformes ne sont pas possibles sans débat préalable.

On l'a vu avec l'interruption de grossesse. On n'aurait pas pu changer la loi s'il n'y avait eu le débat public.

Cette fois, je pense, ce ne sera pas aussi ardu”.

(...)

LES MÉDECINS BRUXELLOIS

FACE À L'EUTHANASIE

Un groupe de recherche soutenu par la Cocof révèle qu'ils y sont plus favorables

La Libre Belgique, 13 novembre 1997

Il y a des sujets dont les médecins n'aiment pas parler. Le lourd dossier de l'euthanasie en fait partie. Afin d'avoir quelques renseignements sur l'attitude des médecins généralistes face à l'euthanasie, le CAM, Centre d'aide aux mourants, a réalisé une étude, avec le soutien de la Commission communautaire française (Cocof) de la région de Bruxelles-Capitale.

Les révélations de cette analyse des rapports entre les médecins généralistes bruxellois et l'euthanasie sont multiples. Pour cette enquête, seuls les médecins généralistes ont été interrogés. Les médecins hospitaliers n'ont pas été concernés. Tout d'abord, peu de médecins ont accepté de renvoyer le questionnaire qui leur était adressé. Sur l'ensemble des médecins généralistes bruxellois (1996 personnes), seulement 411 ont renvoyé le questionnaire, et 312 y ont répondu. Les résultats de cette enquête sont donc à prendre avec réserve.

Pour Eric Thomas, ministre de la Santé à la Cocof, ce refus de répondre peut s'interpréter de diverses manières. “Certains médecins craignent manifestement de parler d'un sujet “hors-la-loi”, alors que l'anonymat du questionnaire leur était garanti”, explique-t-il. “D'autres estiment que les règles contenues dans le serment d'Hippocrate rendent inutiles toutes enquête, étude ou discussion sur ce point”. “L'euthanasie est un sujet de société important”, déclare pour sa part Nicole Delvaux, responsable de l'étude. “C'est une situation dramatique où le tabou de la mort, le progrès scientifique et la souffrance du patient et des proches sont en jeu”.

Sur les 312 médecins qui ont répondu au questionnaire du CAM, 245 (78 p.c.) n'ont jamais pratiqué l'euthanasie, 27 médecins (8 p.c.) l'ont pratiquée une fois et 36 médecins (11 p.c.) plus d'une fois, au cours des deux années qui ont précédé l'enquête. Sur un plan plus théorique, 172 médecins sont favorables à l'euthanasie et 130 défavorables. Le débat porte alors sur la notion d'euthanasie positive, “qui est le fait

d'utiliser des moyens pour hâter la mort", et euthanasie négative, "qui est l'omission des moyens qui prolongent la vie". Les médecins sont plus favorables à l'euthanasie négative (84 p.c.) que positive (55 p.c.). En comparaison avec une précédente étude, datant de 1985, le taux de médecins défavorables à l'euthanasie positive a toutefois diminué, passant de 54 p.c. à 41 p.c.. L'étude montre que plus les médecins sont jeunes, plus ils sont favorables à l'euthanasie positive.

Dans près de 80 p.c. des cas, l'action entreprise (non-initiation d'un traitement ou arrêt de celui-ci, administration d'une drogue) a réduit la durée de vie du patient de moins de quatre semaines.

C'est généralement le patient qui abordera en premier le sujet de l'euthanasie (65,3 p.c.), tandis que 23,6 p.c. de ces discussions sont initiées par les médecins et 11,2 p.c. par les proches du patient. Le médecin a donc du mal à aborder le sujet avec son patient. A ce propos, l'étude insiste sur une meilleure formation des médecins face à ces situations difficiles. Elle montre aussi la nécessité de mettre à disposition des médecins généralistes des personnes compétentes en matière de soins palliatifs.

En conclusion, ce rapport demande au plus vite l'ouverture du débat sur l'euthanasie, tant pour les malades et leurs proches que pour les médecins, souvent isolés face au problème. Eric Thomas souligne que notre société a le devoir de discuter de ce problème. L'étude va dès lors être diffusée auprès des parlementaires fédéraux et auprès des membres de la Cocof avant le débat sur l'euthanasie, prévu les 9 et 10 décembre au Sénat.

S.D.

L'EUTHANASIE EN DÉBAT

45e Forum des États généraux de l'Écologie politique

Le 29 novembre s'est tenue à Bruxelles une importante réunion d'information et de discussion sur l'euthanasie.

Parmi les orateurs, on notait des membres du Comité consultatif de bioéthique, notre président, des médecins, des philosophes, des sociologues,

des juristes, des paramédicaux et des responsables politiques d'Ecolo.

L'objectif était "de renouer le dialogue entre le politique et la société civile, pour aboutir à des propositions concrètes de réforme".

Outre des exposés généraux, quatre ateliers ont étudié la problématique de la mort sous différents points de vue. Ensuite quatre orateurs ont présenté et défendu chacun une des quatre propositions du Comité consultatif de bioéthique.

Les débats furent animés et ont apporté une nouvelle preuve de ce que l'euthanasie n'est plus un sujet tabou en Belgique.

Il faut savoir gré aux organisateurs d'avoir réussi à mettre sur pied une réunion de cette importance et de cette qualité.

M.E.

UNE ÉCLAIRCIE AU CVP ?

Tous les journaux flamands ont, au cours du mois de septembre, fait écho à la conférence de presse du Président du CVP, Marc Van Peel, concernant la position de son parti quant au problème de l'euthanasie. Traumatisé par son échec lors de la discussion sur la légalisation de l'avortement, le groupe CVP du Sénat a en effet décidé de prendre une part active au débat sur l'euthanasie qui aura lieu à la fin de l'année à la Haute Assemblée.

A cet effet, le chef de groupe Hugo Vandenberghe a précisé que son parti accepte un débat positif. L'euthanasie pourrait s'avérer le dernier recours d'une éthique bien comprise des soins palliatifs. Avec l'accord d'éminentes personnalités catholiques tel le jésuite Fernand Van Neste, le CVP opterait pour la troisième solution proposée par le Comité consultatif de Bioéthique.

