



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 5 AVRIL 2008
GENÈVE-UNIVERSITÉ DUFOUR

EXIT *A.D.M.D. Suisse romande*
Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

C.P. 110 CH-1211 Genève 17 CCP: 12-8183-2
Tél. 022 735 77 60 Fax 022 735 77 65
Internet: www.exit-geneve.ch
www.exit-suisse-romande.ch
E-mail: info@exit-geneve.ch

Bulletin N° 48
Mars 2008

Paraît 2 fois par an
Tirage 16'000 ex.

SOMMAIRE

Editorial : Le travail fait et à faire	Page 2
Assemblée générale 2008 : Convocation	Page 3
Assistance au suicide :	
Reconnaissance médicale et sociale	Page 4
Assistance au suicide :	
La pratique d'EXIT sous la loupe	Page 7
Nécrologie pour Monsieur Meinrad Schär	Page 13
Point de vue : En finir avec sa mort	Page 15
Elections fédérales : résultats de notre enquête	Page 25
A lire	Page 26

EDITORIAL

Un grand travail fait et un autre encore à faire

Depuis plusieurs années le comité a reçu des propositions individuelles de nos membres pour des modifications ponctuelles des statuts de notre association. Notre comité a souhaité une mise à jour globale de ceux-ci qui soit conforme à l'évolution de la législation et qui tienne compte de l'évolution de la société en général et du nombre de nos membres en particulier. Une commission de révision des statuts composée de Messieurs Bise, juriste, Maître Narbel et Maître Reich s'est attelée à ce travail considérable et elle mérite nos remerciements. Vous avez reçu avec la convocation de l'Assemblée générale la nouvelle version de nos statuts qui nous permettront de continuer à bien fonctionner à l'avenir. Je vous remercie d'ores et déjà de les soutenir lors de la votation qui aura lieu au cours de notre prochaine assemblée générale du 5 avril à Genève.

La charge de travail à laquelle votre comité doit faire face augmente sans cesse. Les limites du bénévolat ont depuis longtemps été atteintes et largement dépassées. Pour répondre aux attentes des membres, nous serons progressivement amenés à engager des médecins conseils pour des mandats particuliers. Le tabou de l'auto-délivrance est partiellement brisé mais nous devons continuer notre combat pour obtenir la dépénalisation de l'euthanasie active directe. Pour atteindre ce but, nous serons probablement amenés à passer par une initiative populaire. Cette lutte nécessitera de gros moyens financiers que nous sommes encore loin d'avoir à ce jour, malgré une gestion équilibrée de nos comptes. Le comité pense donc qu'une augmentation de la cotisation de 5 francs par personne pour 2009 nous permettra d'accroître nos réserves pour mieux engager les combats futurs.

Au vu de l'importance des sujets qui seront votés lors de notre prochaine Assemblée générale du 5 avril 2008, je me réjouis de vous voir très nombreux à Genève.

Dr J. Sobel
Président d'EXIT ADMD Suisse Romande

ASSEMBLEE GENERALE 2008

Assemblée réservée uniquement aux membres d'EXIT ADMD

Nous avons le plaisir de vous inviter à notre **Assemblée générale ordinaire 2008** qui se tiendra à **GENEVE**

SAMEDI 5 AVRIL 2008 à 15 heures
UNI DUFOUR, 24 rue Général Dufour, GENEVE
Salle U 600 (Auditoire Piaget) – Sous-sol

(De la gare Cornavin : Bus n°3 - 5, arrêt Place Neuve ou Trams 13 - 14 - 15, arrêt Plainpalais)

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du procès-verbal de l'Assemblée générale du 24 mars 2007 (voir Bulletin n° 47, septembre 2007)
2. Rapport du Comité
3. Rapport de la Trésorière
4. Rapport des Vérificateurs des comptes
5. Nomination des Vérificateurs des comptes
6. Cotation annuelle pour 2009
7. Statuts : Votation des nouveaux statuts, édition 2008 (en annexe)
8. Election du Comité
9. Conférence de Monsieur le Professeur Jean-Claude Chevrolet, Médecin-chef du Service des soins intensifs des Hôpitaux Universitaires de Genève sur : "*La fin de vie à l'hôpital*"
10. Propositions et Divers

Les membres qui désirent poser des questions importantes lors de l'Assemblée Générale sont priés de les faire parvenir par écrit au comité d'EXIT ADMD au moins 15 jours à l'avance.

