

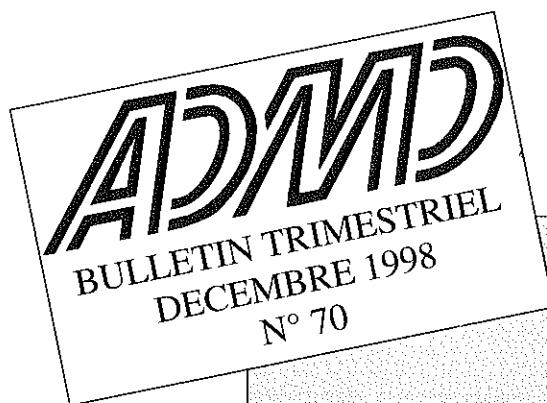
Belgique - België

P.P.

1050 Bruxelles 5

1/7203

Bureau de dépôt - Bruxelles 5



## SOMMAIRE :

◆ Renouveau des cotisations	2
◆ Editorial	3
◆ Belgique : - Nouvelles de l'ADMD	5
- Proposition de loi R. Lallemand-F. Erdman	6
- Proposition de loi PSC à propos de soins palliatifs	7
- Entretien avec Y. Kenis	8
- Lu dans la presse	11
◆ Etranger : Amérique du Sud, Espagne, Etats-Unis, France, Grand-Duché de Luxembourg, Grande Bretagne, Pays-Bas	12
◆ Dossier : Sondage Sofrès : Les Français et la mort assistée	20
◆ Témoignage	28
◆ Les livres : - Jacques Pohier : La mort opportune. Les droits des vivants sur la fin de leur vie	29
- Margaret F.A. Otlowski : Voluntary euthanasia and the common law	31



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

## **Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (A.D.M.D.)**

**Secrétariat** : rue du Président, 55 - B - 1050 Bruxelles - Belgique -

**Mme Janine Wytsman, Secrétaire générale**

Tél. et Fax : 32.2/502.04.85

Cotisation annuelle : isolé(e) : 500 frs - couple : 700 frs  
(respectivement 700 et 1000 frs pour les membres résidant à l'étranger)

Compte bancaire : n° 210-0391.178-29

**Contact pour la province de Luxembourg** : Mme Viviane Godfroid

Fond des Naux, 6 - 6821 Lacuisine-Florenville

Tél. 061/31.53.80 - Fax : 061/32.04.51

**Contact pour la région de Charleroi** : Mme Marie Willems-Collette

rue des Sept Petites, 94, bte 1 - 6120 Nalinnes

Tél. 071/21.48.53

**Contact pour le Brabant wallon ouest**

Maison de la Laïcité de Tubize et environs

rue St Jean, 1 (accès par la rue J. Wautrequin) - 1480 Clabecq

tél. 02/355.22.83 - Fax : 02/355.56.59 (prendre rendez-vous au préalable)

**Association sœur d'expression néerlandaise** : **Recht op Waardig Sterven (R.W.S.)**

Constitutiestraat, 33 - 2060 Antwerpen - Tél. et Fax : 32.(0)3/272.51.63

---

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

---

### **COMITE D'HONNEUR**

Ilya Prigogine, Prix Nobel

Jacques Bredael  
Paul Danblon  
Édouard Delruelle  
Pierre de Locht  
Roland Gillet  
Philippe Grollet  
Hervé Hasquin  
Arthur Haulot  
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 d'honneur

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

#### Membres

Anne-Marie Bardiaux  
Jacques Bredael  
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

---

**COMITÉ DE RÉDACTION** : Anne-Marie Staelens, Geo Werbrouck (responsable du bulletin), Janine Wytsman, Marc Englert et l'aide de collaborateurs pour les traductions (Anne-Marie Fenez-Goossens, Jean-Paul Goyens, Madeleine Barna, Nane Pauli).

---

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

Le conseil d'administration

vous présente

ses meilleurs voeux

pour 1999

# RENOUVELLEMENT DES COTISATIONS

Nous vous invitons à effectuer le paiement de votre cotisation pour 1999  
**(à moins que vous n'ayez déjà devancé notre demande !)**  
 et vous suggérons d'utiliser le bulletin de virement ci-dessous.

Vous pouvez également donner un ordre permanent à votre banque  
 pour qu'elle effectue d'office, tous les ans, le paiement de votre cotisation.

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 1999 pour les versements qui nous seront parvenus en 1998).*

*Nous remercions tous ceux qui nous ont déjà apporté leur soutien  
 Et ceux qui le feront ...*

## COPIE CLIENT / KOPIE CLIËNT

montant en lettres / bedrag in letters

0

date mémo / memoratum / montant - bedrag

compte donneur d'ordre / rekening opdrachtgever

compte bénéficiaire / rekening begunstigde

**210-0391178-29**

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

## VIREMENT OU VERSEMENT Overschrijving of Storting

02

Evénement de compensation / minus / in / aan / créditer / par / avec  
 Bij / minussale / bijdragen / aan / betalen / met / met

Ne pas accepter en paiement  
 Niet ter betaling aanvaarden

date mémo / memoratum

montant / bedrag

compte donneur d'ordre / rekening opdrachtgever

compte bénéficiaire / rekening begunstigde

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

nom et adresse bénéficiaire / naam en adres begunstigde

**ADMD BELGIQUE ASBL / BXL**

**RUE DU PRESIDENT, 55**

**1050 BRUXELLES**

communication / mededeling

Ne rien écrire ci-dessous / Hieronder niets schrijven

## EDITORIAL

Nous avons intitulé l'éditorial du bulletin de septembre « Après l'Espagne, la France : le débat sur l'euthanasie s'amplifie en Europe ». La preuve vient encore d'en être fournie par l'émission « La marche du siècle » qui a été consacrée à cette question le 23 septembre dernier sur la chaîne publique française France 3. Ceux d'entre vous qui ont suivi cette émission ont constaté un changement total de ton par rapport aux débats antérieurs. Non seulement la parole a été longuement donnée à Christine Malèvre, la jeune infirmière actuellement inculpée pour les euthanasies qu'elle reconnaît avoir pratiquées, mais on a pu voir le témoignage d'un médecin français qui a ouvertement admis qu'il accepte les demandes d'euthanasie de ses patients incurables en grande souffrance. On a aussi eu la surprise - car c'est une première - d'entendre le président du conseil régional de Midi-Pyrénées de l'Ordre des médecins justifier l'euthanasie active pratiquée par un médecin de l'Aveyron et la non-culpation de celui-ci par ce conseil, au grand embarras du président de l'Ordre national se rétractant piteusement par rapport à ses déclarations à la presse où il avait condamné l'acte au nom de l'interdiction formelle inscrite dans le code de déontologie.

Etant donné l'importance des déclarations de Christine Malèvre, son courage et ses positions fermes, ainsi que la situation morale et matérielle difficile dans laquelle elle se trouve (elle a été suspendue de toute activité hospitalière et doit faire face aux frais inhérents à sa défense en justice), le comité de rédaction tient à lui exprimer toute sa sympathie et son appui total, même si notre démarche ne signifie pas une approbation inconditionnelle de sa conduite. L'ADMD a décidé de contribuer financièrement à sa défense en justice et d'offrir à son avocat les témoignages de médecins membres de notre conseil d'administration démontrant que cette jeune femme avait agi comme beaucoup d'autres agissent ou souhaiteraient pouvoir agir.

Pour permettre à ceux qui n'ont pas vu l'émission télévisée de prendre connaissance de ses déclarations, nous en reproduisons des extraits dans ce bulletin, de même d'ailleurs que les résultats d'un sondage Sofrès récent concernant l'opinion des Français, qui a été également présenté dans cette émission et qui est éloquent.

Il n'y a aucun doute : la pression de l'opinion publique se fait de plus en plus forte. Nous œuvrons avec l'ADMD française pour que nos deux pays bénéficient le plus rapidement possible d'une législation dépénalisant enfin l'euthanasie et l'aide médicale au suicide dans les mêmes conditions qu'aux Pays-Bas. En France, le comité national d'éthique étudie actuellement les questions de fin de vie et notre président d'honneur, le docteur Kenis, y a été entendu au titre d'expert étranger. Chez nous, la proposition de loi Lallemand-Erdman dont le présent bulletin donne un aperçu sera incessamment déposée au Sénat. Nous espérons en reproduire le texte intégral dans notre prochain bulletin.

Serrons donc les rangs. Recrutons de nouveaux membres. Rappelons-nous que la NVVE néerlandaise, grâce à ses 100.000 membres, a joué un rôle essentiel dans la victoire qui a été obtenue dans ce pays. Soyez assurés que, de son côté, le conseil d'administration ne relâchera pas ses efforts.

Le comité de rédaction

# EN BELGIQUE

## Nouvelles de l'ADMD

### NOS ACTIVITES

- Notre vice-présidente, Jacqueline Herremans, a participé le 30 octobre à Eghezée à un forum sur l'euthanasie organisé par la section locale du PSC. Elle était accompagnée de Claudine Urbain qui y a témoigné de son expérience.

- Une centaine de personnes ont assisté le 17 novembre à Nivelles à la conférence-débat que nous organisons à l'Hôtel de Ville. Jacqueline Herremans et Marc Englert en étaient les orateurs. Jacques Bredael animait le débat.

- Yvon Kenis a participé le 12 novembre à Baudour, à une réunion scientifique organisée par le Groupement oncologique hospitalier du Hainaut. Il y a développé le thème « Euthanasie et Soins palliatifs ».

- L'auditoire Chavanne de l'ULB était comble le 26 octobre pour assister et participer au débat de la « leçon » donnée par Marc Englert et ayant pour thème « Attitudes médicales en fin de vie aux Pays-Bas et en Belgique ».

- Notre président d'honneur, Yvon Kenis, a été entendu comme expert par le Comité consultatif national d'Ethique français, le 25 novembre à Paris. Il a participé aux travaux du groupe « Euthanasie ».

- Marc Englert a participé à Seraing, le 8 octobre à une journée de réflexion à propos de l'euthanasie, pour les infirmières et paramédicaux de la Centrale de Soins à Domicile (CSD).

- Le symposium organisé par la Fédération laïque de Soins palliatifs de la Région wallonne en collaboration, notamment, avec l'ADMD, le 16 octobre

à Wépion, fut suivi avec intérêt par trois cents personnes environ. Y apportèrent leur contribution : Jacqueline Herremans et Jacques Bredael qui anima la journée.

- Les « Amis de l'Institut Bordet » avaient invité, le 16 novembre, Yvon Kenis à venir traiter du sujet « L'éthique en fin de vie : Soins palliatifs et Euthanasie ».

### AVIS AUX MEMBRES

#### Démissions de la responsable et du secrétaire de la section de Liège

Fabienne Gavray et Claude Hérion, respectivement responsable et secrétaire de la section de Liège ont présenté le 26 octobre leur démission de ces fonctions.

Ces démissions font suite à l'avis défavorable donné par le Conseil d'administration à un projet d'action d'aide sociale et familiale présenté par un membre de la section de Liège et parrainé par Mme Gavray et M. Hérion. Le Conseil d'administration, après un examen approfondi du projet, avait été unanime, à l'exception de Mme Gavray, à considérer qu'il n'entrait pas dans le cadre des objectifs de l'association.

Les membres du conseil regrettent que les responsables de la section de Liège n'aient pas accepté la légitimité de l'opinion démocratiquement exprimée par le conseil et aient décidé d'abandonner leurs fonctions.

#### Précisions apportées par Fabienne Gavray

Une mise au point détaillée de ce problème ayant été, par nos soins, adressée personnellement à tous les membres de la région liégeoise, F. Gavray

nous a demandé, par une lettre du 29 novembre, de préciser à l'intention de ces membres les points suivants :

- le refus d'accepter la décision du conseil ne concerne qu'elle-même et M Hérion ; le vice-responsable et le trésorier de la section ne sont pas intervenus dans ce débat.

- Fabienne Gavray estime que le projet refusé n'a pas été bien compris par les membres du conseil d'administration, peut-être, écrit-elle, parce qu'il avait été mal ou pas assez explicité.

- F. Gavray décline toute responsabilité quant au texte placé pendant quelques jours sur le site Internet de l'ADMD, où était annoncée la création d'une nouvelle association, et s'en désolidarise. Ce texte était une initiative personnelle du secrétaire de la section et n'engageait pas celle-ci.

- F. Gavray signale qu'elle assumera ses fonctions jusqu'au 31 décembre 1998, qu'elle reste membre de l'ADMD et continuera à y œuvrer comme bénévole de la section de Liège.

Le bureau de l'ADMD remercie F. Gavray de cette mise au point qui élimine certains malentendus et espère qu'elle met fin à une controverse regrettable et rétablit un climat de confiance entre des personnes partageant le même idéal et le même combat.

### Structures d'aide

Le conseil d'administration rappelle que ses structures sont à la disposition des membres pour les aider dans toute la mesure du possible en cas de difficultés rencontrées dans les domaines suivants :

- recherche de garants (membres ou médecins) pour le testament de vie
- conseils juridiques concernant les relations avec les institutions hospitalières
- relations avec les médecins traitants ou les médecins hospitaliers

Les demandes d'aide peuvent être adressées soit aux contacts locaux de l'ADMD, soit au secrétariat central de l'association (les adresses et les numéros de téléphone sont repris au verso de la couverture de nos bulletins).

Par ailleurs, et bien qu'il n'existe actuellement aucun texte légal garantissant les droits des patients, nous préparons actuellement une mise au point sur ce sujet qui sera bientôt mise à votre disposition. L'usage et les règles de déontologie médicale permettent en effet d'obtenir en pratique le respect d'au moins une partie de ces droits.