Le groupe insiste sur deux principes à ses yeux fondamentaux : le respect de la vie et donc de la mort, et l'indispensable contrôle légal. L'euthanasie serait toujours reprise au Code pénal et seul le médecin traitant pourrait la pratiquer, mais après consultation de ses collègues et des autres parties intéressées, car "le malade ne peut préjuger de la conduite du praticien" selon M. Vandenberghe. L'euthanasie ne serait donc autorisée que dans des conditions et selon des modalités bien définies. Pour les sénateurs, il faut

d'abord que le médecin reconnaisse une situation d'urgence, c'est-à-dire n'avoir plus les moyens d'aider à la guérison du patient ni même de lui éviter de lourdes souffrances. Il faut que ce dernier ait exprimé son désir de mourir en dignité. Il faut enfin définir des règles et des procédures strictes pour l'accomplissement de l'acte dans le respect de la volonté du mourant – ceci afin d'éviter les abus constatés à ce jour et les dérives possibles.

Dans une interview accordée au journal De Standard, Raf Vermeire, président des Jeunes CVP, dit approuver la discussion ouverte du problème à une condition cependant : on ne peut admettre le droit à l'euthanasie active sur demande du patient. De plus, il exige "une réglementation protégeant les malades qui refusent l'euthanasie". (*sic* !)

Quant à Léo Marynissen, éditorialiste au quotidien Het Volk, il estime que, même si pour lui la vie est sacrée, le croyant doit oser regarder la vérité en face et choisir le moindre mal. Toutefois, il ne faudrait pas banaliser le débat mais l'inclure dans une plus vaste problématique de l'accompagnement des mourants.

Synthèse Geo Werbrouck

(ndlr) Ces différentes prises de position semblent indiquer que, contrairement aux apparences, le CVP n'est pas prêt à envisager sérieusement une dépenalisation de l'euthanasie ou, en tout cas, ne l'accepterait que moyennant des conditions tellement restrictives qu'elles risquent de n'être jamais – ou presque jamais – remplies.

D'ailleurs, nous avons déjà, dans notre bulletin n° 64 - juin 1997, reproduit une "Carte blanche" parue dans le journal "Le Soir" critiquant certains aspects de la proposition 3 du Comité consultatif de bioéthique à laquelle le CVP semble se rallier, qui subordonne le droit à l'euthanasie à un accord préalable de la famille, de l'équipe soignante à laquelle serait adjointe une tierce personne (non médecin) désignée par le Comité d'éthique local, ainsi qu'un contrôle social (éventuellement judiciaire).

Mais attendons le débat parlementaire pour être fixé de manière certaine.

À PROPOS DE PROBLÈMES ÉTHIQUES :
le Cardinal Danneels et le Sénateur Lallemand
ont confronté leurs idées.

La Libre Belgique, 27 novembre 1997

(...)

L'euthanasie

S'il était un problème sur lequel les interlocuteurs étaient attendus, c'était sans doute celui de l'euthanasie à laquelle de prochains débats parlementaires vont conférer une actualité supplémentaire. Le cardinal Danneels interroge : entourer l'homme de tous les soins jusqu'à l'ultime minute, n'est-ce pas la meilleure manière d'humaniser l'homme ? L'humanité va-t-elle s'humaniser davantage à travers l'euthanasie qu'à travers l'amour ? Poser ces questions, c'est y répondre pour le prélat qui, s'il estime inacceptable l'euthanasie en tant qu'acte volontaire de donner la mort, n'exclut pas les situations où la frontière avec la cessation des soins est floue et constitue un no man's land dans lequel il revient au médecin de juger.

Roger Lallemand entend être clair au départ : il ne s'agit pas de légaliser l'euthanasie mais d'en dépenaliser certaines formes. Ceci dit, il est des situations dans lesquelles un homme, au terme de sa vie, ne peut plus accepter de se présenter aux yeux des siens et à lui-même dans un état extrême de dégradation. A quoi le Cardinal répond que même lorsqu'il croit ne plus rien signifier pour lui-même et pour les siens, le chrétien représente toujours quelque chose pour Dieu. Mais, ajoute-t-il, c'est une question de foi que je comprends ne pas être partagée par d'autres.

LES DOULEURS CANCÉREUSES NE REÇOIVENT
PAS ENCORE LE TRAITEMENT QU'ELLES
MÉRITENT.

Le Généraliste, 1er octobre 1997

En France, moins d'un médecin sur dix utilise l'échelle d'analgésie à trois degrés d'intensité pour traiter les douleurs cancéreuses. En Belgique aussi, on déplore couramment des lacunes dans ce domaine.

La pratique a enseigné que 70 à 90 p.c. des douleurs liées à la maladie cancéreuse peuvent être combattues efficacement grâce à l'échelle d'analgésie de l'Organisation Mondiale de la Santé. Malheureusement, de nombreux patients continuent à endurer des douleurs. On sait depuis longtemps que la morphine est sous-utilisée dans de nombreux pays occidentaux, dont la Belgique, l'Allemagne, la France et l'Espagne. Dans d'autres pays par contre, on constate un large usage de la morphine. Citons les États-Unis, le Canada, le Danemark, la Suède et la Norvège. L'OMS suit de près l'emploi de la morphine à des fins médicales

UN SONDAGE

Sélection du Reader's Digest, 1er octobre 1997

Ce magazine a fait procéder à un sondage auprès de mille personnes représentatives de la population belge de plus de quinze ans en leur présentant cinquante scénarios pour l'an 2017. Parmi ceux-ci figurait une question relative à la **légalisation de l'euthanasie** au cours des vingt prochaines années.

67 p.c. des personnes interrogées l'ont estimée souhaitable,

71 p.c. des personnes interrogées ont estimé qu'il s'agissait d'une option réaliste.

AREMIS MILITE POUR LE DROIT D'ÊTRE MALADE CHEZ SOI

Le Soir, 19 août 1997

Aremis fêtera ses dix ans dans quelques mois. Cette asbl centrée sur un nouveau type de soins, l'"hospitalisation à domicile", s'est mise dès aujourd'hui à parler de cet anniversaire d'avril 1998... sans doute pour rester longtemps sous le feu de l'actualité. Et se faire connaître.

Elle a organisé une équipe apte à prodiguer à domicile les soins techniques à des patients atteints de maladie grave comme le cancer ou le sida. Et elle attache une grande importance au soutien psychologique de ces personnes.

Aremis a commencé "en petit", mais en 1996, elle a soigné 77 personnes atteintes du cancer et 37

personnes atteintes du sida, plus une dizaine de patients souffrant d'autres maladies graves. Pour ce faire, Fouad Mabrouk, président et fondateur d'Aremis, a réuni une équipe bien diversifiée : il est lui-même psychothérapeute sexologue, il est secondé par le Dr Dominique Bouckenaere, chef de service au centre de soins palliatifs de la clinique Europe-Saint-Michel, et Marion Faignaert, infirmière chef ("femme de l'année" en 1994). En tout, Aremis emploie trois médecins, dont une spécialiste, et six infirmières. Qui tentent de travailler en collaboration avec les spécialistes qui ont soigné les patients lorsqu'ils étaient hospitalisés et avec leurs généralistes.