Conformément aux statuts (art. 18) vous avez la possibilité de vous faire représenter par un membre du comité au cas où vous ne pourriez assister à l'Assemblée générale. Il suffit de nous renvoyer le mandat-réponse dans l'enveloppe prévue à cet effet. Afin de faciliter le contrôle des entrées et du nombre de membres présents, nous vous prions de vous munir de votre carte de membre ou de l'enveloppe de la convocation.

Le dernier semestre a été marqué par une "avalanche" d'articles et de prises de positions sur l'assistance au suicide, tant sur le plan médical que sur celui du débat de société. C'est le signe que la question, longtemps jugée taboue, est maintenant sur la place publique et abordée avec sérieux. Ainsi, l'assistance au suicide peut-elle passer d'une semi-clandestinité (imposée) à une pratique ouverte, encadrée et accessible à celles et ceux qui en font la demande expresse, sérieuse et répétée. Même s'il reste encore quelques ambivalences chez les médecins et dans la société, quelle avancée en une quinzaine d'années !

Des approches médicales diversifiées

C'est d'abord la **Revue Médicale Suisse** qui, au fil de ses numéros, a abordé plusieurs points de vues sur la question :

- *L'assistance au suicide en Suisse dans le contexte de polyopathie invalidante irréversible* (10 octobre 2007), article repris in extenso aux pages 8 - 13 de ce bulletin
- *Assistance au suicide en hôpital de soins aigus : sommes-nous prêts ?* (31 octobre 2007) où se croisent les perspectives du directeur médical, de l'éthicien, de l'aumônière, des soins palliatifs et du psychiatre sur deux cas concrets et difficiles.
- *Assistance au suicide : éléments de réflexion pour le médecin praticien* (7 novembre 2007), qui débouche sur un certain nombre de conseils à l'intention des médecins traitants.
- *Assistance au suicide en Suisse : la position des médecins* (12 décembre 2007) où l'on apprend notamment que, sur 1650 médecins ayant répondu à un questionnaire, 32 % avaient déjà reçu une demande d'assistance au suicide et que la moitié y ont répondu favorablement, alors que l'autre moitié refusait.

Que peut-on en retenir ?

Ces articles étant très documentés et argumentés, nous y renvoyons le lecteur pour qu'il puisse se faire une idée complète de leur contenu (articles disponibles au secrétariat et sur Internet). Nous pouvons cependant tenter d'en retenir les principaux enseignements suivants :

- Dans tous les débats (publics, médicaux, éthiques), il faut éviter les confusions et bien distinguer les "échelons" de l'assistance au décès : soins palliatifs, euthanasie passive (interruption des traitements), assistance au suicide, euthanasie active.
- Dans les cas de l'assistance au suicide, tout le monde relève l'importance des documents écrits, tant du côté des personnes (directives anticipées et désignation d'un-e représentant-e thérapeutique) que du côté des institutions (position de principe de l'établissement et procédures à suivre). Chacun des acteurs peut alors s'y référer en cas de demande d'assistance au suicide.
- Quelle que soit la précision des principes et procédures, lorsqu'intervient une demande d'assistance au suicide, chaque situation est singulière et n'épargne pas aux acteurs concernés une "délibération" (éthique, médicale, personnelle) sur la pertinence, le moment, le lieu et la manière de faire.
- C'est pourquoi la capacité de discernement est le facteur-clé de toute demande d'assistance au suicide : c'est sur elle que repose l'expression de la libre et lucide volonté de la personne concernée et l'obligation de la respecter, quelles que soient par ailleurs les ambivalences des médecins, du personnel soignant, de l'établissement (la fameuse tension entre devoir de soigner et nécessité d'abréger les souffrances).

En définitive, c'est de la combinaison de ces divers facteurs (définition claire, règles définies, discussions respectueuses entre acteurs, respect de la volonté du patient) que peut découler une pratique transparente et cohérente de l'assistance au suicide.