## DEPOT PROCHAIN DU PROJET DE LOI DES SENATEURS LALLEMAND ET ERDMAN DEPEN- LISANT L'EUTHANASIE

Une interview des collaborateurs du sénateur  
Lallemand.

Le Journal du Médecin, 27 octobre 1998

La proposition de loi Lallemand-Erdman apporte des modifications fondamentales par rapport aux textes précédents. « *La philosophie reste la même, mais la manière dont sont articulées les procédures à suivre et les modifications de la loi est assez différente* », précise un proche collaborateur du sénateur PS. La proposition place au cœur de la demande d'euthanasie le patient souffrant d'une maladie incurable, mais encore conscient de ses actes et gestes, et qui dans un état de souffrance insupportable ou de détresse profonde, demande à son médecin de l'assister dans un acte de mort volontaire. Dans ce cas de figure, le texte exige que la demande soit traitée dans le cadre d'un colloque singulier entre le patient et le médecin, lesquels restent seuls juges, à la fois de l'acte qui est demandé et des suites qui seront données à cette demande.

### Dialogue soutenu médecin-patient

« *La proposition de loi demande que l'acte soit la conclusion d'un dialogue soutenu entre le patient et son médecin, dès lors qu'il ne soit pas pratiqué à la sauvette, mais bien le fruit d'un véritable colloque singulier entre l'un et l'autre, nous explique ce collaborateur du sénateur. Il est aussi fondamental que soit placée au centre de ce dialogue la question de la souffrance et de la détresse du patient. Le médecin doit avoir envisagé, avec le malade, toutes les solutions pour*



*apporter des réponses à son questionnement. Cela peut être des soins palliatifs ou d'autres réponses. Et si aucune d'entre elles ne satisfait le patient, ne peut le soulager de sa souffrance physique ni de sa détresse morale profonde, le médecin peut alors envisager de pratiquer une euthanasie ».*

Avant d'assister son patient dans la mort, le médecin est cependant tenu de consulter un confrère, mais sans nécessairement obtenir son accord. Dans l'esprit des dépositaires de la proposition, c'est une assurance de plus qu'aura le médecin quant au caractère incurable de la maladie. Quant au médecin consulté, il ne devra pas nécessairement avoir vu le patient : son avis sera demandé sur base du dossier médical et d'une discussion entre médecins.

La proposition de loi veut ainsi éviter de donner un caractère trop procédural à l'acte d'euthanasie, ce qui le rendrait déstabilisant pour le patient. « *Il ne faut pas que, suite à sa demande qui est en même temps l'aveu d'une détresse et la volonté d'être soulagé, le patient se retrouve avec une nuée de personnes autour de lui, qui peuvent chercher à exercer des pressions sur lui* ». Par ailleurs, le médecin sera obligé par la loi d'acter toutes ses démarches, au jour le jour, dans le dossier médical du malade. Ces notes permettront au demeurant une vérification ultérieure des éléments ayant conduit à l'euthanasie, ce qui sera aussi une garantie pour le médecin puisqu'il pourra montrer qu'il a agi de manière tout à fait régulière, en respectant à la fois la volonté du patient et un processus dynamique de dialogue avec ce dernier.

Sera-t-il tenu de faire appel à des comités éthiques locaux ?

« *Pour le patient conscient et capable, il n'en est pas question, indique notre interlocuteur. La responsabilité éthique est celle du médecin et du patient. Le patient n'a pas moins de capacités éthiques à juger de son propre cas que quelqu'un d'extérieur. On ne veut pas qu'il y ait une espèce de vision cléricale extérieure qui vienne dire éthiquement si c'est bien ou ce ne l'est pas. C'est le dialogue dynamique entre le médecin et son patient qui doit primer* ».

Pour les patients inconscients ou incapables (enfants, personnes âgées dans le coma ou

souffrant d'une maladie comme celle d'Alzheimer et qui n'ont pas toutes leurs facultés), le texte est bien sûr assorti de conditions plus sévères. Par exemple, un testament de vie dans lequel le patient aurait rédigé sa volonté d'euthanasie et posé ses propres conditions à cet acte lors d'un état d'inconscience future. En l'absence de document manuscrit, la proposition de loi exige l'ouverture d'un débat avec l'équipe médicale et la consultation de la famille. « *Si le patient est conscient mais incapable, par exemple dans le cas d'un enfant souffrant de cancer, il est naturellement hors de question de pratiquer une euthanasie sans en avoir débattu avec la famille* ».

Thierry Goorden

## TOUT DOUCEMENT MOURIR CHEZ SOI

Une proposition de loi du PSC veut clarifier les soins palliatifs à domicile pour les rendre plus accessibles

La Libre Belgique, 16 octobre 1998

*Le PSC veut donner priorité à la prévention des demandes d'euthanasie, à la généralisation des soins palliatifs, à la lutte contre l'acharnement thérapeutique en même temps que le refus absolu de tout abandon thérapeutique* », déclarait jeudi Magdeleine Willame, présidente du groupe au Sénat. Avec Andrée Delcourt, sénatrice et membre de la commission des Affaires sociales, elle présente une proposition de loi fixant « *les normes auxquelles une équipe de soutien en matière de soins palliatifs doit répondre pour être agréée* ». Dans un but évident : celui de simplifier et de clarifier les normes organisationnelles en matière de soins à domicile.

Si l'arrêté royal du 15 juillet 97 réglait le cas des soins palliatifs en milieu hospitalier et dans les maisons de repos et de soins, celui du 19 juin 97 prévoyait, au niveau du domicile, des plateformes recoupant les zones géographiques et devant se doter en leur sein d'équipes multidisciplinaires, dont l'arrêté définit la composition mais pas les missions. C'est l'objet de la présente proposition.

« Nous voulons redéfinir le rôle des trois paliers – plate-forme, équipes de première ligne qui agissent sur le terrain, et équipes de seconde ligne, ces fameuses équipes multidisciplinaires rebaptisées « de soutien » ; mettre sur pied un système de formation permanente des médecins généralistes par ces gens de terrain ; et réaffirmer le principe de l'égalité de traitement dans le système de financement des soins de ce type », précisait Magdeleine Willame.

Et c'est dans ce cadre de financement que l'on voit arriver la toute nouvelle notion de « patient palliatif » à domicile : un patient souffrant d'une ou plusieurs affections irréversibles ; dont l'évolution est défavorable avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique ou psychique ; chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable ; et pour qui le pronostic de la ou des affections est mauvais et le décès supposé intervenir dans un délai de plus de 24 heures et de moins de 4 mois. Le patient palliatif obtiendrait alors un remboursement du côté de l'assurance-maladie.

Sont également définies les missions de ces équipes de soutien qui n'interviennent pas directement dans le traitement et les soins proprement dits. Elles auront en charge la proposition – avec le médecin traitant et les équipes de première ligne –, au médecin conseil de la mutualité concernée, d'un tel statut de patient palliatif hormis le cas où ce statut a déjà été proposé par l'hôpital ; l'encadrement des équipes de première ligne en assurant notamment leur formation ; la surveillance de la continuité de l'assistance et des soins lorsque le patient palliatif quitte son domicile pour rejoindre l'hôpital ou une maison de repos ou de soins.

On espère la loi pour le 1<sup>er</sup> janvier 99...

Anne Masset

*Ndlr. Nous approuvons évidemment toute proposition tendant à favoriser la prise en charge à domicile des patients en fin de vie. Il ne faudrait cependant pas que les soins palliatifs deviennent un passage obligé vers la mort. La liberté du malade dans le choix des modalités de la fin de sa vie doit rester entière. On ne meurt pas toujours*

*« tout doucement » même avec des soins palliatifs.*

## **MALGRE LES SOINS PALLIATIFS, LES DEMANDES D'EUTHANASIE PERSISTENT**

Un entretien avec le Dr Yvon Kenis

Le Matin, 20 novembre 1998

*Quel bilan tirez-vous des nombreuses années passées à la tête de l'ADMD ?*

Il est mitigé. Assez décevant quant au nombre de membres puisque nous ne parvenons pas à dépasser le chiffre de 3.000 en Belgique francophone, ce qui, proportionnellement à la population, est comparable à la situation en France et en Angleterre, mais loin derrière les Pays-Bas (100.000 membres) et la Suisse alémanique (70.000 membres). Par contre, excellent du point de vue de nos idées. En quinze ans, la situation a beaucoup changé. Sujet tabou dont on ne parlait que dans de très petits cercles, l'euthanasie est aujourd'hui évoquée partout et dans tous les milieux, y compris chrétiens, où l'ADMD est très souvent invitée. L'avis récent exprimé par le Comité consultatif de bioéthique et le débat qui a eu lieu au Sénat sont quand même des points extrêmement positifs. Tous les partis, à l'exception du Vlaams Blok, sont d'avis qu'il faut soit changer le code pénal, c'est la position la plus radicale défendue par Agalev et Ecolo, ou en tout cas prendre des dispositions légales qui autorisent l'euthanasie dans certaines circonstances. Un premier pas important a donc été accompli : les parlementaires ont reconnu que la situation devait changer.

*Le sénateur socialiste Roger Lallemand et son collègue SP Fred Erdman sont sur le point de déposer une proposition de loi revenant à dépénaliser, sous conditions, le suicide médicalement assisté. Cette proposition vous satisfait-elle ?*

Tout à fait. En prenant aussi en compte les situations où le patient est inconscient et donc incapable d'exprimer son avis, elle envisage même le problème d'une façon plus large que le Comité de bioéthique.

### *A-t-elle des chances d'aboutir ?*

Il est vrai que depuis 1984, il y a eu de nombreuses propositions de loi sur l'euthanasie mais que celles-ci n'ont jamais été discutées. Cette fois, je suis pourtant relativement optimiste car la nouvelle proposition émane de quelqu'un comme Roger Lallemand, encore très réticent il y a deux ans quant à l'utilité même de légiférer. S'il la dépose maintenant c'est qu'il a espoir qu'elle va être prise en considération.

*Cette nouvelle proposition considère que l'acte de mort volontaire doit être le fruit d'un colloque singulier patient-médecin, sans contrôle a priori de tiers. Un point de vue que vous avez toujours défendu...*

L'euthanasie, ce n'est jamais une décision médicale. C'est toujours la décision du malade lui-même pour autant qu'il soit conscient et capable d'exprimer son opinion ou qu'il ait fait connaître son opinion auparavant via un testament de vie. Le fait d'introduire la famille, d'autres soignants et des membres des comités d'éthique n'ajoute rien. Au contraire, l'intervention d'une sorte de tribunal serait absolument malheureuse et déplorable. Une commission plus élargie pourrait néanmoins être envisagée justement pour les cas où il n'y a pas de demande expresse du malade parce qu'il est dans le coma et qu'il n'a pas exprimé son opinion auparavant. Par ailleurs, il convient tout de même que le médecin prenne l'avis d'un confrère pour confirmer que la demande est réelle, que le malade n'est pas déprimé et qu'il est bien atteint d'une affection incurable.

*Un colloque sur les soins palliatifs est organisé ce samedi à Spa. Etes-vous favorable à de tels soins ? Sont-ils opposés ou complémentaires à l'euthanasie ? Et peut-on dire qu'ils peuvent supprimer la demande d'euthanasie ?*

Il est indispensable de développer au maximum les soins palliatifs. C'est même un devoir pour tous les médecins et la première chose à offrir aux gens qui en ont besoin. Ils sont complémentaires à l'euthanasie. Un médecin qui veut accompagner un malade en fin de vie doit vraiment être à son écoute jusqu'au bout.

Mais cette écoute doit aussi pouvoir aller jusqu'au point d'entendre une demande d'euthanasie car il est faux de prétendre que les soins palliatifs suppriment cette demande et de les utiliser comme arme pour dire que la situation est réglée et qu'il

n'y a pas lieu de changer la législation. C'est de la mauvaise foi. Il y a de nombreux témoignages, y compris de spécialistes des soins palliatifs, opposés par principe à l'euthanasie, attestant que des demandes d'euthanasie persistent même si certaines disparaissent quand on s'occupe bien des malades et qu'on traite leurs douleurs. D'après mon expérience, je crois même pouvoir dire que les soins palliatifs ne sont pas indiqués pour la majorité des personnes qui souhaitent en finir. Ces personnes ont parfois encore des mois de vie devant elles et, en général, ce n'est pas la douleur qui est à la base de leur demande mais bien la déchéance physique et intellectuelle, insupportable. Dans ces cas-là, les soins palliatifs sont évidemment très peu efficaces.

Luc Ruidant

### **UNE ASSOCIATION POUR MIEUX GERER LES SOINS PALLIATIFS**

L'association des Soins Palliatifs de la Province de Namur est née. Objectif : répertorier et organiser les soins palliatifs au niveau de la province.

Vers l'Avenir, 17 novembre 1998

(...) Plusieurs associations, groupements, chrétiens, laïques, indépendants ou intégrés à un hôpital existaient déjà depuis plus ou moins longtemps, presque 10 ans pour certains. Mais chacun travaillait de son côté, avec ses propres moyens. Une dépense de temps et d'énergie parfois inutile, par manque d'information et de coordination.

(...) L'idée première est d'ouvrir l'association à tous les acteurs du terrain, quelle que soit leur idéologie.

(...) Un comité d'éthique constitué à parité de laïques, chrétiens, et personnalités indépendantes de l'association, sera créé. Il travaillera sur des cas concrets et servira de piste de réflexion, d'une part pour éviter l'acharnement thérapeutique et d'autre part pour aider le malade à mourir en toute dignité, en étant soutenu et entendu.