Cette "nouvelle médecine", qui se veut centrée sur la personne, sur ses souhaits et non pas uniquement sur sa maladie, où le dialogue est primordial, est encore mal prise en charge par la société. Il y a trois mois à peine (depuis juin) que l'Inami rembourse quelques actes techniques prestés à domicile (en plus d'actes infirmiers). Le reste ? Une cotisation de quelques centaines de francs, des subsides de fonctionnement, notamment de la Cocof, et des dons. Dur-dur... Pourtant, comme l'écrivait récemment Fouad Mabrouk ("Le Soir" du 25 juillet), si ces patients lourds étaient soignés en hôpital, la facture serait lourde pour l'Inami et pour la société.

Soigner les gens qui veulent être soignés

La petite équipe d'Aremis se vante d'être la seule, à Bruxelles en tout cas, à pratiquer cette médecine. Il y a aussi Continuing Care, mais cette asbl a choisi une voie différente : elle s'occupe des patients à domicile, mais sans assumer elle-même les soins.

Ne nous y trompons pas : Aremis soigne des gens qui veulent être soignés ! Soit de façon curative, soit de façon palliative.

Trop de personnes se trompent aujourd'hui sur le sens du terme "palliatif", s'exclame M. Mabrouk. Pour nous, il n'existe d'ailleurs pas de coupure entre les soins curatifs et palliatifs, et ce dernier terme ne signifie pas nécessairement "terminaux". Sans doute les patients savent-ils alors qu'ils ne peuvent plus guérir, mais il reste une période de vie à assumer, pendant laquelle il

faut être bien soigné, et vivre le mieux possible. Nous nous battons d'ailleurs contre des notions qui n'existeraient pas si la médecine ne s'était pas déshumanisée ! Remettons le patient au centre de nos préoccupations, comme sujet de soins plutôt que comme objet.

Fouad Mabrouk se bat aussi contre l'idée de "bonne mort", colportée notamment par Marie de Hennezel et son livre "La mort intime". La mort, dit-il, n'est jamais heureuse, il n'existe pas un système D de fin de vie. Mais tous les patients ont droit au respect et au dialogue jusqu'au bout, notamment quant aux soins qu'on leur prodigue. Aremis s'intéresse aussi à la famille et à ses douleurs. D'ailleurs, ce sont souvent les familles qui font appel à Aremis, à moins que ce ne soit l'hôpital, ou le médecin traitant, qui connaît la possibilité de perfusion à domicile, de placement de sondes, d'alimentation entérale...

Pour développer l'hospitalisation à domicile, il faudra encore que la société saute un pas, qui n'est du ressort ni de l'Inami ni des médecins : le sentiment de rejet à l'égard des malades du sida. Dans les films ou les débats TV, ça passe, mais pas dans les écoles, les maisons de repos, le voisinage. Le Symposium d'Aremis qui aura lieu le 4 avril prochain devrait y contribuer.

Janine Claeys

RECTIFICATIF

A la page 7 de notre bulletin 65 de septembre 1997, nous annonçons la création de différentes plates-formes de concertation en soins palliatifs. En ce qui concerne celle de la province de Liège, nous nous sommes basés sur une information

parue dans "Medical News". La Clinique Notre-Dame des Bruyères à Chênée nous signale que son nom n'a pas été cité parmi les institutions hospitalières fondatrices – ce que nous rectifions bien volontiers, d'autant plus que les signataires de la lettre, H. Gaj, Directeur général et le Dr C. Requier, médecin responsable de l'équipe mobile de Soins Palliatifs, attirent notre attention sur le fait que la Clinique Notre-Dame des Bruyères oeuvre dans le domaine des soins palliatifs depuis sept ans par le biais d'une équipe mobile intra-hospitalière et de lits de soins palliatifs intégrés dans une unité de médecine. Dont acte.

COMPLÉMENT À L'INFORMATION PUBLIÉE DANS NOTRE BULLETIN N°65 (septembre 1997)

Soins palliatifs - Plate-forme de concertation en Brabant wallon.

Trois cellules font partie de la plate-forme des soins palliatifs : l'asbl Domus, soins à domicile, Archennes, tél. 010.84.15.55 ; soins coordonnés à domicile, Braine le Château, tél. 02/366.04.48 ; clinique du Champ Sainte Anne, hôpital du CPAS de Wavre, tél. 010/24.16.26.

**NOTRE PROCHAIN BULLETIN SE FERA
LARGEMENT L'ÉCHO DES DISCUSSIONS QUI
AURONT EU LIEU AU PARLEMENT À PROPOS
DE L'EUTHANASIE AINSI QUE DES POSITIONS
QU'AURONT ADOPTÉES LES DIFFÉRENTS
PARTIS POLITIQUES.**

TEMOIGNAGES

LE DROIT À UNE MORT DIGNE

par Michel Thévoz, professeur à l'Université de Lausanne et conservateur au Musée de l'art brut de Lausanne ; co-auteur, avec Roland Jaccard, du "Manifeste pour une mort douce".

Le Monde, 9 mai 1997

Atteint du sida, l'écrivain Hervé Guibert a entrepris, le 13 décembre 1991, de se donner la mort en absorbant une dose massive de digitaline, comme il l'avait d'ailleurs annoncé dans son livre *A l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie*. Mais l'intervention des médecins alertés *in extremis* on ne sait trop comment a eu pour résultat qu'il a agonisé encore pendant quatorze jours à l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart. En dépit de la résolution qu'il avait prise, on l'a donc contraint à mourir effectivement du sida. Doit-on comprendre que, pour avoir tenté de se soustraire à une fin atroce, Hervé Guibert a été puni, à l'instar de ces condamnés à mort qui font une tentative de suicide et qu'on réanime tant bien que mal pour qu'ils n'échappent pas au supplice ?

Qui n'a pas vécu, de près ou de loin, dans sa famille ou dans le cercle de ses amis, le cas d'une défenestration, d'un suicide raté ou contrarié, d'une agonie douloureuse, humiliante et dégradante ? Quelle est la valeur d'une morale sociale qui met tout un chacun en demeure de prendre toute sa vie ses responsabilités, mais qui le traite comme un lâche, un enfant, un dépressif ou un malade mental quand il réclame son droit à une mort douce ?