Un débat de société

Parallèlement à ces articles médicaux, éthiques et juridiques, la presse hebdomadaire et quotidienne a également porté sur la place publique le débat sur l'assistance au suicide :

- Interview de Christophe Blocher dans 24 Heures (2-3 juin 2007) sous le titre "**Poser des limites claires à l'assistance au décès**", qui estime qu'il n'est pas nécessaire de légiférer plus qu'actuellement sur cette question. Il est de la responsabilité des autorités d'empêcher les abus dans le domaine de l'assistance au suicide, mais elle peut se faire dans le cadre de la législation libérale actuelle pour respecter "le droit à la liberté individuelle", qui comprend "le droit de décider librement de la fin de sa propre vie et de choisir, en dernier recours, de mettre fin à ses jours".
- **Trois interviews du Docteur Sobel** autour des remous provoqués par les pratiques de Dignitas (Le Temps du 12 octobre et du 23 novembre 2007), (La Tribune de Genève du 9 novembre 2007) lui ont permis de répéter les critères de "bonne pratique" d'EXIT ADMD, de sa transparence et de réclamer que l'aide au suicide fasse partie du cursus de formation des médecins
- Divers articles sur le choix de mourir ensemble volontairement qu'ont fait André et Dorine Gorz, comme sur celui de l'actrice Maïa Simon qui, frappée par une maladie incurable, a décidé de mettre fin à ses jours, ont été l'occasion de saluer le courage et la lucidité de ces actes d'autodélivrance.
- La Société suisse de médecine et des soins palliatifs elle-même a déclaré que "comme les organisations d'aide au suicide, la nouvelle coalition "swiss end of life care" veut aider les personnes en fin de vie à prendre elles-mêmes leur décision. Ses promoteurs ne veulent pas combattre l'aide au suicide" mais œuvrent pour que "les soins palliatifs soient aussi connus qu'EXIT aujourd'hui" (Le Courrier et La Liberté du 19 décembre 2007).
- Enfin, dans son numéro du 1er novembre 2007, L'Hebdo a publié un long article sur la démarche d'une résidente d'EMS en vue d'obtenir l'assistance au suicide d'EXIT.

Cet intérêt médiatique soutenu démontre que la question de l'assistance au suicide n'est désormais plus un tabou, mais un fait de société qui mérite attention et respect, quelle que soit son opinion sur le sujet. C'est un changement de mentalité qu'il faut saluer.

Jean-Marc Denervaud

LA PRATIQUE D'EXIT SOUS LA LOUPE

Dans son édition du 10 octobre 2007, la Revue Médicale Suisse a publié une étude portant sur 21 personnes très âgées (de 79 à 95 ans) qui ont mis fin à leurs jours avec l'aide d'EXIT, qui a répondu à leur demande bien qu'elles ne fussent pas atteinte d'une maladie mortelle, mais plutôt de ce que les auteurs appellent "une polyopathie invalidante irréversible". L'étude conclut que l'action d'EXIT s'inscrit bel et bien dans une pratique transparente, respectueuse de la volonté des personnes et conformes à des critères rigoureux d'intervention. En voici le texte intégral¹

La prise en charge des personnes en fin de vie s'est beaucoup développée en Suisse au cours des dernières décennies, et assure, grâce aux soins gériatriques et palliatifs, dans une grande majorité des cas, une fin de vie digne aux patients. Il arrive toutefois que des malades, motivés notamment par une grande lassitude, aient recours à une association telle qu'EXIT pour les accompagner dans leur désir de mettre fin à leurs jours, même s'ils ne sont pas atteints d'une maladie mettant leur vie en danger.

Nous avons étudié ce phénomène chez les 21 personnes, qui ont mis fin à leurs jours avec l'aide de l'association EXIT, sur une période de cinq ans (2001-2005) ; les souffrances physiques de ces malades étaient représentées essentiellement par des douleurs importantes, une asthénie, des troubles respiratoires, neurologiques ou digestifs. A cela, s'ajoutaient les difficultés psychologiques liées à la perte d'autonomie, la solitude, l'angoisse et le sentiment de perte de dignité.

Malgré l'absence de maladie mortelle en soi, nous avons pu observer que les critères exigés par l'association EXIT pour envisager un accompagnement étaient respectés dans tous les cas.