(Association des soins palliatifs de la Province de Namur, rue des Dames blanches, 5000 Namur, tél. 081/47 00 50.

Pascale Genard

**« HOME CLINIC » OU L'HOPITAL  
A DOMICILE POUR UNE PRISE EN  
CHARGE GLOBALE DU PATIENT**

Cette jeune asbl s'est donné pour mission de  
développer l'hospitalisation à domicile,  
dès le diagnostic d'une maladie grave

La Libre Belgique, 19 novembre 1998

(...) C'est dans le but d'humaniser les soins à  
domicile pour toute personne atteinte d'une  
maladie grave, en réalisant une prise en charge  
globale du patient et de sa famille dès le  
diagnostic, qu'a été créée « Home Clinic »  
(Présidente Chantal Couvreur), une asbl soucieuse  
de répondre aux besoins physiques mais  
également psychosociaux du malade (...)

(« Home Clinic », 29, rue de Suisse, 1060  
Bruxelles – Tél. 0477/48 74 01).

## AGENDA

**Mardi 16 mars 1999 à 20 h. : « SORTIR DIGNEMENT DE LA VIE »,**

ciné-débat présenté par Madeleine Moulin, professeur à l'ULB, Directeur du Centre de  
Sociologie de la Santé.

Salle Dupréel de l'Institut de Sociologie de l'ULB, 44 av. Jeanne – 1050 Bruxelles

Rens. : CUFS, 02/650.31.10

**Samedi 17 mars 1999 : « RITES FUNERAIRES OU VOYAGE ORGANISE »**

Séminaire annuel de l'asbl Sarah, axé cette fois sur la mort, les rites funéraires, les rituels  
d'accompagnement...

Rens. : Berthe Genard – asbl Sarah, 26 rue F. Roosevelt – 6041 Gosselies –  
tél. 071/37.49.32

**Avril, mai et juin 1999 : FORMATION AUX SOINS PALLIATIFS**

Formation de bénévoles aux soins palliatifs (6 vendredis) organisée par la plate-forme de  
soins palliatifs du Hainaut occidental

Rens. et inscriptions avant le 31/12/98 : A.R.C.S.P.H.O., rue du Chevet Saint-Pierre, 12  
à Tournai,

tél. : 069/22 62 86.

## LU DANS LA PRESSE

### EUTHANASIE : PLAIDOYER D'UN MEDECIN POUR LA LEGALISATION

Le Soir, 26 octobre 1998

(...) La position laïque devant la mort n'est pas idéologique. Tel médecin, pourtant très catholique, s'isole avec son patient pour abrégé ses tourments. C'est son cœur d'homme qui parle, pas une obéissance à des ordres « supérieurs » de quelque nature qu'ils soient. Il s'est accordé à sa conscience et se sait seul pour tirer le rideau de l'insupportable tragédie.

Il est aisé de parler de meurtre pour dénoncer un geste responsable, et d'incompétence professionnelle, pour qualifier une décision mûrement réfléchie quand il n'est plus possible de croire au miracle.

Il faut légaliser pour ne pas massacrer la conscience de ceux qui représentent le seul rempart contre la dégradation du corps et de l'esprit, pour ne pas laisser à eux seuls l'abomination du doute. Une nécessité bien éloignée de conférer au médecin un pouvoir absolu sur la vie et sur la mort ! (...)

Je remercie le médecin qui, le jour venu, m'aidera à franchir le Styx et m'oppose de mon vivant à ce que le législateur puisse l'en empêcher, ses lois surannées menaçant le précieux confort d'un homme de conviction dans son dernier acte d'humanité à l'égard d'un de ses frères.

(...) Les lois existent pour temporiser face à l'évolution des mentalités. Mes trente ans d'activité médicale m'ont enseigné, mieux qu'un siècle de guerres idéologiques, ce que le tabou dont s'entoure la mort comporte d'inhumain dans sa perception par les vivants. *Que fait-on encore sur Terre ? – Pourquoi suis-je ici, inutile ? – Dieu ferait mieux de me reprendre...* sont des paroles souvent prononcées par des pensionnaires des maisons de repos. Ne sont-ils pas des signes précurseurs du changement des mentalités ? Faut-il hydrater par baxter celui qui refuse de boire, encore digne dans sa volonté d'en finir ?

Faut-il blasphémer contre la volonté de ceux, rares peut-être, qui s'insurgent contre leur sort en fermant la conscience de ceux qui ont mission d'aider ?

L'hypocrisie de la loi n'est plus de mise en matière d'euthanasie. L'avortement a été légiféré. L'euthanasie doit l'être.

Dr R. Morelle (Wihogne)

### « EUTHANASIE »

Vers l'Avenir, 7 septembre 1998

Les parlementaires vont avoir l'occasion d'exercer leurs talents oratoires dans le prochain grand débat de société programmé : l'euthanasie. La question de l'avortement étant réglée, il faut à présent s'attaquer au problème des vieillards qui tardent à mourir. Ce n'est pas un hasard si l'on retrouve dans les deux cas les mêmes partisans de la mise à mort de leurs semblables. Pourquoi s'arrêter en chemin ? L'expérience a montré que l'on peut tout obtenir d'un régime parlementaire. Il ne faut rien attendre de bon de discussions ou de lois où la vie des citoyens est en jeu. Ceux-là mêmes qui sont si prompts à crier au fascisme et au nazisme à tout propos et hors de propos sont en train de préparer un cadre légal à l'élimination d'êtres considérés comme gênants parce que malades incurables. Ce n'est plus de l'euthanasie, c'est de « l'euthanazisme ».

Abbé Daniel Goens, Bruxelles

*Sans commentaires...*

# ÉTRANGER

## AMERIQUE DU SUD

Fundacion pro Derecho a Morir Dignamente,  
Boletín n° 25, septembre 1998

Le thème de l'euthanasie a intéressé de très nombreux participants et fait l'objet de discussions animées lors du 2<sup>ème</sup> Congrès latino-américain de Bioéthique qui eut lieu à Bogotá en juin 1998.

Le Président de notre association sœur « Fundacion Pro Derecho a Morir Dignamente » s'en est réjoui. Il insiste sur la nécessité d'une information objective, sans parti pris ni opposition primaire entre « les tenants de la vie » et les « tenants de la mort », comme on qualifie trop facilement les deux tendances. Pour lui, toute mort mérite d'être aussi digne que le permettent les circonstances.

G.W.

## ESPAGNE

Bulletin ADMD-France, n° 68, 1998

Après le choc produit par la mort de Ramon Sampredo (cf. Bull. n° 67), le processus de libéralisation s'accroît dans ce pays, déjà très avancé pour une nation catholique.

En effet, la dépenalisation de l'euthanasie volontaire doit prochainement venir en discussion devant le Sénat espagnol.

Rappelons qu'un pas important a déjà été franchi lors de la publication, le 23 novembre 1995, du nouveau Code Pénal. En effet, l'article 143, alinéa 4, ne considère plus l'euthanasie et le suicide assisté comme un homicide. L'aide au suicide est punissable de 6 mois à 1 an d'emprisonnement, l'euthanasie de 18 mois à 3 ans. En fait, les peines prononcées sont, en général, assorties du sursis, ce qui signifie que l'auteur de ces actes ne purge pas

de peine de prison. Ces textes ne s'appliquent que lorsque le malade a fait une demande instante et réitérée, qu'il souffre d'une maladie incurable ou d'une affection entraînant des douleurs sévères, permanentes, difficiles à supporter.

Anne-Marie Dourlen-Rollier

## ETATS-UNIS

### LA LEGISLATION DANS L'ETAT D'OREGON La loi est appliquée

Bulletin ADMD-France, n°68, 1998

Depuis l'entrée en vigueur, en octobre 1997, dans l'Etat d'Oregon, d'une loi autorisant le suicide médicalement assisté dans des conditions strictement déterminées, quatre malades en phase terminale ont bénéficié de cette législation unique au monde. Ces quatre personnes étaient atteintes de cancer et ont pu obtenir l'aide d'un médecin, grâce aux associations « Hemlock Society » et « Compassion in Dying ». D'après les informations recueillies, aucune complication n'est survenue et, après que le malade ait sombré dans le coma, le décès est intervenu entre 30 minutes et une heure, suivant le cas. Les adversaires de cette loi demeurent très actifs. Des sénateurs républicains ont déposé des propositions de loi pour faire abroger la nouvelle législation. La ministre de la Justice, Janet Reno, a déclaré que la législation fédérale ne s'oppose pas à la loi de l'Oregon, que celle-ci ne menace pas les droits civils des malades en phase terminale qui veulent mettre fin à leur vie. Cependant, pour plus de sécurité, le ministère de la Justice continuera à surveiller l'application de la loi.

Anne-Marie Dourlen-Rollier

## Des manœuvres mettent la loi en danger !

VES Newsletter, n° 64, Sept. 1998

Un membre du Congrès américain, Henry Hyde, propose un amendement au Federal Controlled Substances Act pour rendre illégale la prescription des médicaments utilisés dans le suicide assisté. Ceci empêcherait tout médecin d'aider un patient de crainte de perdre son droit de prescription et d'être éventuellement poursuivi.

Cet amendement qui a le soutien des organisations opposées à la loi soulève une forte résistance, non seulement des défenseurs du suicide assisté, mais même de l'American Medical Association qui craint que les médecins ne puissent plus prescrire de quoi calmer les souffrances de leurs patients ; de même, les partisans des droits des Etats s'y opposent arguant du fait que ces instances fédérales ne devraient pas intervenir dans une disposition qui a été votée par deux fois par les habitants de l'Oregon.

Un sondage effectué en juillet sur 1000 Américains montre que 75 % d'entre eux pensent que le Congrès ne devrait pas annuler la loi de l'Oregon ; de même, 75 % estiment que les médecins devraient pouvoir aider à mourir ceux qui souffrent d'une maladie mortelle et veulent mettre fin à leurs jours.

A-M. K.

### UNE ENQUETE AUPRES DES PATIENTS ATTEINTS DE SCLEROSE LATERALE AMYOTROPHIQUE, CONCERNANT L'ATTITUDE ENVERS LE SUICIDE ASSISTE

A

New England Journal of Medicine 1998, 339

L'étude a été effectuée dans les Etats d'Oregon et de Washington avant l'entrée en vigueur de la loi autorisant le suicide assisté en Oregon.

La sclérose latérale amyotrophique est une affection neuromusculaire qui produit une paralysie progressive atteignant finalement la parole, la respiration et la déglutition, ce qui nécessite alors une alimentation artificielle et une

trachéotomie ou une assistance respiratoire. La durée moyenne de vie est de 3 à 5 ans.

A la question « Pourrait-il y avoir pour vous des circonstances où vous souhaiteriez disposer d'une prescription dans le but de mettre fin à votre vie ? », sur 100 patients interrogés, 56 ont répondu par l'affirmative et 44 ont déclaré que, si c'était légalement possible, ils solliciteraient immédiatement une telle prescription pour en disposer le cas échéant.

Cette étude montre combien la loi votée en Oregon était attendue par les patients atteints d'affection neurologique gravement invalidante et rapidement mortelle.

M. E.

### UNE ENQUETE NATIONALE SUR LE SUICIDE MEDICALEMENT ASSISTE ET L'EUTHANASIE

New England Journal of Medicine 1998, 338

Une large enquête a été réalisée en 1996 auprès d'un échantillon de 3102 médecins américains, représentatif des spécialités confrontées avec des affections mortelles, pour connaître leur attitude envers l'assistance au suicide et l'euthanasie.

On peut en résumer les résultats comme suit :

- ont reçu au moins une fois une demande d'euthanasie ou d'aide au suicide 29 %
- ont pratiqué au moins une fois une euthanasie ou une aide au suicide 8 %
- pratiqueraient une euthanasie ou une aide au suicide malgré l'interdiction 18 %
- pratiqueraient une euthanasie ou une aide au suicide légalement autorisées 60 %

Cette étude démontre clairement que l'interdiction légale de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté ne permet pas aux médecins d'agir selon leur conscience. Elle confirme aussi qu'une majorité d'entre eux est favorable à une dépénalisation.

M. E.

**DERNIERE MINUTE : ...**

## LE DOCTEUR KEVORKIAN INCULPE D'ASSASSINAT

Nous apprenons que le docteur Jack Kevorkian, qui milite depuis de nombreuses années aux Etats-Unis pour la légalisation de l'euthanasie et qui a, à de nombreuses reprises, aidé des malades en situation désespérée à se suicider et a été plusieurs fois inculpé mais toujours acquitté vient d'être arrêté sous l'inculpation d'assassinat pour avoir pratiqué une euthanasie à un malade en phase terminale qui voulait mettre fin à ses jours. L'euthanasie a été filmée en vidéo et présentée sur une chaîne de télévision. Le juge Robert Crawford a décidé de le remettre en liberté à la condition qu'il ne participe plus à aucune euthanasie. Le médecin, qui a déclaré vouloir qu'un procès public ait lieu pour mettre la société devant ses responsabilités, a donné l'assurance qu'il observerait cette consigne jusqu'à la fin de son procès. Son conseiller juridique, David Gorosh, a précisé que le Dr Kevorkian n'avait pas admis avoir tué qui que ce soit. « *Il a seulement admis avoir mis fin à la souffrance.* »

*Ndlr. Nous reviendrons plus longuement sur cette affaire dans notre prochain bulletin.*

### FRANCE

#### INTERVIEW DE CHRISTINE MALEVRE (extraits)

Emission « La Marche du Siècle », France 3  
2 septembre 1998

**J.M. Cavada :** Mademoiselle Malèvre, le 8 juin dernier vous avez été mise en examen pour homicide volontaire. La justice vous reproche d'avoir mis fin aux souffrances de plusieurs malades, une trentaine, dit la presse – je n'en juge pas car je ne le sais pas – en d'autres termes, de les avoir euthanasiés. Vous êtes suspendue de votre poste, c'est à dire sans ressources depuis le 18

juillet. L'instruction est en cours. C'est la raison pour laquelle dans cette discussion qui est en direct nous n'aborderons pas les circonstances précises, qui sont au fond des questions du juge, puisque ce n'est pas notre rôle, qui constituent le fond du dossier (...).