Alors même que notre société admet l'interruption de grossesse, qui, après tout, concerne non seulement la femme enceinte mais la vie d'un autre être humain, elle pénalise le suicidaire qui, lui, n'engage que sa propre vie. Idéologiquement, la mort volontaire continue à être présentée comme un geste désespéré, pathétique ou infamant. Légalement, l'État et les professionnels

de la santé persistent à retirer du marché et à proscrire les drogues qui permettraient de mourir sereinement.

Les guides d'autodélivrance publiés depuis quelques années en Europe et aux États-Unis n'ont sûrement pas entraîné d'holocaustes. En revanche, ils ont été très utiles à l'État et à ses services médicaux pour identifier les médicaments qu'il convenait d'interdire, et cela avec une efficacité remarquable – alors même qu'on peut se procurer facilement, à toute heure du jour ou de la nuit, un sachet d'héroïne. Pourquoi l'État se montre-t-il aussi bizarrement sélectif dans l'application de ses lois ? Serait-ce qu'il appréhende la mort volontaire comme une sorte de désertion sociale ou comme une manière de se soustraire à son emprise, tandis qu'il tolère, qu'il encourage peut-être même hypocritement, une toxicomanie généralisée qui renforce effectivement son pouvoir ?

Certes, les pratiques médicales à l'égard des agonisants ont évolué sous la pression de ceux qui ont entrepris de dénoncer l'acharnement thérapeutique. L'euthanasie, qui est le corollaire médical de la gestion autonome de la mort, est octroyée plus souvent qu'autrefois – sans toutefois qu'on ose prononcer son nom. Mais, justement, c'est l'incertitude quant aux principes déontologiques du médecin et quant à sa décision, c'est le sentiment d'être livré sans recours à l'arbitraire d'une sorte de prêtre sans soutane dont on ignore les convictions, qui est source d'angoisse et de souffrance. La perspective de cette dépossession finale contribue certainement à empoisonner la vieillesse.

Le droit à l'euthanasie, ou au suicide (puisque cela revient au même et qu'il faut bien appeler les choses par leur nom), c'est-à-dire la garantie d'une aide médicale administrée au moment décidé par le patient, ou tout au moins la mise à sa disposition des médicaments *ad hoc*, contribuerait à calmer son angoisse et le dissuaderait peut-être d'anticiper sa décision. On aurait donc tort de

considérer la revendication de ce droit comme un encouragement au suicide : il aurait au contraire pour effet de le diminuer statistiquement en en faisant un acte non plus pulsionnel, mais rationnel.

On est encore loin d'une telle ouverture. Il semble qu'il suffise d'évoquer la mort volontaire pour réveiller, même chez les agnostiques, une culpabilité archaïque d'essence judéo-chrétienne. Tu naîtras, tu vivras, tu vieilliras et surtout tu mourras dans la douleur, nous dit notre surmoi. Si le suicide est permis, tout devient permis : telle est la perspective angoissante que nous ouvre la reconquête de notre propre existence. Au-delà du cadre juridique, la question de la mort volontaire et de l'euthanasie ressuscite des valeurs, des mythes ou des superstitions enracinés dans l'inconscient collectif.

On ne métamorphose pas l'esprit humain par un article de loi ; mais on peut agir ainsi à plus ou moins longue échéance. Le for intérieur, si archaïque soit-il, et la loi écrite sont en relation d'interdépendance. L'évolution du droit et la dépenalisation de certains actes médicaux devraient avoir un effet en profondeur et contribuer à exorciser la culpabilité irrationnelle dont il est question.

Les initiatives parlementaires dans différents pays d'Europe s'inspirent de la législation des Pays-Bas, la plus libérale à l'heure actuelle en la matière. Elles tendent à faire admettre l'interruption non punissable de la vie, c'est-à-dire l'euthanasie active ; cela, bien sûr, dans certaines conditions bien précises – et même bien trop restrictives à notre sens : demande réitérée d'une personne atteinte d'une maladie en phase terminale, qui lui occasionne des souffrances prolongées et intolérables, mais qui le laisse en état de se déterminer pondérément au cours d'entretiens authentifiés par un groupe de médecins indépendants les uns des autres, etc. Autrement dit, le moribond doit être lucide, mais dans le coma ; il doit être dispos, mais à la torture ; il doit pouvoir délibérer, mais être déjà mort...

Le moins qu'on puisse dire, c'est que les auteurs de telles initiatives prennent toutes leurs précautions ; à telle enseigne que les articles de loi qu'ils proposent restent en deçà des pratiques médicales réelles et ne feront, le cas échéant, que les avaliser rétroactivement. Ce qui n'empêche pas les adversaires de l'euthanasie médicale

d'invoquer le risque de "dérapages". On peut se féliciter que les Grecs, qui ont institué la démocratie, ou que les révolutionnaires français, qui ont proclamé les droits de l'homme, ne se soient pas arrêtés à de telles objections qui leur étaient déjà faites.

L'espèce humaine n'a-t-elle pas évolué depuis cent mille ans pour avoir pris de tels risques – ce qui la distingue précisément de ses ancêtres simiesques ? Et si les progrès vers l'autonomie et la maîtrise de sa propre vie devaient être envisagés comme des dérapages par rapport à la coutume, disons qu'il est toujours possible de les contrôler. La loi est faite pour cela.

Reste à savoir si l'angoisse inhérente à la liberté et à la responsabilité de soi n'est pas devenue à ce point intolérable que les citoyens préfèrent s'en remettre définitivement, corps et âme, à l'État thérapeutique...

DEUX TÉMOIGNAGES DE MÉDECINS HOLLANDAIS

1. Transcription d'une interview lors d'un reportage télévisé d'une équipe française

(A2, 8 mars 1993)

Le docteur Bess, anesthésiste dans un grand hôpital d'Utrecht, a de nombreuses fois abrégé les souffrances de ses malades. La première fois, c'était en 1980 ; il s'en souvient comme si c'était hier.

"C'était une femme de 35 ans avec un cancer du sein, qui avait de multiples métastases au cerveau et au crâne. Elle souffrait terriblement, nous traitions les douleurs, elle n'a plus souffert, mais elle ne voulait plus vivre. Nous avons parlé pendant plusieurs semaines, en particulier avec son médecin de famille, car elle était rentrée chez elle, et nous avons envisagé de pratiquer une euthanasie. C'était difficile, c'était la première fois. Depuis, je l'ai fait plus d'une centaine de fois. Chaque fois c'est difficile. Cela a peut-être un peu changé, mais pas tellement. Chaque fois on dort mal la nuit d'avant et la nuit d'après.