Introduction

La fin de vie chez les malades du quatrième âge (c'est-à-dire âgés de 75 ans et plus) est un sujet dont on parle beaucoup actuellement dans le milieu médical. En effet, les soignants ont un rôle majeur dans le déroulement de cette période de la vie. Les soins palliatifs et la prise en charge gériatrique ont passablement été développés au cours des dernières décennies, permettant d'assurer, dans une majorité de cas, une fin de vie décente et digne, grâce à une prise en charge globale, non seulement somatique, mais aussi psychologique, sociale et spirituelle. Toutefois,

pour certains de ces patients, même s'ils ne sont pas atteints d'une maladie mettant leur vie en danger, la dégradation de leurs fonctions tant physiques qu'intellectuelles et l'isolement social inévitablement lié au grand âge, entraînent une lassitude et, parfois, une perte de l'estime de soi les amenant à vouloir mettre un terme à leur existence. L'assistance au suicide étant implicitement autorisée en Suisse, un certain nombre de ces personnes font alors appel à une association telle qu'EXIT pour les accompagner dans cette voie qu'ils ont choisie, en toute connaissance de cause. Ce phénomène est particulier et probablement relativement récent, en relation avec une espérance de vie toujours plus longue, amenant, entre autres, ce type de problématique.

Matériel et méthode

Nous avons étudié de manière rétrospective l'ensemble des cas des patients, sans maladie mortelle en soi, qui ont fait appel à l'association EXIT-ADMD, en Suisse romande, entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2005, en vue d'une assistance au suicide. Les renseignements concernant ces personnes ont été obtenus auprès des archives de l'association EXIT. Ces patients, bien que ne présentant pas de maladie mortelle en soi, ont, pour des raisons diverses, liées à leur état de santé et leur environnement social, décidé de mettre fin à leurs jours. Ces données sont très représentatives du phénomène étudié. En effet, l'association EXIT est la seule à exercer ce type d'activité en Suisse romande. Par ailleurs, un médecin légiste est appelé dans tous les cas d'assistance au suicide à venir constater le décès sur les lieux mêmes, et nous avons pu constater que le nombre de cas d'assistance au suicide par un autre biais (médecin traitant par exemple) est très peu significatif (deux cas en cinq ans).

Résultats et discussion

Notre étude se base sur un total de 21 cas d'assistance au suicide chez des personnes d'un âge compris entre 79 et 95 ans (moyenne de 88,5 ans). La grande majorité des patients étaient de sexe féminin (18 cas, 85%). Seul six patients n'avaient pas de profession. Les autres avaient, pour la plupart, exercé une activité manuelle (principalement couturières, horlogère et secrétaire pour les femmes ; mécanicien et ingénieurs pour les hommes). Deux femmes avaient travaillé dans l'enseignement. Beaucoup de personnes étaient membres de l'association EXIT depuis longtemps (plus de trois ans dans dix cas) ; le plus court délai était toutefois d'un mois. Comme cela a déjà été décrit dans une précédente étude,¹ nous

avons pu démontrer ici que le nombre de cas a augmenté de manière régulière au cours des années, avec un seul cas en 2001 et huit cas en 2005. La plupart des décès a eu lieu au domicile du malade (treize cas) ; une personne est décédée au domicile d'un membre de sa famille, selon son souhait. Pour six malades, il a été possible d'accomplir cet acte au sein même de l'EMS dans lequel ils vivaient et une personne a dû quitter cet établissement, n'ayant pas obtenu l'autorisation de la direction. La position des médecins traitants face à la décision de leurs patients était très variable, allant d'une empathie totale (dix cas) à un refus catégorique d'adhérer à un tel choix (cinq cas).

Les motifs de la demande

Comme nous l'avons dit précédemment, la caractéristique commune de ces patients ayant eu recours à une assistance au suicide est qu'ils n'étaient pas atteints d'une maladie mortelle. Ainsi, les motifs de leur demande étaient liés à des souffrances physiques sévères, qu'il n'était pas possible de rendre tolérables par des moyens médicaux, malgré toute la bonne volonté des soignants, ou de souffrances psychiques, qui toutefois n'étaient pas de nature à altérer leur capacité de discernement. C'est ce phénomène particulier que nous avons entrepris d'approfondir.

En ce qui concerne les souffrances physiques responsables de ce mal-être, le tableau 1 regroupe les symptômes les plus fréquemment évoqués par ces malades. Pour les douleurs, il est certain qu'elles peuvent être le plus souvent jugulées par une médication adéquate, avec un minimum d'effets secondaires, permettant aux patients de vivre avec ces souffrances de manière acceptable. C'est pourquoi, dans tous les cas, les patients devraient pouvoir, dans un premier temps, bénéficier de tels traitements, ou du moins être informés de manière adéquate et exhaustive de leur existence. Cependant, il est reconnu que dans un certain pourcentage de cas, les analgésiques même les plus puissants ne sont peu ou pas suffisamment efficaces. Dans ces cas-là, les soignants devraient accepter et reconnaître que, malgré leur bonne volonté et l'application de leur savoir, leurs moyens thérapeutiques présentent des limites.