Dans quel état d'esprit êtes-vous aujourd'hui Mademoiselle Malèvre et d'abord pourquoi avez-vous décidé de parler ce soir ?

**Christine Malèvre :** Bonsoir. Bien, je crois que maintenant le débat est ouvert, et en tant qu'infirmière ayant vécu auprès de malades qui souffraient, qui réclamaient à mourir, auprès de familles aussi, mon témoignage peut être utile aujourd'hui.

**J.-M. C. :** C'est le but de votre intervention.

**CH. M. :** Tout à fait oui.

**J.-M. C. :** Dans quel état d'esprit vous sentez-vous actuellement ?

**Ch. M. :** Je suis à la fois soulagée que tout cela soit apparu et qu'on ose en parler aujourd'hui pour ces malades, et puis à la fois je suis désolée que tout cela apparaisse de la manière dont cela a été fait, de la manière dont on a parlé de cette affaire.

**J.-M. C. :** Mademoiselle, je ne vous demanderai pas d'entrer dans les faits précis, je l'ai dit tout à l'heure. Je voudrais savoir simplement les conditions dans lesquelles les actes qui vous sont reprochés peuvent être accomplis. Est-ce qu'il s'agit de chimie, pour être très précis, c'est à dire d'injection de produits ?

**Ch. M. :** Oui, ce sont effectivement des produits prescrits.

**J.-M. C. :** Est-ce que dans votre carrière d'infirmière qui a toujours voulu se vouer, se dévouer devrait-on dire, aux soins palliatifs, vous est-il arrivé que l'on vous demande explicitement d'abrèger les souffrances ? Et dans ce cas, qui le demande : ce sont les patients eux-mêmes, ce sont les familles ?

**Ch. M. :** Oui, on me l'a demandé ; des patients me l'ont demandé, des familles aussi.

**J.-M. C. :** Est-ce que vous étiez consciente, Mademoiselle, je l'imagine, mais enfin, votre parole a de la valeur beaucoup plus que ma question, des conséquences évidentes ou possibles de vos actes s'ils étaient avérés publiquement ?



**Ch. M.** : Oui, bien sûr. Mais tout s'est fait dans un climat de confiance avec les patients, avec toute une relation. Des relations humaines se sont instaurées entre ces patients et moi, et lorsqu'on n'a rien à proposer aux malades, pas de service spécifique, quand on sait que la médecine ne peut plus rien, faut-il se défilier et laisser ces malades souffrir et ne pas répondre à leur demande ? J'ai écouté ces patients, je les ai aidés, je leur ai apporté tout ce que je pouvais, par les soins, par ma présence...

**J-M. C.** : C'était évidemment tous des malades incurables, en fin de vie, et tous dans un état de souffrance ?

**Ch. M.** : Oui, tout à fait.(...)

**J-M. C.** : Cela veut dire que vous étiez en présence de malades dont les douleurs étaient telles qu'à la fin personne ne pouvait plus les supporter ?

**Ch. M.** : Ce serait inhumain de pouvoir supporter une souffrance pareille. C'est inhumain. On m'a reproché d'être trop humaine, mais, dans ce métier-là on ne peut pas être trop humain.

**J-M. C.** : J'ai encore, si vous le permettez, deux ou trois questions à vous poser. La première, c'est que maintenant que les choses ont pris une tournure publique, que vous avez été confrontée avec la conséquence de vos actes, de vos décisions d'infirmière, est-ce que vous n'avez pas le sentiment – et je n'en ai aucune idée, tout à fait sincèrement – d'avoir manqué de recul, peut-être de sang-froid, de distance. Peut-être d'avoir été trop humaine et pas assez froide et distante ? Est-ce que vous n'avez pas cédé devant la douleur ?

**Ch. M.** : Ce n'est pas un acte qui se faisait comme ça, le malade qui disait, « Christine j'en peux plus, aide-moi ». Ce n'était pas dans ces conditions-là. C'était sur plus ou moins longtemps, c'était tout un climat de confiance qui s'est instauré avec ces patients. Et quand on a promis quelque chose il est difficile de faire demi-tour. Et puis c'est vrai, je ne pouvais plus supporter cette souffrance, ces patients qui gémissent, qui vous regardent, avec des yeux qui vous supplient. C'est ...

**J-M. C.** : Quant vous dites « on a promis quelque chose », je suis donc sensé comprendre que c'était le fruit de longues discussions au terme desquelles

on vous a demandé ou vous vous êtes engagée en tout cas.

**Ch. M.** : Tout à fait, c'est exactement cela.(...)

**J-M. C.** : Si vous êtes condamnée, Mademoiselle Malèvre, même avec du sursis comme cela est tout à fait possible, vous ne pourrez de toute façon plus jamais exercer votre profession. Or je sais, de par la préparation de cette émission, que c'était votre rêve d'enfant, depuis l'âge de cinq ans et que précisément vous vouliez faire votre carrière dans les soins palliatifs. Donc tout est ruiné là ?

**Ch. M.** : Oui, effectivement. Depuis l'âge de cinq ans je voulais être infirmière. J'avais axé ma carrière en faisant de la mission humanitaire, du soin palliatif, et enfin rêvé de finir par enseigner ce métier, essayer de faire partager l'amour de ce métier. Aujourd'hui je suis privée de mon métier et j'en souffre énormément.

(...) Je voudrais remercier toutes les personnes qui m'ont écrit de France ou de l'étranger, toutes les collègues qui me soutiennent, les anonymes qui me soutiennent. Si je suis encore là aujourd'hui, c'est grâce à eux. Ils m'ont donné le courage de me battre et d'essayer de faire évoluer les choses. Merci.

## UN COMMENTAIRE SUR L'INCULPATION DE CHRISTINE MALEVRE

Bulletin ADMD-France, n°69, 1998

Le cas douloureux de Christine Malèvre, considérée comme une infirmière irréprochable, a brusquement révélé au grand public ce que d'aucuns savaient ou soupçonnaient : des aides à mourir sont pratiquées clandestinement dans les établissements hospitaliers, tantôt à la demande des malades ou de leur famille, parfois sans leur accord. Il a mis en lumière la solitude d'une soignante, unique confidente de la souffrance et de la détresse de certains des patients dont elle avait la charge. Il a également mis en lumière l'attitude des médecins, feignant d'ignorer ce qui se passait dans ce service, certains se prétendant même « choqués » par le comportement de la jeune femme assumant dans l'abandon une responsabilité écrasante.

Il est grand temps que le voile se lève et que soit abordée dans la clarté la situation des grands malades en fin de vie. La réaction foudroyante de la presse audiovisuelle et écrite montre l'acuité du problème et son urgence à le régler. Le fossé qui existe entre l'opinion exprimée par les Français sur l'euthanasie et le refus de réflexion sur ce sujet de la part des autorités civiles et parlementaires va, en partie, se combler. Le procès de Christine Malèvre, mise en examen pour homicide volontaire, qui se déroulera devant la Cour d'Assises, aura un énorme retentissement. Peut-être, auparavant, aura-t-il été débattu par le Parlement d'une légalisation réaliste et humaine ?

Anne-Marie Dourlen-Rollier

#### *Solidarité avec Christine Malèvre*

*Le président de l'ADMD-France, dans le dernier bulletin de l'Association annonce que 16.000 déclarations de solidarité ont déjà été collectées et que plus de deux millions et demi de francs (belges) ont été adressés à l'association. Merci à tous ceux d'entre vous qui ont contribué à aider cette jeune infirmière dans la situation difficile où elle se trouve à tous points de vue.*

*Si vous souhaitez manifester encore votre solidarité, vous pouvez prendre contact avec le secrétariat de l'ADMD Belgique.*

#### UNE EUTHANASIE ACTIVE PRATIQUÉE PAR UN MÉDECIN FRANÇAIS

Comme nous l'avons mentionné dans l'éditorial de ce bulletin, le président du Conseil régional de Midi-Pyrénées de l'Ordre des Médecins s'est expliqué au cours de la même émission de la « Marche du Siècle », sur la raison qui a justifié la décision de ce Conseil, à l'unanimité des sept délibérants, de ne **pas** sanctionner un médecin qui avait pratiqué une euthanasie active chez une patiente de 92 ans, hémiparalysée, dans le coma, atteinte d'une gangrène, et ce malgré l'article du code de déontologie interdisant aux médecins de mettre délibérément fin à la vie. La justice a été

saisie mais a suspendu son action à la décision du Conseil régional de l'Ordre.

C'est la première fois qu'un Conseil de l'Ordre, tant en France qu'en Belgique, prend une telle décision. Il faut cependant savoir qu'elle peut encore faire l'objet d'un recours auprès du Conseil national de l'Ordre. En raison de son importance, nous reproduisons ci-après les termes par lesquels le Président du Conseil régional de l'Ordre des Médecins a justifié cette décision, au cours de cette émission. L'intérêt de la prise de position est évident.

« *Le Conseil régional de l'Ordre des Médecins estime que sur le plan déontologique il ne peut y avoir lieu à sanction disciplinaire. En effet, il est dit aussi dans le code de déontologie qu'un médecin doit assurer par des mesures appropriées la qualité d'une fin de vie. Dans ces conditions, après mûre réflexion, le conseil régional a considéré que le Dr Dufaux a agi plus par humanité, dans un acte de charité, et a privilégié donc l'homme plutôt que la rigueur du texte.* »

#### GRAND DUCHÉ DU LUXEMBOURG

##### L'AIDE AU SUICIDE ET L'EUTHANASIE

L'avis de la Commission consultative nationale luxembourgeoise d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

Zeitung vum Lëtzebuurger Vollek, 4 septembre 1998

L'avis de la Commission consultative nationale d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CNE - Luxembourg) concernant l'aide au suicide et l'euthanasie a été publié récemment. Cet avis est le résultat de plusieurs réunions de travail et a été entériné par une assemblée plénière de la CNE.

**Le code pénal** n'incrimine pas le suicide ni la participation d'un tiers au suicide. Un médecin ayant aidé à un suicide ne peut donc être traîné en justice en tant que complice d'un crime ou délit non prévu par le code.

**La jurisprudence** toutefois punit l'aide au suicide sous le chef de non assistance à personne en danger. Par ailleurs, un médecin ayant joué un rôle actif et direct dans la mort d'une personne, même si celle-ci désire mourir, commet aux yeux du législateur un meurtre (ou un empoisonnement si commis au moyen d'une substance toxique) qui peut être qualifié d'assassinat puisque commis avec préméditation. Seule la contrainte, au moment du fait, par une force à laquelle il n'a pu résister, peut absoudre dans certaines conditions l'auteur de l'acte. L'accord du malade n'est en aucun cas pris en considération en l'état actuel de la législation.

**Les membres du CNE**, quant à eux, estiment que : « pourvu que certaines conditions éthiques très restrictives soient respectées, les médecins ou équipes de médecins qui, dans des conditions exceptionnelles concernant des malades en stade terminal, qui souffrent gravement malgré leur prise en charge, ou concernant des malades en coma terminal, ont décidé de donner la mort à leur patient n'ont rien à se reprocher moralement ». Ils sont dès lors d'avis « qu'il ne serait ni raisonnable, ni même juste que ces médecins soient traités comme des criminels ».

Ils proposent d'inclure dans la loi certaines conditions qui permettraient de reconnaître une motivation moralement acceptable de donner la mort. Cette disposition constituerait une « excuse » au sens du droit pénal qui mettrait le médecin à l'abri de poursuites, à condition qu'il puisse être établi que la décision procédait d'une évaluation sérieuse et moralement responsable de l'état du malade. Par ailleurs, les membres du CNE n'ont pas jugé opportun de « dépenaliser » l'euthanasie ou l'aide au suicide.

Synthèse : G. W.

## GRANDE-BRETAGNE

### LE DOCTEUR MOOR ACCUSE DE MEURTRE

VES Newsletter, n° 64, septembre 1998

Après un an d'enquête menée par les services du Procureur de la Couronne de Newcastle, le Dr Moor a été inculpé de meurtre et appelé à comparaître en justice le 10 septembre, en rapport avec la mort de G.Liddell, un patient cancéreux de 85 ans.

En juillet 1997, il s'était déclaré d'accord avec le Dr Irwin, chairman de VES, qui admettait avoir aidé une cinquantaine de patients à mourir au cours de sa carrière. Le Dr Moor avait lui-même reconnu avoir facilité le décès de certains patients dont deux d'entre eux les dernières semaines. A la suite de ces commentaires, la police du Northumbria a lancé une enquête centrée sur le décès récent de G. Liddell. L'enterrement fut interrompu et une autopsie réalisée.

Le Dr Moor déclare *avoir administré des calmants au mourant, dans le cadre de la loi*. Il nie énergiquement l'inculpation.

La VES fait campagne pour obtenir la cessation des poursuites ; sous son égide, « Les Amis du Dr Moor » organisent des réunions et des manifestations de soutien et lancent une pétition en sa faveur. D'après VES, le Dr Moor aurait donné à son patient mourant une dose de morphine bien inférieure à celle conseillée dans les instructions des hospices ; il est cependant accusé de meurtre, alors que l'on n'investigue pas dans ces hospices. Si les autorités ne se hâtent pas de conclure ce procès, VES craint que les médecins soient encore plus réticents qu'ils ne le sont à administrer des opiacés en quantité adéquate pour calmer les souffrances de leurs patients.