Dans quels cas l'avez-vous fait ?

"Nous le faisons, et je pense que c'est une pratique courante en Hollande pour des cancers en phase terminale, des sclérose en plaques, des maladies neurologiques mortelles et le sida. Je

pense que la douleur n'est pas une raison suffisante pour pratiquer l'euthanasie. L'euthanasie, nous la faisons quand le patient ne peut plus avaler par obstruction digestive, ou alors parce qu'on donne beaucoup de sédatifs aux patients et qu'ils n'en veulent plus. Ils disent : "Je ne veux plus vivre cela trois jours ou des semaines, maintenant je veux mourir." C'est très différent du soulagement de la douleur."

Quelles drogues utilisez-vous ?

"Pour l'euthanasie, nous utilisons des drogues courantes en anesthésie comme le Pentothal qui endort le malade, aussi le Curare qui entraîne un relâchement musculaire. Le malade va s'endormir très profondément. Il va tomber dans le coma, ses muscles vont se relâcher, et il va mourir. Cela prend de 10 à 20 minutes".

2. Interview du docteur Bert Keizer

VES Newsletter n° 61, septembre 1997

(...)

Je connaissais Trevor D. depuis plusieurs années lorsqu'on a constaté qu'il était atteint d'un cancer des poumons. Il était âgé de 78 ans. Je l'ai mis au courant du diagnostic et, immédiatement, il m'a demandé si je l'aiderais, à la fin.

Sans hésiter une seconde, j'ai dit : *"oui, bien sûr, je vous aiderai, ne vous inquiétez pas"*. Le diagnostic lui apportait une sorte de soulagement. Pendant des mois, il avait vainement lutté contre des crises de mélancolie, ce dont il n'avait jamais souffert auparavant. Et il se disait que, finalement, il devenait vraiment vieux.

Quelques semaines plus tard il m'a rappelé ma promesse. Il avait peur, non pas de la mort ni même de mourir, non, il avait simplement peur. Je me demandais s'il s'inquiétait de ce qui pouvait lui arriver après la mort. Ce n'était pas cela, car il m'a dit qu'il ne croyait en rien.

Il perdait du poids à une vitesse effrayante, maigrissait de jour en jour. Il était toujours épuisé et n'avait pas d'appétit. Quand il se voyait dans un miroir il était effrayé par sa propre image. Il avait l'air si malade, si pâle, si usé. De nouveau il m'a demandé : *"Vous ne me laisserez pas tomber, n'est-ce-pas ?"*

Ma réponse, *"bien sûr que non"*, était fallacieuse. En fait je ne savais pas vraiment quoi lui

dire. Il n'avait pratiquement aucune chance de s'en tirer et il le savait. C'était la première fois que j'étais confronté, inéluctablement, à une demande d'euthanasie et je n'avais pas la moindre idée de ce que je devais faire.

Un jour, la petite-fille de Trevor m'a téléphoné et m'a demandé ce que j'avais exactement promis à son grand-père. *"Eh bien, euh, je lui ai dit que je ne le laisserais pas tomber"*.

Elle a suggéré qu'on cesse de tourner autour du pot et qu'on regarde les choses en face ou bien qu'on cesse d'en parler. *"Mon grand-père" me dit-elle "veut que vous l'aidiez à mourir. Et il le veut rapidement. Il l'a demandé depuis assez longtemps il me semble. Et il a compris que vous êtes prêt à le faire"*.

Là elle m'a vraiment effrayé. C'est vrai que j'avais promis, dans une certaine mesure. Mais je ne savais pas comment faire les choses, quels moyens utiliser et j'avais peur de poser la question à l'un ou l'autre de mes confrères dont je savais qu'ils y étaient opposés. En fin de compte, j'ai appelé la section locale de la Société d'Euthanasie et on m'y a donné les renseignements que je désirais. Mais, comme je l'ai dit, mes confrères y étaient opposés. Ils se demandaient s'il souffrait vraiment tant que cela. Moi je me demandais pourquoi le malade devait être en proie à des souffrances atroces avant qu'on prenne sa demande au sérieux. Car n'est-ce pas précisément cela qu'il demande qu'on lui épargne ?

Je suis encore resté indécis toute une semaine. J'essayais d'éviter de passer voir Trevor parce que j'avais le sentiment que je le laissais tomber. J'ai essayé d'en parler encore une fois à mes confrères. Ils m'ont conseillé de temporiser, de différer indéfiniment, étant sous-entendu qu'il allait mourir de toute manière sans qu'il soit nécessaire que je m'attire des ennuis. Et ils suggéraient qu'entretiens je lui administre des stéroïdes pour qu'il se sente mieux. C'était exactement la dose de cynisme et de duplicité dont j'avais besoin pour me décider. En sortant de la réunion je me suis rendu directement chez Trevor pour lui dire que j'étais prêt, à sa convenance. Très content, il m'a demandé qui devrait assister. Je lui ai dit *"Ce n'est pas à moi de répondre, c'est de votre mort qu'il s'agit"*. Quand je suis entré dans sa chambre, le soir dont nous avons convenu, il était assis sur son lit avec ses deux fils. Ils se sont embrassés une

dernière fois et se sont dit adieu. Je tremblais intérieurement et au moment où je lui ai fait l'injection il m'a dit "Merci de ce que vous faites. Ne craignez rien, tout va bien". Puis il a perdu connaissance et nous l'avons allongé sur le lit. Au bout de trois quarts d'heure il était mort.