Par ailleurs, nous pouvons constater que la douleur (présente dans 76% des cas) est intimement liée à la difficulté à se déplacer et à une impotence certaine qui sont, semble-t-il, les deux facteurs les plus limitants de cette tranche d'âge (présents dans 71% des cas). Non seulement, ils entravent les activités de la vie quotidienne mais ils contribuent également à l'isolement social et à l'ennui dont cette population paraît souvent être victime.

Dans de nombreux cas, plusieurs symptômes sont liés. Ainsi, la fatigue et la faiblesse peuvent être consécutives à une malnutrition et une cachexie, elles-mêmes secondaires à des manifestations digestives telles qu'une inappétence, des nausées, des vomissements.

Les symptômes liés à une insuffisance cardio-respiratoire, tels que dyspnée, détresse respiratoire, voire dépendance à l'oxygène, toux, ou œdèmes des membres inférieurs, peuvent être non seulement douloureux, mais aussi fortement invalidants ; ils sont aussi de nature à entraver une vie sociale équilibrée.

Nous avons également évoqué les problèmes liés à des maladies neurologiques, souvent évolutives et qui, à un certain stade, deviennent source de grande souffrance. Il s'agit, par exemple, de la maladie de Parkinson, de la sclérose en plaques, de la sclérose latérale amyotrophique, etc. En effet, ces maladies sont source d'invalidité progressivement évolutive, entraînant inexorablement une perte de l'autonomie à plus ou moins long terme.

D'autres troubles, moins spécifiques, liés au grand âge, tels que les incontinences urinaire et fécale sont également très invalidants. Elles sont de nature à entraver aussi les relations sociales, entraînant un isolement non volontaire de la personne propre à créer un sentiment de «vie qui ne vaut plus la peine d'être vécue».

La perte sensorielle (le plus souvent la vue et l'audition) contribue également à isoler les malades, du fait de moyens de communication défaillants.

De la dépendance à la perte de dignité

Tous ces symptômes présents simultanément sont très difficiles à supporter et interfèrent avec les activités de la vie quotidienne et rendent la présence d'une vie sociale équilibrée difficile. Ils entraînent une invalidité, laquelle est définie par la SUVA de la manière suivante : impossibilité permanente d'accomplir sans aide plusieurs des actes ordinaires de la vie (se vêtir et se dévêtir, se lever, s'asseoir et se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer, surdité – cécité ou surdité avec grave handicap de la vue). L'énumération de ces nombreux symptômes, lesquels s'imbriquent souvent de manière complexe, permet aisément de comprendre le malaise et le mal-être qu'ils peuvent engendrer.

A ces troubles s'ajoutent des souffrances psychiques ou morales.

A nouveau, plusieurs de ces différents symptômes sont souvent présents chez un même malade.

Le sentiment de vieillissement est inévitablement source de réflexion pour

toute personne. Lorsque celui-ci s'accompagne d'une détérioration rapide des fonctions physiques et des facultés intellectuelles (en particulier la mémoire), le sentiment de perte de dignité est compréhensible. Un malade a, de ce fait, décrit avoir l'impression de poursuivre une existence uniquement fonctionnelle. Le fait d'être dépendant peut entraîner inévitablement une perte de dignité, avec, dans la société actuelle, la crainte supplémentaire de constituer une charge pour les proches, en général les enfants ou d'engendrer par là-même des conflits familiaux.

Par ailleurs, le vécu quotidien des personnes du quatrième âge avec leurs sources d'invalidité et la perte de plaisir, l'isolement social qui semble en être la conséquence, peut conduire à vouloir mettre fin à ses jours. De plus, ce sentiment de solitude et le fait de voir partir les unes après les autres les personnes que l'on a aimées peuvent donner envie d'aller les rejoindre.

Quelques cas de dépression du grand âge ont été diagnostiqués dans le collectif pris en compte mais n'entraînaient pas la capacité de discernement des personnes concernées.

Enfin, trois malades ont décrit l'impression d'un certain acharnement thérapeutique à leur égard.