A-M. K.

**Commentaires :** *Pourquoi ce procès alors que le Dr Moor a agi dans le cadre de la loi qui autorise le médecin à donner des calmants pour apaiser les souffrances sans intention de mettre fin aux jours d'un mourant, (règle dite du « double effet ») dont s'inspirent un grand nombre de médecins anglais ?*

*Rappelons qu'il y a peu, la malheureuse Annie Lindsell avait obtenu officiellement la certitude d'être aidée par son médecin à ne pas souffrir quand sa maladie serait trop avancée pour être supportable. Et pourquoi ne pas poursuivre le Dr Irwin lui-même ?*

*Ne serait-ce qu'une manœuvre d'intimidation ?*

## PAYS-BAS

DES MEDECINS GENERALISTES ONT FONDE  
EN JUIN 1997 A AMSTERDAM UNE CELLULE  
DE « SOUTIEN ET CONSULTATION  
POUR LES CAS D'EUTHANASIE », LE SCEA

Relevant, 24, n° 3, juillet 1998

Les médecins peuvent appeler cette cellule pour obtenir informations, avis et seconde opinion (la loi hollandaise impose l'avis d'un second médecin en cas de demande d'euthanasie), concernant l'euthanasie et le suicide assisté pour lesquels on pourrait les solliciter. Un de ses membres dresse le bilan d'une année de fonctionnement.

Le SCEA a sélectionné les généralistes chargés de répondre à leurs collègues sur la base de leur capacité de communication, évaluée lors de séances de formations organisées conjointement par la KNMG (Association des Médecins Hollandais), le Centre Médical et l'Université Libre d'Amsterdam. Ensuite, un protocole des exigences requises pour donner un second avis a été établi. A la fin de cette période de formation, 20 médecins ont été retenus pour assister les 450 généralistes d'Amsterdam/Diemen, lesquels ont reçu une carte d'information et un numéro de téléphone spécial fonctionnant 24 heures par jour.

Le Team a été appelé environ 150 fois. Les deux tiers des demandes concernaient un second avis, ce qui n'est pas étonnant, nombre de généralistes ayant beaucoup de mal à trouver un collègue pour cette tâche. Le SCEA leur facilite les choses et leur permet aussi de rester anonymes. Au cas où le généraliste de service ne connaîtrait pas la réponse à une question, il peut s'adresser à un réseau de spécialistes.

Le but de tout cela ? Il a été dit dès le début que le *seul objectif était d'améliorer la qualité des soins médicaux dispensés aux malades qui demandent l'euthanasie ou le suicide assisté.*

A-M. K.

**Commentaire :** voilà l'exemple d'une action extrêmement utile mais qui évidemment n'est

possible que dans un pays où l'euthanasie n'est plus clandestine.

## MAJORITE CROISSANTE EN FAVEUR DE L'EUTHANASIE

Relevant 24, n°4, octobre 1998

Une majorité croissante de la population néerlandaise, soit 88 %, se positionne en faveur de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Voilà ce qui ressort d'une enquête représentative effectuée, à la demande de la NWE par l'Université Erasme de Rotterdam et l'Institut hollandais d'Opinion Publique (NIPO), parmi 1201 ressortissants néerlandais, hommes et femmes, de 18 ans et plus. Lorsque l'on s'adresse à des personnes qui souffrent de douleurs accablantes dues à une maladie physique incurable à laquelle elles succomberont dans un délai prévisible, 88 % des personnes interrogées disent être favorables à l'euthanasie et à l'aide au suicide. (En 1996, ce nombre était de 84 %). Une très forte majorité estime que l'euthanasie ne peut être pratiquée qu'après concertation du médecin traitant avec un collègue et la famille de l'intéressé. D'après les critères en vigueur à l'heure actuelle, ainsi que la proposition d'amendement de la loi (avril 1998), adoptée depuis par le Parlement, cette dernière condition n'est pas requise.

Trois-quarts, soit 75 %, des personnes interrogées sont également favorables à l'euthanasie lorsqu'il s'agit de malades qui souffrent d'une affection incurable mais qui pourraient vivre encore durant des années. Cette attitude favorable à l'euthanasie et à l'aide au suicide est également approuvée lorsqu'il s'agit de personnes très âgées (67 %) ou de malades qui endurent depuis longtemps des souffrances intolérables d'ordre psychologique (70 %).

Seules 8 % des personnes interrogées se déclarent opposées par principe à l'euthanasie et à l'aide au suicide dans quelque circonstance que ce soit. Cette attitude concerne principalement les membres des églises réformées (20 %) et, dans une moindre mesure, les catholiques (4 %) et les incroyants (1 %).

Lorsqu'il s'agit des personnes qui, indépendamment de l'âge ou de l'état de santé, veulent se donner la mort, 43 % des interviewés acceptent qu'un médecin leur vienne en aide tandis que 46 % s'y refusent. Des conditions plus sévères à l'aide au suicide sont exigées par 53 % lorsqu'il s'agit de patients souffrant de troubles psychiatriques. Une très large majorité se dit favorable à une modification de la loi en matière d'euthanasie (87 %).

La moitié des personnes interrogées fait confiance aux médecins et pense que ces derniers ne précipiteront pas la fin de vie même si l'euthanasie devait être dépenalisée. 28 % d'entre elles disent comprendre que l'on redoute la pratique d'euthanasie non voulue tout en ne craignant rien pour elles-mêmes, contre 12 % qui éprouvent bien cette crainte.

Une majorité, chiffrée à 54 %, pense devoir un jour affronter une situation telle qu'elle ne souhaiterait plus prolonger la vie. Par ailleurs, 77% des répondeurs reconnaissent n'avoir jamais encore eu connaissance d'un cas d'euthanasie dans leur environnement immédiat. Pas moins de 88 % ignorent ce que pense leur médecin de famille en matière d'euthanasie. 35 % estiment que les responsables en hôpitaux et institutions de soins doivent informer les patients en ce qui concerne leur attitude en l'occurrence, tandis que 39 % pensent que cela ne doit se faire que sur demande expresse du malade.

Enfin, trois-quarts des personnes interrogées estiment que le médecin, s'il refuse de pratiquer lui-même l'euthanasie, a le devoir d'orienter son malade vers un collègue.

L.C.

Δ

## DOSSIER

### Sondage SOFRES « Les Français et la mort assistée »

Cette étude nous a été aimablement transmise par l'ADMD-France

**A** la demande de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité la Sofres réalisait, en 1987, une enquête sur « les Français et la mort volontaire ». Avec les mêmes questions, cette enquête a de nouveau été effectuée par la Sofres, en septembre 1997, auprès d'un échantillon national de 1 000 personnes. La présentation des résultats comparés permet de mesurer la progression de nos idées dans l'opinion.

Les Français restent massivement favorables (84 %, contre 9 % opposés et 7 % sans opinion) à la reconnaissance du droit d'une personne atteinte d'une maladie grave s'accompagnant d'une souffrance insurmontable à être aidée à mourir si elle le demande. Les femmes et les sympathisants écologistes sont les plus favorables au droit à la mort douce, les 65 ans et plus, les sympathisants du Front national et les catholiques pratiquants réguliers en constituant les partisans les moins affirmés.

Si le rapport de force entre partisans et opposants de la mort volontaire s'est peu modifié au cours de la décennie écoulée - les Français y étaient favorables à 85 % et opposés à 11 % en novembre 1987 - cette stabilité d'ensemble ne doit pas cacher d'importantes évolutions dans certaines catégories de l'opinion. Ainsi les catholiques pratiquants réguliers ont-ils évolué de façon marquée en faveur du droit à la mort volontaire : les trois-quarts d'entre eux (74 %) y sont désormais favorables contre 67 % il y a dix ans, et ils ne sont plus que 16 % à déclarer leur opposition à ce droit contre 28 % en 1987. La légitimité du droit à la mort douce a donc fortement progressé chez ses opposants les plus avérés.

Signe de la solidité du soutien de l'opinion au droit à la mort douce, les Français replacent celle-ci de façon cohérente dans une perspective personnelle et sociale.

Tout d'abord, aujourd'hui comme il y a dix ans, la possibilité de la mort volontaire n'est pas une perspective que l'on envisage seulement pour les autres ou un droit que l'on revendique par principe. S'ils étaient confrontés à une maladie incurable et des souffrances insupportables, les Français souhaiteraient dans la grande majorité (79 % - comme en 1987 - dont 55 % « certainement » et 24 % « probablement ») être aidés à mourir. Ce souhait reste cependant nettement plus marqué chez les catholiques non pratiquants et les sans religion que chez les catholiques pratiquants. Il est également moins fortement exprimé par les 18-24 ans et les 65 ans et plus, et ce en 1997 comme en 1987.

La revendication du droit à la mort volontaire trouve également son corollaire sur le plan législatif : les Français s'affirment de façon croissante en faveur d'une modification du Code pénal visant à mettre fin aux risques de poursuites judiciaires encourus par les personnes aidant un malade à mourir à sa demande.

### **La revendication croissante d'une maîtrise de la mort volontaire par le malade lui-même**

Fortement revendiqué, le droit à la mort volontaire est conçu de façon croissante par les Français comme devant être pleinement maîtrisé par le malade lui-même. Au fur et à mesure que se consolide le soutien au droit à la mort douce, il

apparaît un processus d'appropriation personnelle de ce droit chez les Français, tant sur la question des modalités que de la responsabilité de cette décision, et ce au détriment de l'autorité médicale.

L'opinion apparaît tout d'abord plus partagée qu'il y a dix ans sur l'étendue du droit d'être aidé à mourir. Celui-ci doit se limiter au refus de l'acharnement thérapeutique pour 34 % des Français contre 27 % en 1987 ; il doit au contraire inclure une aide active à mourir pour 55 % d'entre eux contre 63 % il y a dix ans. Les catégories moyennes salariées et populaires sont les plus favorables à une conception active de la mort volontaire, même si les ouvriers apparaissent nettement plus partagés sur cette question qu'en 1987 ; à l'inverse, les commerçants, artisans et industriels et les cadres supérieurs expriment une vision plus prudente, privilégiant à plus de 40 % la restriction du droit à la mort douce au refus de l'acharnement thérapeutique. La modération accrue quant aux modalités d'application de la mort volontaire traduit en partie l'évolution des catholiques pratiquants réguliers, qui avaient en 1987 une opinion beaucoup moins tranchée sur cette question et se rallient progressivement au droit à l'aide à mourir. Mais elle manifeste surtout, dans l'ensemble de la population, une plus grande méfiance envers l'intervention médicale dans la mise en oeuvre du processus de mort volontaire.

La moindre confiance dans la conduite médicale du processus d'aide à la mort se retrouve de façon plus nette encore sur la question de la responsabilité de sa mise en oeuvre.

L'évolution de l'opinion sur ce point est spectaculaire et résulte en un véritable transfert de responsabilité du médecin vers le malade. Ils étaient en effet une majorité à estimer, en 1987, que la mise en oeuvre des moyens de la mort volontaire revenait en priorité au médecin traitant plutôt qu'au malade lui-même (37 %). Or, c'est aujourd'hui à ce dernier que revient la décision pour 48 % des Français, seuls 33 % d'entre eux la déléguant au médecin qui le soigne.

Un phénomène de réappropriation du processus de mise en oeuvre de la mort douce semble donc se produire, qui peut indiquer une intensification de la revendication de ce droit, qui devient droit intime et personnel, mais aussi une

plus grande inquiétude face au pouvoir ainsi délégué à la science et à l'institution médicale.

Signe supplémentaire du désir d'appropriation accrue du droit à la mort volontaire par le malade, une très forte majorité de Français, en augmentation par rapport à 1987, estime que pour un malade devenu incapable de s'exprimer mais qui aurait au préalable consigné par écrit son désir d'être aidé à mourir, il faut respecter sa volonté librement énoncée (82 %) plutôt que de renoncer à exécuter cette volonté au motif qu'il ne peut conformer son accord (11%). C'est ainsi l'ultime parole du malade qui fait autorité en dernier lieu, plutôt que l'entourage ou le médecin.

N.B. : La note de synthèse a été rédigée par la Sofres.

## Sondage SOFRES

### «Les Français et la mort volontaire»

**Question 1** En cas de maladie grave et incurable s'accompagnant d'une souffrance insurmontable, seriez-vous favorable ou opposé à ce que soit reconnu au malade le droit d'être aidé à mourir à sa demande ?

	1987	1997
• favorable.....	85	84
• opposé.....	11	9
• sans opinion.....	4	7
	100%	100%

SEXE	Favorable	Opposé	Sans Opinion
• homme.....	80	11	9
• femme.....	88	7	5

PROFESSION	Favorable	Opposé	Sans Opinion
• agriculteur*.....	79	14	7
• commerçant, artisan.....	88	7	5
• cadre, prof. intellec.....	86	8	6
• intermédiaire, employé.....	86	8	6
• ouvrier.....	88	7	5
• inactif, retraité.....	79	12	9

RELIGION	Favorable	Opposé	Sans Opinion
• catholique prat. rég.....	74	16	10
• catholique prat. occas.....	84	8	8
• catholique non prat.....	87	8	5
• sans religion.....	88	5	7

AGE	Favorable	Opposé	Sans Opinion
• 18 à 24 ans.....	84	7	9
• 25 à 34 ans.....	90	5	5
• 35 à 49 ans.....	88	9	3
• 50 à 64 ans.....	82	10	8
• 65 ans et plus.....	76	14	10

PRÉFÉRENCE PARTISANE	Favorable	Opposé	Sans Opinion
• PC.....	86	7	7
• PS.....	86	7	7
• écologistes.....	91	5	4
• UDF.....	83	11	6
• RPR.....	81	12	7
• FN.....	78	16	6
• sans préf. partisane.....	83	9	8

\* en raison de la faiblesse des effectifs, les résultats sont à interpréter avec prudence



## Sondage SOFRES

### «Les Français et la mort volontaire»

**Question 2** Selon vous, le droit d'être aidé à mourir à sa demande devrait-il se limiter au refus de l'archarnement thérapeutique ou inclure également une aide active à mourir ?