TEMOIGNAGE D'UNE JEUNE FEMME BELGE
CONCERNANT LA MORT PAR EUTHANASIE DE SON
FRERE

Flair, 23 septembre 1997

Le frère de Inge (34 ans) était depuis sa jeunesse sérieusement handicapé. "Il était totalement dépendant des autres, totalement dépendant de sa chaise roulante. Lorsqu'il devait se rendre à la toilette, et que mes parents n'étaient pas à la maison, il devait m'appeler pour je vienne l'aider. En ce qui concerne son état intellectuel, il n'y avait aucun trouble, il était même extrêmement intelligent. Il n'a jamais pu accepter son handicap. Cela a commencé à sa puberté. Il se rendait compte qu'il ne pourrait jamais vivre comme les autres. Lorsqu'il devint adulte, cette préoccupation grandit encore. Il voyait ses amis sortir, se marier et s'installer. Et lui il restait là où il était. Il n'y avait aucune chance que cela s'améliore un jour. Il ne pouvait absolument rien faire de ce qu'il aurait voulu faire de sa vie. Les handicapés ont difficile dans cette société de compétition et d'idéaux de beauté. Quelqu'un qui se trouve dans une chaise roulante n'est pas considéré comme quelqu'un à part entière, il est considéré comme un enfant. Les gens disent bien quelquefois que les handicapés peuvent avoir une vie heureuse. Peut-être cela est-il vrai pour les autres. Mais pour lui cela ne se vérifiait pas, c'était dans son caractère. Doit-on, à cause de son caractère, forcer quelqu'un à vivre contre sa volonté ? Lorsqu'il commença à dire qu'il ne voulait plus vivre, j'ai pensé d'abord que c'était quelque chose qui passerait. Chacun a quelquefois des périodes qui sont difficiles, mais il a continué à en parler. A un certain moment nous avons compris qu'il le pensait vraiment. Nous en avons parlé beaucoup dans notre famille. J'avais avec mon frère des discussions régulières sur le sens de la vie. Ce n'était pas toujours facile, je n'étais pas d'accord avec le fait qu'il voulait la mort. Mais quand vous aimez quelqu'un, vous devez à un

moment donné pouvoir vous abstraire de votre sentiment et pénétrer profondément dans celui de l'autre. On dit de ceux qui mettent fin à leur vie que c'est de l'égoïsme. Moi j'aurais trouvé égoïste de ma part d'avoir pris position contre lui et de lui avoir dit qu'il devait rester avec nous. Naturellement, j'aurais aussi préféré qu'il soit là. Mais je trouvais que je n'avais pas le droit de m'accrocher à lui alors que lui ne voulait plus être parmi nous.

Le problème était que, à cause de son handicap, il ne pouvait pas mettre fin lui-même à sa vie. De toute façon quelqu'un aurait dû lui apporter une aide, par exemple pour lui donner des pilules. Il ne voulait pas que cela puisse être une charge pour sa famille. Si par exemple je lui avais donné ces pilules j'aurais pu être poursuivie pour homicide. Alors a commencé une longue quête chez toutes sortes de médecins. Là il a souvent été tenu en haleine. Il a aussi été consulter des psychologues et des psychiatres. Quand vous voulez mettre fin à votre vie vous n'êtes pas pris au sérieux. On pense que cela aussi peut être guéri. Mais mon frère n'était pas à guérir. Il ne voulait plus vivre et cela c'est un grand tabou. C'est sans doute pour cela que tant de gens mettent fin à leur vie en sautant du train ou en se pendant. N'est-ce pas effroyable et inhumain ? L'euthanasie signifie une mort douce et mon frère cherchait un médecin qui pourrait l'aider. Mais cela s'avéra très difficile. Beaucoup de médecins ont peur d'être poursuivis puisque cet acte est interdit en Belgique. L'euthanasie chez nous est toujours considérée comme un crime.

Après avoir cherché longtemps, mon frère a finalement trouvé un médecin qui a bien voulu l'aider. En réalité tout cela a duré beaucoup trop longtemps. Quand quelqu'un a pris la décision de vouloir mourir, alors chaque heure dure trop longtemps. Je ne l'ai jamais vu aussi heureux que lorsqu'il a été sûr à cent pour cent que cela irait. Sous de faux prétextes il a été admis à l'hôpital. Nous avons très chaleureusement pris congé, et cela on ne peut pas l'exprimer par des mots. Nous nous sommes dit ce que nous voulions encore nous dire. Nous avons encore parlé de certaines choses. Il est mort avec mes parents près de lui, très calmement et très serein. Chacun souhaiterait pouvoir mourir aussi calmement, aussi doucement. Mon frère me manque encore chaque jour et

je pense continuellement à lui. Nous nous complé-
tions bien. Ses paroles résonnent encore dans ma
tête. Qu'il ait pu mourir ainsi, cela rend son
absence plus supportable. Je n'ai pas dû me dire
que mon frère allait un jour ou l'autre disparaître
en se donnant la mort en cachette ou que son geste
l'aurait fait beaucoup souffrir. Cela aurait été
beaucoup plus traumatisant. Je me demande
comment je l'aurais supporté. Personne en dehors
de ma famille ne sait que cela s'est passé de cette
façon. Tout le monde pense qu'il est mort de sa
maladie. Nous pourrions être poursuivis pour
complicité de meurtre, et pour nous prémunir
nous-mêmes, nous devons nous taire face au reste
de la famille, à ses amis et ses collègues.
Quelquefois je dois mentir avec aplomb lorsque
des gens me posent des questions directes. Cela
est affreusement difficile. On ne peut pas en parler
avec d'autres gens qui ont vécu les mêmes
circonstances. Il arrive souvent que des médecins
permettent de mourir à des gens qui le demandent,
mais personne ne le sait. Tout cela doit rester
secret. Quand, dans mon cercle d'amis ou à mon
travail, une discussion surgit sur l'euthanasie et
que des gens disent par exemple que les médecins
doivent prolonger la vie des gens aussi longtemps
que c'est possible, même contre leur volonté, je
me sens bouillir. Il y a tant de gens qui ne
comprennent pas de quoi il s'agit. Mais je dois me
taire puisque nous avons décidé de garder pour le
moment le secret.

À PROPOS DE L'EUTHANASIE, DE LA MORPHINE,
DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR...

L'opinion du Dr Crul (Hôpital académique Sint
Radboud de Nijmegen, Pays-Bas)

De Morgen, 4 septembre 1997

(...)

*"Je ne suis pas un adversaire absolu de
l'euthanasie : quand on a épuisé toutes les possi-
bilités et que le patient a le sentiment que sa vie
sur terre est arrivée à son terme, l'euthanasie doit
être une option possible. Mais je suis opposé au
débat qui se déroule en ce moment. Selon moi, le
combat contre la douleur doit primer le recours à
l'euthanasie dans le réflexe de base du médecin.
C'est cela la priorité"* insiste le Dr Crul.

Ce nouveau professeur d'université est un
opposant farouche de l'administration incontrôlée
de morphine jusqu'à ce que mort s'ensuive.
*"Combattre la souffrance sert à un but essentiel-
lement autre que celui de mettre fin à la vie. Les
patients en phase terminale doivent pouvoir vivre
sans souffrance, de telle sorte qu'il y ait place
pour des contacts précieux avec les proches et
qu'ils puissent encore profiter de ce qui leur reste,
ce qui est possible avec des moyens efficaces".*
(...)

(ndlr. Cet article confirme la position maintes fois exprimée
par les médecins hollandais : la morphine doit être utilisée
pour lutter contre la douleur et non comme euthanasique).