	1987	1997
A • se limiter au refus de l'archarnement thérapeutique -	27	34
B • inclure également une aide active à mourir -----	63	55
• sans opinion-----	10	11
	100%	100%

SEXE	A	B	Sans Opinion
• homme.....	33	54	13
• femme .....	34	56	10

PROFESSION	A	B	Sans Opinion
• agriculteur* .....	45	45	10
• commerçant, artisan ....	40	50	10
• cadre, prof. intellec. ....	42	51	7
• intermédiaire, employé..	29	61	10
• ouvrier .....	31	59	10
• inactif, retraité .....	33	51	16

RELIGION	A	B	Sans Opinion
• catholique prat. rég.....	49	40	11
• catholique prat. occas.	46	42	12
• catholique non prat. ....	31	59	10
• sans religion .....	25	62	13

AGE	A	B	Sans Opinion
• 18 à 24 ans .....	35	52	13
• 25 à 34 ans .....	28	63	9
• 35 à 49 ans .....	36	57	7
• 50 à 64 ans .....	37	50	13
• 65 ans et plus .....	33	50	17

PRÉFÉRENCE PARTISANE	A	B	Sans Opinion
• PC .....	22	66	12
• PS .....	30	61	9
• écologistes .....	32	60	8
• UDF .....	46	42	12
• RPR.....	46	44	10
• FN.....	20	69	11
• sans préf. partisane .....	32	51	17

## Sondage SOFRES

### «Les Français et la mort volontaire»

**Question 3** S'il s'agit d'une aide active à mourir, qui, selon vous, devrait en priorité mettre en oeuvre les moyens de cette mort volontaire ?

	1987	1997
<b>A • le malade lui-même</b> .....	37	48
<b>B • un de ses proches</b> .....	7	8
<b>C • le médecin qui le soigne</b> .....	46	33
<b>D • sans opinion</b> .....	10	11
	100%	100%

SEXE	A	B	C	D
• homme.....	49	8	31	12
• femme.....	46	8	36	10

PROFESSION	A	B	C	D
• agriculteur*.....	59	10	24	7
• commerçant, artisan.....	43	7	43	7
• cadre, prof. intellec. ....	45	5	33	17
• intermédiaire, employé..	48	8	35	9
• ouvrier.....	57	8	27	8
• inactif, retraité.....	42	9	36	13

RELIGION	A	B	C	D
• catholique prat. rég.....	41	6	37	16
• catholique prat. occas.....	47	7	35	11
• catholique non prat.....	48	8	36	8
• sans religion.....	51	11	25	13

AGE	A	B	C	D
• 18 à 24 ans.....	55	12	22	11
• 25 à 34 ans.....	54	6	32	8
• 35 à 49 ans.....	48	9	35	8
• 50 à 64 ans.....	44	10	33	13
• 65 ans et plus.....	40	5	40	15

PRÉFÉRENCE PARTISANE	A	B	C	D
• PC.....	49	7	37	7
• PS.....	47	7	36	10
• écologistes.....	51	14	30	5
• UDF.....	42	16	31	11
• RPR.....	46	8	35	11
• FN.....	66	4	24	6
• sans préf. partisane.....	44	6	33	17

\* en raison de la faiblesse des effectifs, les résultats sont à interpréter avec prudence

## Sondage SOFRES

### «Les Français et la mort volontaire»

**Question 4** Vous-même, en cas de maladie grave ou incurable s'accompagnant d'une souffrance insurmontable, souhaitez-vous être aidé à mourir ?

	1987	1997
A • oui, certainement.....	58	55
B • oui, probablement.....	21	24
C • non, probablement pas.....	4	4
D • non, certainement pas.....	9	8
E • sans opinion.....	8	9
	100%	100%

SEXE	A	B	C	D	C
• homme.....	53	23	5	10	9
• femme.....	56	26	3	6	9

PROFESSION	A	B	C	D	C
• agriculteur*.....	48	24	7	4	17
• commerçant, artisan.....	60	22	5	4	9
• cadre, prof. intellec.....	45	34	5	6	10
• intermédiaire, employé.....	53	30	5	5	7
• ouvrier.....	60	21	3	9	7
• inactif, retraité.....	55	20	3	11	11

RELIGION	A	B	C	D	C
• catholique prat. rég.....	47	19	8	14	12
• catholique prat. occas.....	49	33	2	8	8
• catholique non prat.....	58	24	3	7	8
• sans religion.....	56	24	3	5	12

AGE	A	B	C	D	C
• 18 à 24 ans.....	43	29	7	10	11
• 25 à 34 ans.....	57	25	5	6	7
• 35 à 49 ans.....	56	29	3	5	7
• 50 à 64 ans.....	60	18	2	8	12
• 65 ans et plus.....	50	23	4	13	10

PRÉFÉRENCE PARTISANE	A	B	C	D	C
• PC.....	54	29	7	5	5
• PS.....	58	23	4	6	9
• écologistes.....	60	23	3	6	8
• UDF.....	47	28	4	12	9
• RPR.....	53	23	5	10	9
• FN.....	64	22	0	13	1
• sans préf. partisane.....	50	26	4	7	13

\* en raison de la faiblesse des effectifs, les résultats sont à interpréter avec prudence

## Sondage SOFRES

### «Les Français et la mort volontaire»

**Question 5** Pour un malade devenu incapable de manifester sa volonté et qui aurait exprimé au préalable par écrit son désir que l'on ne prolonge pas sa vie dans de telles conditions, que doit-on faire ?

	1987	1997
A • il faut respecter son désir de mourir comme il l'a demandé de façon libre et réfléchie -----	79	82
B • on ne peut pas exécuter la volonté d'un malade qui n'est plus en mesure de confirmer son accord -----	15	11
• sans opinion -----	6	7
	100%	100%

SEXE	A	B	Sans Opinion
• homme .....	79	13	8
• femme .....	84	10	6

PROFESSION	A	B	Sans Opinion
• agriculteur* .....	69	14	17
• commerçant, artisan .....	82	12	6
• cadre, prof. intellec. ....	79	12	9
• intermédiaire, employé..	85	9	6
• ouvrier .....	86	10	4
• inactif, retraité .....	80	13	7

RELIGION	A	B	Sans Opinion
• catholique prat. rég. ....	67	19	14
• catholique prat. occas.	87	9	4
• catholique non prat. ....	86	9	5
• sans religion .....	80	10	10

AGE	A	B	Sans Opinion
• 18 à 24 ans .....	74	20	6
• 25 à 34 ans .....	86	8	6
• 35 à 49 ans .....	87	8	5
• 50 à 64 ans .....	81	11	8
• 65 ans et plus .....	77	14	9

PRÉFÉRENCE PARTISANE	A	B	Sans Opinion
• PC .....	88	10	2
• PS .....	83	11	6
• écologistes .....	84	12	4
• UDF .....	75	16	9
• RPR .....	82	10	8
• FN .....	86	13	1
• sans préf. partisane .....	78	11	11

\* en raison de la faiblesse des effectifs, les résultats sont à interpréter avec prudence

## Sondage SOFRES

### «Les Français et la mort volontaire»

**Question 6** Actuellement, les personnes qui ont aidé à mourir à sa demande un malade atteint d'une maladie grave et incurable s'accompagnant d'une souffrance insurmontable, sont passibles de poursuites judiciaires.

Personnellement, seriez-vous favorable ou opposé à ce que l'on modifie le code pénal pour mettre fin à ces risques de poursuites judiciaires ?

	1987	1997
• favorable.....	76	82
• opposé.....	15	10
• sans opinion.....	9	8
	100%	100%

SEXE	Favorable	Opposé	Sans Opinion
• homme.....	81	11	8
• femme.....	83	8	9

PROFESSION	Favorable	Opposé	Sans Opinion
• agriculteur*.....	76	10	14
• commerçant, artisan.....	76	21	3
• cadre, prof. intellec.....	84	10	6
• intermédiaire, employé..	82	9	9
• ouvrier.....	83	11	6
• inactif, retraité.....	82	7	11

RELIGION	Favorable	Opposé	Sans Opinion
• catholique prat. rég.....	70	18	12
• catholique prat. occas.	84	6	10
• catholique non prat.....	85	8	7
• sans religion.....	80	9	11

AGE	Favorable	Opposé	Sans Opinion
• 18 à 24 ans.....	75	17	8
• 25 à 34 ans.....	83	17	8
• 35 à 49 ans.....	87	8	5
• 50 à 64 ans.....	81	10	9
• 65 ans et plus.....	79	6	15

PRÉFÉRENCE PARTISANE	Favorable	Opposé	Sans Opinion
• PC.....	83	17	0
• PS.....	84	8	8
• écologistes.....	87	8	5
• UDF.....	87	9	4
• RPR.....	78	10	12
• FN.....	78	13	9
• sans préf. partisane.....	77	11	12

\* en raison de la faiblesse des effectifs, les résultats sont à interpréter avec prudence

# TEMOIGNAGE

## LETTRE A L'ADMD

Il y a trois ans que mon mari, âgé actuellement de 78 ans, médecin de son état, a appris qu'il était atteint d'un cancer. Avec beaucoup de courage, sans interrompre ses activités, il a subi tous les traitements prévus dans ce cas : chirurgie, rayons et plusieurs cures de chimiothérapie. Malheureusement, son état s'est toujours dégradé l'obligeant à mettre fin à sa carrière en 1997.

C'est en février 98, vu l'aggravation rapide de son état, qu'il écrivit ses volontés :

*« Je déclare ne pas souhaiter d'acharnement thérapeutique et je demande aux personnes concernées (médecin et famille) de bien vouloir envisager l'euthanasie si ma femme et mes deux filles le jugent ainsi ».*

Devenu grabataire en juin 1998, il manifesta le désir « d'en finir », et décida de rentrer à l'hôpital à cet effet, mais eut vite compris qu'il n'obtiendrait pas ce qu'il souhaitait et décida de quitter l'hôpital. Il est rentré chez nous et fut soigné par un généraliste et un organisme de soins palliatifs. Il fit la même démarche auprès du médecin et reçut la même réponse négative. Une semaine après le médecin souhaita qu'il soit de nouveau hospitalisé, les soins devenant trop lourds. Mon mari choisit un autre hôpital de la ville, là où il était passé au cours de sa longue carrière, espérant qu'il serait mieux compris.

Il y est entré début octobre. Hélas c'était plus mal tomber encore. Toutes ces démarches ont eu lieu de commun accord avec ses deux filles, elles-mêmes médecins. Nous avons informé les médecins et infirmières (soins palliatifs) de ses volontés écrites que j'ai dû confirmer par écrit également. Ensuite mon mari, les filles et moi avons subi des interrogatoires très pénibles que sans doute nous n'aurions pas critiqués s'ils avaient été suivis par la solution que mon mari demandait. Je précise que ces moments à la limite du supportable et toujours en présence de mon mari conscient ont été déclarés

« privilégiés » et « indispensables » par le psychiatre !

Il y a donc plus d'un mois qu'il est en soins palliatifs. Il y a 15 jours qu'il est pratiquement inconscient après une période de délire. Et c'est au cours de cette période qu'il aurait dit aux médecins et infirmières qu'il ne voulait plus mourir, ce que nous n'avons jamais entendu !

Actuellement et depuis plusieurs jours, il ne bouge plus, ne boit plus, sous morphine et calmant. Il dort avec de temps en temps un rictus de douleur. Mais rien de tout cela n'interpelle médecins et infirmières qui continuent leur acharnement.

Nous n'avons plus de conversation avec les infirmières des soins palliatifs car nous ne pouvons oublier certaines choses et leurs « mises en scène ». De plus, lors d'une de mes visites journalières, j'ai trouvé mon mari seul. Il avait arraché la sonde (il le faisait régulièrement), il saignait, on lui avait ôté sa sonnette et son perroquet (il était entre 12 et 13 heures). Même les infirmières de la salle en étaient scandalisées !

Si les soins palliatifs sont reconnus très valables dans certains cas, ils deviennent dans d'autres mercantiles car il faut « garder » le patient à tout prix, contre sa volonté, pour des questions de quotas ou de subsides ? <sup>1</sup>

Je n'ai pas de fin à mon témoignage puisque malheureusement surtout mon mari et nous devons « subir », mais, je voudrais qu'il serve à d'autres, je ne sais trop comment ! Je l'avoue !

A.C., Bruxelles

*Suite à cette lettre, nous avons entrepris une démarche auprès des médecins en charge de ce patient*

<sup>1</sup> ndlr. Si nous comprenons parfaitement l'indignation de l'auteur de ce témoignage, nous ne partageons toutefois pas l'interprétation ici donnée de cet « acharnement palliatif » qui nous paraît plutôt une conséquence de l'interdiction ou du refus de pratiquer l'euthanasie.

## LES LIVRES

### Jacques Pohier : La mort opportune. Les droits des vivants sur la fin de leur vie

Paris, Editions du Seuil, 1998

J'attendais avec impatience le livre de Jacques Pohier. Mon espoir n'a pas été déçu : il s'agit, à mon avis, du meilleur ouvrage paru en français sur ce sujet. En dix chapitres, il examine de façon à la fois rationnelle et sensible tous les aspects moraux, juridiques, philosophiques, en rapport avec la fin de la vie et les droits des vivants sur leur mort.

L'auteur montre d'abord comment, non seulement la vie, mais aussi la vieillesse et la mort ont été prolongées au cours des deux derniers siècles et comment cette phase nouvelle de la vie (et de la mort) doit être prise en charge par chacun d'entre nous si nous voulons qu'elle soit vraiment la nôtre. La mort (lorsqu'elle n'est pas liée à une affection qui pourrait être guérie) n'est pas une maladie ; elle n'est pas le contraire de la vie ; elle est la phase naturelle d'une vie qui s'achève. Le médecin ne doit plus avoir avec elle une *relation de combat*, mais bien une *relation d'aide et d'accompagnement*. Aider à mourir, dans ces circonstances, ne signifie pas « tuer », mais aider le malade à vivre le moins mal possible « *la façon dont la maladie le tue* ».

Le chapitre 3 comprend deux incursions dans notre passé. La première concerne l'antiquité tardive (III<sup>e</sup> siècle av. J.-C. – IV<sup>e</sup> siècle ap. J.-C.). La terre est au centre de l'univers, entourée de sphères célestes. L'âme, originaire de la sphère la plus haute, et donc d'essence presque divine, tombe vers la terre, vers ce qu'il y a de plus bas : la naissance est une malédiction. L'âme vise à s'éloigner le plus possible de sa condition terrestre pour retourner vers son origine, vers sa vraie patrie : la mort est une bénédiction. Quelle est la cause d'une telle conception ? Jacques Pohier répond : « *Il s'agit tout simplement du malheur humain. (...) Pour ne pas faire de la mort une*

*bénédiction, il faudrait pouvoir faire de cette vie autre chose qu'une malédiction. Si la vie n'est même pas un exil auquel la mort mettrait fin, alors c'est la mort de tout espoir.* »

La seconde incursion historique aborde le christianisme. Celui-ci a toujours tenté de concilier le caractère naturel de la mort et son caractère dramatique et destructeur. Dieu a créé l'être humain mortel par nature, comme tout ce qui est vivant, mais il lui a donné en plus des dons *préternaturels* (c'est-à-dire des dons accordés par surcroît) : l'immortalité et l'usage non désordonné du désir sexuel. La *faute* originelle a dépouillé la nature humaine de ses dons préternaturels et les êtres humains sont donc livrés à la mort et à la concupiscence. On peut s'étonner du succès de ces deux conceptions (celle de l'antiquité tardive et celle du christianisme). Elles sont le résultat d'une dialectique remarquable et séduisante et elles ont pour elles de rendre possible l'espoir.

Le chapitre suivant analyse les conceptions actuelles, en Occident et à la fin du XX<sup>e</sup> siècle. La science a donné une nouvelle image de la place de la terre et de l'homme dans l'univers. La reproduction sexuée a pour résultat une diversification et un enrichissement du programme génétique de l'espèce humaine et elle assure le caractère unique de chaque individu. La mort est biologiquement liée à la sexualité. Elles sont toutes deux un progrès pour la vie, « *deux bénédictions indissociables* ». Quant à « *notre mort à nous, la vôtre, la mienne : malédiction ? bénédiction ?* » Tout dépend de l'âge et des circonstances de la fin de la vie. L'auteur donne l'exemple de la mère de sa femme, âgée de près de 90 ans, atteinte de maladie de Parkinson et de polyarthrite, totalement dépendante pour la nourriture, la toilette, l'hygiène, aveugle et présentant des signes de déficience cérébrale. Il ne souhaite pas, pour lui-même, ce type de survie.

Le chapitre 5 est consacré à la lutte contre les douleurs et aux soins palliatifs. Les médecins français ne se sont souciés que récemment du

traitement de la douleur et beaucoup de progrès restent à faire. Les soins palliatifs ne sont disponibles que pour une petite partie des mourants. De toute façon, ils ne sont en rien une solution « pour la majorité des cas ni pour la majorité des étapes de la dernière phase de notre existence » (ils ne s'appliquent qu'à la phase tout à fait terminale, pendant une période qui, en moyenne, ne dépasse pas quelques semaines). « Pour que notre mort soit opportune, il faut que nous en soyons le sujet. Cela se joue, en réalité, bien avant que nous entrions dans la phase des soins palliatifs. »

L'auteur envisage ensuite le droit à la vérité et le droit au refus du traitement. Il montre l'intérêt du testament de vie, malgré les objections qui sont habituellement formulées, en particulier celle qui consiste à dire que le signataire du document aurait pu changer d'avis alors qu'il est devenu incapable de s'exprimer. Le même raisonnement pourrait s'appliquer au testament ordinaire, à la volonté de donner son corps à la science ou d'être incinéré. Il n'a pourtant jamais été considéré comme une cause d'invalidation de ces documents.

Les trois chapitres suivants constituent le noyau de l'ouvrage. Ils concernent l'euthanasie volontaire, le suicide assisté et la législation. Nous ne résumerons pas tous les arguments en faveur du droit à l'euthanasie et au suicide assisté ni ceux en faveur d'une législation rendant possible l'exercice de ce droit. Ils ont souvent été exposés dans ce bulletin et nos membres les connaissent bien. Je me contenterai de citer quelques expressions qui me paraissent particulièrement heureuses ou quelques points plus rarement abordés. L'euthanasie n'est pas une décision médicale. Elle n'est pas un droit que le médecin s'arroge ; elle est une décision que prend le malade qui choisit entre deux façons de mourir. A propos de ceux – hostiles à l'euthanasie – qui contestent l'expression « droit de mourir dans la dignité » en déclarant que notre dignité dépend d'abord du regard que les autres portent sur nous, je voudrais citer Jacques Pohier un peu longuement : « Mais s'il peut en être la source et l'enrichir, le regard de l'autre sur moi, et la dignité qu'il me confère en me la reconnaissant, ne me dispense ni ne me dépouille de ma relation

à moi-même et de ce qui est à la fois mon droit et mon devoir d'être moi-même. Il est bien vrai que le regard d'autrui sur moi est irremplaçable. Il n'est pas vrai que je sois obligé de trouver digne de moi des conditions de vie et de mort pour la seule raison que d'autres reconnaissent ma dignité complète d'être humain malgré ces conditions. »

On admet que la lutte contre la douleur puisse aboutir à avancer l'heure de la mort (principe de l'action à double effet) ; pourquoi pas le souci de conserver jusqu'au bout sa lucidité et la possibilité de relation avec les autres ?

L'exemple des Pays-Bas est étudié en détail. Les similitudes et les différences entre euthanasie volontaire et suicide assisté sont examinées. L'assistance médicale au suicide est justifiée par quatre raisons « techniques » : « quels médicaments ? comment les obtenir ? comment les administrer ? que faire d'autre en cas d'échec ? » Lorsque l'assistance médicale au suicide n'est pas possible, le suicide assisté non médicalement devrait pouvoir l'être, comme un moindre mal. Ce principe est moralement défendable, mais il me paraît pratiquement contestable, précisément pour les raisons qui viennent d'être exposées.

Faut-il légiférer ? La loi a d'abord pour fonction de proclamer un droit et d'en protéger l'exercice. » Les lois actuelles empêchent le libre choix de sa fin. Les adversaires d'une législation évoquent souvent le risque de dérapages. « L'éventualité de dérapages n'autorise pas à interdire un comportement lorsqu'il est légitime. » Il faut souligner que la situation actuelle entraîne des abus : les euthanasies clandestines, pratiquées sans demande de la personne concernée et surtout le non-respect de la volonté de la personne qui demande l'euthanasie. Notre désir d'obtenir une loi parfait qui ne pourrait prêter à aucun dérapage, à aucun abus, est illusoire. La loi doit être rédigée de telle sorte qu'elle empêche les dérapages les plus probables, mais elle ne pourra pas les prévoir tous. C'est pourquoi elle doit pouvoir être révisée, voire révoquée si les inconvénients l'emportent sur les avantages.

Nous avons vu plus haut que l'euthanasie volontaire est un choix entre deux façons de mourir. Ce choix est un droit qui devrait être



reconnu. « *La loi ne proclame pas actuellement ce droit et n'en protège pas l'exercice : elle interdit même à quiconque de prendre part à cet exercice. La solution est donc fort simple : il suffit que la loi reconnaisse ce droit et en protège l'exercice.* » Il ne faudrait pas croire, à la suite de cette déclaration, que Jacques Pohier considère qu'il est simple aujourd'hui d'obtenir en France un changement de la loi. Le divorce existant entre les hiérarchies et leurs bases, entre l'Eglise catholique, par exemple, et les croyants, entre les instances médicales officielles et les médecins, entre les représentants élus du pouvoir législatif et le peuple français, freineront les initiatives pour un changement de la loi. En regardant comment les choses ont pu progresser dans d'autres pays (Pays-Bas, Australie, Danemark, Suisse, certains Etats des Etats-Unis), on doit bien constater que nulle part on n'est passé de « *la loi simple (qu'ils avaient tous en commun* »\*, « *l'euthanasie est un assassinat* », à l'autre loi simple, « *l'euthanasie volontaire n'est pas un délit et il est légitime d'y apporter son aide* ». »

Comment arriver au changement ? L'auteur pense qu'il faut distinguer le centre de gravité, le noyau central, de tout ce dont il a été question dans le livre : les droits des êtres humains sur la fin de leur vie, et l'horizon, le cercle le plus lointain : la reconnaissance par la loi du droit à l'euthanasie volontaire et au suicide assisté, et donc du droit à aider quelqu'un qui a choisi cette façon de mourir. « *La condition préalable est de charger à son maximum d'énergie le noyau central, à savoir l'affirmation des droits des êtres humains sur la fin de leur vie. (...) C'est là que, pour le meilleur et pour le pire, tout dépend de nous.* » Il faut donc renforcer l'ADMD et que davantage de personnes soient autorisées à lutter pour faire prévaloir ses points de vue. Une première étape pourrait consister à promouvoir la lutte contre la douleur et le droit au refus ou à l'acceptation du traitement, à donner force légale au testament de vie. Cette étape n'est probablement pas trop difficile à franchir. Elle aurait pour résultat de modifier les mentalités, de changer les relations entre les médecins et leurs patients et d'améliorer les conditions de fin de vie d'un grand nombre de personnes. Avec cette expérience acquise, on

pourrait engager ensuite un large débat public qui pourrait aboutir à la législation souhaitée par la majorité de la population.

Le dernier chapitre est constitué de *la petite chronique de cinq morts volontaires amicalement assistées*, cinq récits remarquables de pudeur et de sensibilité, de la fin de personnes qui se sont suicidées et qui ont reçu l'aide amicale de Jacques Pohier, qui révèle ainsi qu'il n'est pas seulement un brillant théoricien des *droits des vivants sur leur fin de vie*, mais aussi un homme bon et compatissant, prêt à s'engager, et aussi un écrivain de qualité.

Yvon Kenis

**Margaret F.A. Otlowski : Voluntary euthanasia and the common law** (Euthanasie volontaire et droit coutumier)

Clarendon Press, 1997, 564 p.

*Le compte-rendu est de Jean Davies, dont nous traduisons ci-après de larges extraits.*

(...) L'auteur est maître de conférences à l'Université de Tasmanie (Australie) : c'est donc un ouvrage érudit mais de style clair et dénué de tout jargon. Comme le titre l'indique, il couvre tout du champs des juridictions basées sur le droit coutumier (Common Law)\*\*; ceci inclut la Grande-Bretagne, les USA, le Canada, la Nouvelle Zélande et l'Australie. En outre, un chapitre a été consacré aux Pays-Bas où le système juridique dérive du droit romain.

\* Ceci n'est pas tout à fait exact. Aux Pays-Bas et en Suisse, par exemple, l'euthanasie est un crime ou un délit distinct de l'assassinat et passible d'une peine moins importante.

\*\* *Ndlr* C'est-à-dire le droit coutumier (basé sur les cas) par opposition à la loi codifiée (Statute Law). Il y a prédominance de cette dernière dans les pays de droit romain, et prédominance de la Common Law dans les pays anglo-saxons. En Europe, seule la Grande-Bretagne connaît les deux.

L'état actuel du droit coutumier est décrit avec renvoi aux cas les plus significatifs et avec beaucoup de détails. On voit bien les divergences entre ce que dit la loi et ce que font les médecins. La conclusion de l'auteur est que, puisque la loi permet déjà au médecin d'accomplir des actes qui conduisent à la mort en arrêtant un traitement ou en donnant des médicaments, il suffirait d'un petit pas de plus pour permettre l'euthanasie volontaire dans des circonstances limitées. C'est évidemment la conviction de toutes les associations qui luttent pour la légalisation de l'euthanasie volontaire. Mais quel encourageant soutien que celui d'un juriste aussi qualifié !

Après avoir examiné à fond les arguments pour et contre la légalisation de l'euthanasie volontaire et de l'aide médicale au suicide, l'auteur écrit que « les objections pratiques qui ont été soulevées quant aux effets de la légalisation ne justifient pas un interdit total mais peuvent être rencontrées pour l'adjonction de règles et garde-fous appropriés ».

(...) Les nombreuses commissions de réforme et les enquêtes parlementaires sont alors passées en revue ainsi que les tentatives en vue de modifier la loi, particulièrement le « Rights of the Terminally Ill Act » dans le territoire du nord de l'Australie. Le dernier chapitre est une évaluation des différentes façons dont la loi pourrait être modifiée. C'est là le point crucial pour toutes les associations.