À L'ÉTRANGER

ÉTATS-UNIS

L'ÉTAT D'OREGON MAINTIEN UNE LOI CONTROVERSÉE

De Morgen, 4 novembre 1997

Les électeurs de l'état d'Oregon maintiennent une loi controversée qui autorise l'assistance au suicide. Mardi dernier, une proposition tendant à supprimer cette loi fut rejetée par 60 contre 40 pourcent des participants à un référendum.

L'Oregon reste ainsi le seul état des États-Unis où l'assistance médicale au suicide est permise. À ce jour, la loi n'a jamais été appliquée. Conformément à celle-ci, qui date de 1994, * un malade peut recevoir de l'aide en vue de mettre fin à sa vie s'il le demande formellement et s'il ne lui reste pas plus de six mois à vivre. Dans ce cas un médecin peut prescrire pour le patient une drogue mortelle, sans toutefois pouvoir l'administrer lui-même.

Le parlement local avait adopté cette loi en 1994 après le référendum par lequel la population s'était prononcée positivement. 51 pourcent des électeurs seulement approuvèrent alors la proposition. Des adversaires de la loi, telle que l'église catholique, ont mené une campagne intensive contre l'euthanasie. Ils tentaient de convaincre les électeurs par un court métrage au sujet d'un homme qui pendant plusieurs jours, après avoir pris une dose mortelle, a souffert de douleurs infernales. Beaucoup de stations émettrices régionales ont refusé sa diffusion parce qu'ils le jugeaient "de mauvais goût" et "fallacieux".

(ndlr. Les adversaires de la loi avaient finalement obtenu l'organisation d'un nouveau référendum (c'est ce nouveau référendum auquel l'article se réfère) pour confirmer ou infirmer la loi de 1994)

* Nous avons parlé en détail de cette loi dans notre bulletin n° 54-55 de septembre-décembre 1994.

À PROPOS DE LA DÉCISION DE LA COUR SUPRÊME CONCERNANT LE SUICIDE ASSISTÉ

Nous avons, dans notre numéro précédent (n°65 - septembre 1997), fait part de l'avis rendu par la Cour suprême des États-Unis suite à la demande, présentée par six philosophes ayant autorité dans les domaines de la morale et de la politique, de reconnaître aux malades en phase terminale le droit constitutionnel à une assistance médicale au suicide afin d'éviter des souffrances et des angoisses inutiles. Les neuf juges ont à l'unanimité estimé ce droit incompatible avec la Constitution et précisé que les États avaient donc toute liberté de l'interdire.

D'après Ronald Dworkin, qui enseigne la jurisprudence à l'Université d'Oxford ainsi que le droit et la philosophie à l'Université de New York, il y a lieu de nuancer ces prises de position. Il commente longuement ces nuances dans un article publié par la revue "The New York Review of Books" datée du 29 mai 1997. Cinq des six juges qui ont justifié leur avis par écrit ont en effet clairement précisé qu'ils ne rejetaient pas en principe ce droit et ils ont même suggéré que la Cour pourrait en juger autrement dès lors qu'elle disposerait d'informations plus précises quant à son application pratique.

Par ailleurs, il faut replacer ce droit dans la perspective plus large qui est celle du "14ème Amendement". D'après cet amendement, les États ne peuvent "ôter la vie ou priver quelque citoyen que ce soit de sa liberté ou de ses biens sans une procédure légale conforme et juste". La définition de "procédure légale et juste" n'est pas claire et donne lieu à des interprétations diverses. D'après la jurisprudence établie par la Cour suprême et largement reconnue aux États-Unis, une telle procédure condamne toutes les lois – et les seules lois – qui portent atteinte aux libertés "profondément ancrées dans l'histoire et la tradition de la Nation". C'est sur cette interprétation que le Juge Principal (Chief Justice), W. Rehnquist, et quatre de ses collègues ont basé leur refus. Le juge D. Souter, par contre, pense que même des lois admises depuis longtemps par l'opinion publique pourraient s'avérer contraires à la Constitution si elles vont à l'encontre de libertés plus larges également reconnues.

Mmes O'Connor et Ginsburg, quant à elles, contestent cette logique purement historique et se

montrent beaucoup plus exigeantes. Elles se demandent sans détours "si une personne saine d'esprit mais qui est sujette à de très grandes souffrances a le droit constitutionnel de décider des circonstances de sa mort prochaine". Mais les juges ont estimé qu'il n'y avait pas lieu de prendre position à cet effet étant donné qu'aucun État n'interdit au médecin d'administrer des antidouleurs même s'ils ont pour effet d'accélérer la mort.

Le juge Breyer avance l'hypothèse selon laquelle la "tradition" porterait plutôt à croire qu'on ne peut ôter à quiconque le droit de mourir "dans la dignité". Mais il estime qu'à l'heure actuelle il n'y aurait aux États-Unis aucun moyen légal de défendre des malades fondamentalement non-consentants, mais influençables, contre les agissements de proches ou de médecins un peu trop compatissants, voire carrément malveillants, et il accepte donc de rallier l'opinion de la majorité.

Enfin, le juge Stevens écrit très clairement qu'à son avis, il y a lieu de respecter les convictions philosophiques et religieuses de chacun quant aux valeurs fondamentales de la vie, et que toute personne a le droit de choisir une mort conforme à ses convictions. Mais il a estimé que ce n'était pas là le problème posé en l'occurrence.

Ceci dit, l'auteur se demande quel impact aura le jugement négatif posé par la Cour. En fait, ce jugement reconnaît à tout citoyen le droit d'exiger sa révision par voie légale ou par référendum et les États peuvent donc accepter l'assistance médicale au suicide lorsque l'opinion publique y est officiellement favorable. Paradoxalement, ce jugement, qui accorde son feu vert à l'administration de puissants anti-douleurs en cas de souffrances insupportables, pourrait de fait mener à l'abus de cette pratique notamment lorsqu'il s'agit de malades désargentés, et ce sans qu'il soit possible d'exercer un contrôle efficace. Et de rappeler que, bien au contraire, le droit au suicide médicalement assisté implique non seulement l'information et le consentement éclairé du patient mais encore une pratique et un contexte strictement réglementés, ce qui en limiterait les dérapages éventuels.

Synthèse Geo Werbrouck

ITALIE

Le Centre d'études et de documentation sur l'euthanasie (EXIT - Tramonto felice) annonce

qu'il deviendra prochainement l'Association italienne pour le droit de mourir dans la dignité. ("Associazione italiana per il diritto ad una morte dignitosa").