(...) C'est le meilleur livre de référence sur l'euthanasie volontaire depuis l'ouvrage de Derek Humphry, « The Right to Die » (1986).

D'après VES Newsletter, n° 63 – mai 1998  
A.-M. K.

## COURRIER DES LECTEURS

### A notre président ...

*Comme chaque fois, j'ai lu avec la plus grande attention et avec beaucoup d'intérêt votre numéro de septembre 98. Je suis membre de l'ADMD depuis mai 95 et vous félicite et surtout vous remercie pour votre action. Je ne puis regretter qu'une chose : pourquoi ne joint-on pas plus, dans la lettre pour l'euthanasie, l'aide au suicide ? Je rejoins entièrement l'avis de plusieurs de vos lecteurs concernant la pilule létale. Qu'y a-t-il de plus rassurant que de pouvoir décider, seul, en toute intimité, sans impliquer une autre personne du moment le plus opportun, selon son propre avis, de disparaître ?*

A. Mathieu-Pierre, Wezembeek-Oppem

*Mon épouse et moi vous remercions de tout cœur pour votre dévouement inlassable. Nous faisons notre possible pour augmenter le nombre des membres autour de nous en maison de repos.*

*Nous vous remercions et prions Dieu que votre action qui n'est absolument pas contraire aux écrits bibliques, vous donne enfin satisfaction ainsi qu'à plus de 80 % de nos concitoyens.*

*Très cordialement vôtre.*

Pasteur M. Michotte

*J'accuse la réception de votre aimable lettre du 28 septembre (en réponse à la mienne) et vous en remercie.*

*J'ai adhéré à l'A.D.M.D. en 1992 et c'est toujours avec le plus vif intérêt que je prends connaissance du traditionnel bulletin de l'association. Je l'épluche de A à Z.*

*Le numéro 69 de septembre a retenu plus encore toute mon attention.*

*Je n'ai jamais eu l'occasion de rencontrer Monsieur Kenis, notre Président. Sa décision de céder le relais et de mettre fin à une activité*

*débordante peinera, je le crois, tous les membres.*

*Mais je me joins à tous pour lui dire bien haut : MERCI, Monsieur le Président pour ces longues années à notre service, MERCI pour tant de dévouement, MERCI pour votre dernier billet, vous allez nous manquer. (...)*

N. Cordier, La Louvière

*Bien sûr, bien sûr, pendant quinze ans vous l'avez tenue à bout de bras votre, notre ADMD. Et combien efficacement ! C'est vous qui en avez fait admettre le principe. Votre attitude ferme, toujours mesurée, a forcé la prise en considération de ce problème tabou : l'assistance à personne en danger de vie martyre.*

*Combien nous avons approuvé, admiré vos réactions aux événements qui, de par le monde, soulignaient le besoin de maîtriser les limites de la vie supportable.*

*Bien sûr, bien sûr, notre brillant porte-parole a le droit de souffler. Nous le regrettons mais nous le comprenons.*

*De tout notre cœur, nous vous remercions, Cher Monsieur Kenis, vous avez fait progresser un projet généreux et combien humain.*

*Nous vous gardons en reconnaissance et affection.*

Mme J. Léonard-Latour, Bruxelles

*Toute ma reconnaissance au Docteur Yvon Kenis, notre président fondateur, démissionnaire, pour son fructueux travail de pionnier.*

*Bravo pour le numéro du bulletin sorti en septembre : un des plus intéressants et prometteurs de l'avancement de ce que le citoyen souhaite.*

*J'ai envoyé mon soutien à Christine Malèvre, à l'ADMD de Paris.*

*Merci aussi pour « les recommandations pratiques du T.V. » que je vais actualiser dans ce sens.*

*Courage et persévérance, c'est ce que je vous souhaite de tout cœur en admirant votre dévouement.*

Mme R. Lefebure, Bruxelles

---

### Section de Liège

Faisant suite aux difficultés rencontrées avec des responsables de la section de Liège, nous avons reçu des lettres de soutien et de confiance en notre action de, Fabian Cherret (Liège), Jules Kenens et Anne-Marie Limbourg (Alleur), Michel Stevaert (Liège), Monique Schmitz (Liège), Elie Fraipont (Waremmes), J. Vaessen-Rahier (Angleur). Nous les en remercions vivement.

Nous avons également reçu des lettres de critiques et/ou suggestions auxquelles nous avons répondu, par lettre personnelle, de manière complète. Nous en reproduisons ici des extraits.

---

*Je regrette beaucoup que le projet « Assume » ait été rejeté aussi catégoriquement sans nous donner la possibilité de nous exprimer et de faire part sereinement de nos intentions.(...) J'apprécie le travail effectué par le Docteur Kenis et son équipe du point de vue politique pour la dépénalisation de l'euthanasie. Toutefois j'estime que ce n'est pas suffisant et que beaucoup de membres ou futurs membres attendent une aide plus concrète, à savoir par exemple que nous puissions fournir une aide morale, pratique, des renseignements au sujet des associations qui aident les personnes en fin de vie difficile, des noms de médecin qui acceptent d'être garants ...*

Madeleine Dupont (Grivegnée)

**Réponse de l'ADMD :** Mme Gavray et M. Héron auraient eu la possibilité de s'exprimer au cours de la réunion du Bureau qui examinait ce projet, s'ils avaient répondu à l'invitation qui leur avait été faite d'y participer.

En ce qui concerne l'aide concrète, voir ci-après notre réponse à M. Reynders.

*... Je pose la question fondamentale : l'ADMD doit-elle être une association de nombreux membres qui, à distance, soutiennent philosophiquement et financièrement une petite équipe d'experts actifs (dans le politique, le juridique, l'éthique, ...) ? Ou bien l'ADMD doit-elle, en plus, élargir ses perspectives et sa structure en créant de nouvelles activités spécifiques ADMD pour aider les membres et aussi favoriser leur entr'aide (par ex. structure d'aide juridique, réseaux régionaux de médecins-conseillers ADMD, « clubs » régionaux de membres, etc.) et en associant davantage aux décisions tous les membres qui le souhaitent...*

Marcel Reynders (Esneux)

**Notre réponse :** l'ADMD assume déjà ces deux fonctions : en dehors de l'action menée par les membres du conseil d'administration, nous disposons pour aider les membres de conseillers juristes et médecins ; nous renseignons les membres sur les possibilités de recourir à certaines associations spécifiques et recherchons, pour ceux qui le demandent, des garants (membres ou médecins). Quant aux clubs régionaux de membres, ils dépendent avant tout d'initiatives locales que nous pouvons soutenir.

Bien entendu, nous sommes réceptifs aux suggestions réalistes qui nous seraient présentées, par exemple lors de l'assemblée générale annuelle à laquelle tous les membres sont conviés.

---

*Je ne vous cacherai pas que l'initiative de la section liégeoise ne me paraît pas blâmable. Elle apportait à l'action de l'ADMD un complément, peut-être marginal, très probablement utile.*

Jean Malherbe (Verviers)

**Notre réponse :** les membres du conseil d'administration n'ont jamais trouvé « blâmable » le projet « Assume ». Ils ont simplement constaté qu'il ne correspondait pas aux buts de l'association.

---

*Nous avons considéré, jusqu'à présent, l'action de l'ADMD insuffisante, malgré la bonne volonté et le dévouement de ses dirigeants... Dès le 3 juin 1984, nous avons fait part de certaines suggestions :*

- *décalcomanies pour coller sur nos voitures,*
- *liste de tous les membres afin qu'ils puissent se connaître, se parler, voire se réunir pour faire parler de l'ADMD,*

- rédaction d'une petite brochure, brève et claire, pour être achetée par les membres qui souhaiteraient en distribuer gratuitement,
- décentralisation des conférences,
- voire même des insignes de boutonnieres.

Roger Moussot (Liège)

**Notre réponse :** la décentralisation a été une préoccupation permanente (rien que pendant ces derniers mois, nous avons organisé ou participé à des conférences à Libramont, Namur, Baudour, Seraing, Wépion, Nivelles, Eghezée ...)

La brochure dont vous parlez existe et peut être obtenue au secrétariat. Chaque conférence et les assemblées générales sont des occasions de réunion...

La liste des membres n'a d'intérêt que sur le plan local et ne pourrait être publiée qu'avec l'accord des intéressés. Quant aux insignes de boutonnieres et aux décalcomanies, il ne nous a pas paru utile de retenir ces suggestions.

---

*Dans le combat que nous menons, l'accent est toujours mis sur les douleurs physiques. C'est bien normal : ce sont celles qui effraient le plus. Mais il ne faut pas oublier les douleurs morales, qui peuvent tout autant susciter le plus légitime désir d'en finir avec la vie, j'en sais quelque chose. Elles devraient être invoquées en particulier par rapport à la traditionnelle parade par la promotion des soins palliatifs.*

*Vous refusez obstinément d'aider à mourir ...*

Pierre Colman (Liège)

**Notre réponse :** Vous avez tout à fait raison et d'ailleurs nous ne mettons pas uniquement l'accent sur les douleurs physiques. Comme nos confrères aux Pays-Bas, nous considérons que la souffrance doit être entendue comme physique ou morale.

Vous regrettez de ne pas pouvoir disposer de notre part d'une aide à mourir. Une telle aide étant légalement punissable, pour une association comme la nôtre qui proclame ouvertement ses objectifs, ce serait mettre en danger son existence même.

**AIDEZ-NOUS A MIEUX FAIRE CONNAITRE LES OBJECTIFS  
QUE DEFEND NOTRE ASSOCIATION**

**Renvoyez-nous ce feuillet avec les coordonnées d'amis ou de connaissances  
à qui nous enverrons, de votre part, notre brochure d'information**

(Merci de nous indiquer vos Nom : \_\_\_\_\_ et Prénom : \_\_\_\_\_ )

---

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

---

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

---

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

---

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

---

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

---

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

---

## QUELQUES ADRESSES UTILES

<u>Association contre le Cancer</u> , 1030 Bruxelles, ch. de Louvain, 479		02/736.99.99
	ligne verte	0800/15800
<u>Oeuvre belge du Cancer</u> 1210 Bruxelles, rue Royale, 217		02/225.82.11
<u>Ecoute-Cancer Accueil</u>	ligne verte	0800/11.888
<u>Cancer et Psychologie</u> *		02/735.16.97
		04/221.10.99
<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		02/640.65.65
	ligne verte	0800/32123
<u>S.O.S. Solitude</u> , 1000 Bruxelles, rue du Boulet, 24		02/513.45.44
<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>Service d'aide aux grands malades</u> 4420 Saint-Nicolas, rue Likenne. 58		04/252.71.70
<u>Centrale de services à domicile (C.S.D.)</u> 1060 Bruxelles, rue Saint-Bernard, 43		02/537.98.66
4100 Seraing, rue de la Boverie, 379		04/338.20.20
<u>Home Clinic</u> , 1060 Bruxelles, rue de Suisse, 29		0477/48 74 01
<u>Soins à domicile</u> 1000 Bruxelles, rue des Moineaux, 17-19		078/15.60.20
<u>Continuing Care</u> , 1210 Bruxelles, rue Royale, 217		02/225 82 20
<u>Aremis</u> * (Soins à domicile) 1050 Bruxelles, ch. de Boondael, 390		02/649.41.28
<u>Domus</u> * (Soins à domicile) 1390 Archennes, rue des Moulins, 10		010/84.15.55
		010/86.70.08
		02/366 04 48
<u>Soins coordonnés à domicile asbl</u> , Braine-le-Château		
" <u>Au fil des jours</u> ", Ass. laïque de soins palliatifs et d'accompagnement à domicile Province de Namur : 5600 Philippeville, rue de Namur, 53		071/66.00.83
Province de Luxembourg, 6870 St Hubert, pl. de la Mutualité, 1 (Nord et Centre)		061/61.31.50
6700 Arlon, rue Porte Neuve, 30 (Sud)		063/23 37 16
<u>Fédération de l'aide et des soins à domicile</u> , 1040 Bruxelles, av. de Roodebeek, 44, bte 1		02/735.24.24
<u>Fédération wallonne des soins palliatifs</u> , 5000 Namur, rue des Brasseurs, 175		081/22 68 37
<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 continus et palliatifs</u> 1050 Bruxelles, ch. de Boondael, 390		02/649.41.28
<u>Plate-forme de concertation en soins palliatifs</u>		
- Brabant wallon		010/84.15.55
		02/366.04.48
- Hainaut occidental (Tournai)		069/22 62 86
- Hainaut oriental		071/37.49.32
		071/33.11.55
- Est francophone (Verviers)		087/23.00.10
- Liège		04/366.70.01
- Luxembourg		063/21.27.11
- Namur (Assoc. pluraliste)		081/47. 00 50
<u>C.E.F.E.M.</u> * (Centre de formation à l'écoute du malade) 1190 Bruxelles, av. Pénélope, 52		02/345.69.02
<u>S.A.R.A.H.</u> asbl* (Promotion, coordination des équipes palliatives et formation en soins continus) 6041 Gosselies, rue Franklin Roosevelt, 26,		071/37.49.32
<u>Service laïque d'Aide aux Personnes (S.L.P.)</u> 1050 Bruxelles, Campus de la Plaine ULB - cp 237 - Accès 2 av. Arnaud Fraiteur		02/627.68.70
<u>Info-Homes</u> , 1000 Bruxelles, Bd Anspach, 59 (de 9 à 16 h.)		02/219.56.88

\* Ces organismes proposent des formations en accompagnement en soins palliatifs

Publié avec l'aide  
de la  
Région wallonne  
et de la  
Commission communautaire française