D'autre part, seront constituées des "coordinations régionales" couvrant les trois quarts du territoire d'ici à la fin de l'année, le sud du pays figurant dans l'objectif de 1998. Par ailleurs le président Coveri remercie très vivement les associations-soeurs pour leurs contributions documentaires et le chaleureux accueil qui lui a été réservé lors de la réunion au Luxembourg des associations de la Division européenne.

SUISSE

LE CANTON DE BERNE DÉFINIT LE DROIT À L'EUTHANASIE PASSIVE

Exit (Zürich) n°61/1997

Depuis le 1er septembre 1997, le droit à l'euthanasie passive est légalement reconnu dans le canton de Berne ; le Conseil gouvernemental de ce canton a rendu légalement obligatoires en juin 1997 les directives de l'Académie suisse de Médecine à l'égard des mourants.

Dans cette ordonnance, il est précisé à quelles conditions on peut renoncer à des mesures visant à prolonger la vie et à quel moment ces mesures peuvent être interrompues. Le droit à l'euthanasie passive est étendu à des personnes dont le cerveau est très sévèrement endommagé.

Par ailleurs, l'interdiction explicite de l'euthanasie active est maintenue. La volonté des patients pèsera cependant davantage qu'auparavant. Si des patients veulent renoncer à des mesures prolongeant la vie ou souhaitent l'interruption de celles-ci, cette volonté doit être respectée par les médecins. Il ne peut cependant pas s'ensuivre une assistance médicale au suicide.

Les règles pour déterminer la mort valent seulement de manière stricte en vue de transplantations d'organes. Même si l'on doit agir dans l'urgence, les directives éthiques ne peuvent être éludées. Il est clairement stipulé dans celles-ci les critères à observer pour déterminer la mort par arrêt cardiaque ou la mort cérébrale.

(ndlr. Pour apprécier la signification exacte de cette ordonnance, nous en attendons le texte complet.).

À NOS MEMBRES

COTISATIONS

Nous vous invitons à effectuer le paiement de votre cotisation pour 1998
(à moins que vous n'ayez déjà devancé notre demande !)
et vous suggérons d'utiliser le bulletin de versement ci-dessous.

Pour rappel : 500 frs pour une cotisation individuelle
700 frs pour une cotisation de couple
(respectivement 700 et 1000 frs pour les membres résidant à l'étranger)

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 1998 pour les versements qui nous seront parvenus en 1997)*

*Merci à tous ceux qui nous ont déjà apporté leur soutien
et à ceux qui le feront...*

COPIE CLIENT / KOPIE CLIËNT

montant en lettres / bedrag in letters

date mémo / memodatum

compte donneur d'ordre / rekening opdrachtgever

compte bénéficiaire / rekening begunstigde

nom bénéficiaire / naam begunstigde

**ADMD BELGIQUE ASBL
RUE DU PRESIDENT 55
1050 BRUXELLES**

communication / mededeling

date de remise / datum afgifte

signature(s) et date de signature
handtekening(en) en datum ondertekening

En cas de complétement manuel, un seul caractère par case
Bij manuele invulling, één karakter per vakje

date mémo / memodatum

compte donneur d'ordre / rekening opdrachtgever

nom et adresse donneur d'ordre / naam en adres opdrachtgever

communication / mededeling

Ne rien écrire ci-dessous / Hieronder niets schrijven

VIREMENT OU VERSEMENT OVERSCHRIJVING OF STORTING

02

Ne pas accepter en paiement
Niet ter betaling aanvaarden

montant / bedrag

compte bénéficiaire / rekening begunstigde

nom et adresse bénéficiaire / naam en adres begunstigde

ADMD BELGIQUE ASBL / BXL

RUE DU PRESIDENT, 55

1050 BRUXELLES

1050 BRUXELLES

QUELQUES ADRESSES UTILES

<u>S.O.S. Solitude</u> , 1000 Bruxelles, rue du Boulet, 24	02/513.45.44
<u>Association contre le Cancer</u> , 1030 Bruxelles, ch. de Louvain, 479 permanence tél.: lu.de 9 à 19 h, ma à ve.de 9 à 13 h., ligne verte	02/736.99.99 0800/15800
<u>Oeuvre belge du Cancer</u> 1210 Bruxelles, rue Royale, 217	02/225.82.11
<u>Ecoute-Cancer</u> Accueil tél., lu. de 10 à 15 h, .je. de 12 à 17 h. appel gratuit	0800/11.888
<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, av. Houba de Strooper, 99	02/478.28.47
<u>Télé-Accueil</u> "Jour et nuit un ami vous écoute" tout le pays	107
<u>Centre de prévention du suicide</u> , 1050 Bruxelles, Pl. du Châtelain, 46 Rendez-vous	02/640.65.65 02/640.51.56
<u>Service d'aide aux grands malades</u> 4420 Saint-Nicolas, rue Likenne. 58 (siège social) permanences : lundi au vendredi de 8 à 17 h	04/252.71.70
<u>Centrale de services à domicile</u> 1060 Bruxelles, rue Saint-Bernard, 43 4100 Seraing, rue de la Boverie, 379	02/537.98.66 04/338.20.20
<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, Bd de Waterloo, 106	02/538.03.27
<u>Infor-Homes</u> , 1000 Bruxelles, Bd Anspach, 59 (de 9 à 16 h.)	02/219.56.88
<u>Fédération de l'aide et des soins à domicile</u> , 1040 Bruxelles, avenue de Roodebeek, 44, bte 1	02/735.24.24
<u>Fédération laïque des soins palliatifs de la Région wallonne</u> 4000 Liège, Bd d'Avroy, 43	04/232.70.40-
<u>Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs</u> (renseignements attendus)	
<u>Plate-forme de concertation en soins palliatifs</u>	
- Brabant wallon	010/84.15.55 02/366.04.48
- Hainaut oriental	071/37.49.32 071/33.11.55
- Liège	04/366.70.01
- Luxembourg	063/21.27.11
<u>Fédération belge de Soins palliatifs</u> 1210 Bruxelles, rue Royale, 217	02/268.26.83
<u>C.E.F.E.M.</u> (Centre de formation à l'écoute du malade) 1190 Bruxelles, avenue Pénélope, 52	02/345.69.02
<u>SARAH</u> asbl (Promotion, coordination des équipes palliatives et formation en soins continus), rue Franklin Roosevelt, 26, 6041 Gosselies	071/37.49.32
<u>Service laïque d'Aide aux Personnes (S.L.P.)</u> Campus de la Plaine ULB - cp 237 - Accès 2 - avenue Arnaud Fraiteur, 1050 Bruxelles	02/627.68.70