Le respect des critères

Nous avons par ailleurs jugé essentiel d'analyser, pour les cas d'assistance au suicide décrits dans notre étude si les critères d'entrée en matière exigés par l'association EXIT-ADMD étaient respectés, malgré l'absence de maladie mortelle en soi. Ces critères sont les suivants :

- Une capacité de discernement présente.
- Une demande sérieuse et répétée.
- La présence d'une maladie incurable.
- La présence de souffrances physiques et psychiques.
- Un pronostic fatal ou une invalidité importante.

En ce qui concerne la capacité de discernement, dans seize cas (76%), un document écrit par le médecin traitant certifiant la capacité de discernement du patient figurait dans le dossier. Dans les autres cas, il s'agissait d'un document écrit par le patient lui-même permettant de préjuger de sa capacité de discernement. Toutefois, quelques cas de dépression du grand âge ont été décrits mais dont la sévérité ne semble pas remettre en cause la demande d'assistance au suicide et ne semble de loin pas être le *primum movens* de ces suicides assistés.

Une demande sérieuse et répétée a été effectuée parfois auprès du médecin traitant, toujours auprès des accompagnateurs de l'association EXIT-ADMD.

La présence d'une maladie incurable a pu être vérifiée dans tous les cas, même si elle ne représentait pas une source évidente de mortalité. L'absence de pronostic fatal ne constituait cependant pas un critère de refus, puisque la notion d'invalidité importante était, elle, à chaque fois présente.

Dans la grande majorité des cas, les symptômes dont souffrait le patient ont fait l'objet de mesures thérapeutiques, visant à soulager le malade. Cependant, dans certains cas, toutes les alternatives de traitements n'ont pas pu être tentées, soit en raison d'un rapport risque/bénéfice insatisfaisant, soit en raison du refus du patient. De plus, il est connu qu'à un certain stade, la progression de la maladie peut entraîner des symptômes que, malgré la bonne volonté et les compétences des équipes soignantes, la science actuelle n'a pas moyen de soulager, ou que partiellement.

Conclusion

Les soins palliatifs et la prise en charge gériatrique en Suisse sont de nos jours d'excellente qualité et permettent, dans une grande majorité des cas, d'assurer une vie confortable et digne aux malades souffrant de maladies invalidantes irréversibles. Toutefois, certains symptômes physiques et/ou psychiques persistent au-delà de toute prise en charge, médicale ou sociale, et motivent le malade souffrant à demander de l'aide dans le but de mettre fin à ses jours. Ce choix, envisagé en toute connaissance de cause et après mûre réflexion, doit être respecté, dans les limites légales et éthiques évidentes ; en effet, il constitue une ultime liberté fondamentale de tout être humain.

¹ "L'assistance au suicide en Suisse dans le contexte de polypathologie invalidante irréversible", article de M. Zaré, C. Palmiere, J. Sobel, R. La Harpe, S. Burkhardt in Revue Médical Suisse, 10 octobre 2007.

Bibliographie

Burkhardt S, Sobel J, La Harpe R. "L'assistance au suicide en Suisse romande : une étude sur 5 ans." J Med Leg Droit Med

NECROLOGIE POUR MEINRAD SCHAR

"Près de lui, l'air était plus pur, plus respirable".

Kurt Schobert, Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (Allemagne).

Le Prof. Dr med. Meinrad Schär est mort le 9 novembre 2007, à l'âge de 87 ans. Il a été membre du comité d'EXIT Deutsche Schweiz pendant 10 ans et son président de 1992 à 1998. Puis, il a été appelé au comité de la Fédération Mondiale des Right-to-Die Societies. Jusqu'à la fin, il a lutté à tous les niveaux pour le droit à l'autodétermination, pour le droit de mourir dans la dignité.

C'était l'impuissance autant médicale que légale face aux souffrances de sa mère de 79 ans, quadriplégique après une chute malheureuse, qui l'a motivé à soutenir cette association alors encore peu connue et beaucoup décriée.

Meinrad Schär a été un précurseur dans plusieurs domaines :

Dans les années 70 déjà – EXIT n'existait même pas encore – il s'est engagé activement pour la défense d'un médecin zurichois d'abord, puis des autres médecins qui aidaient à mourir leurs patients, sur leur demande insistante et répétée, dans des situations clairement définies. Quel courage fallait-il à cette époque pour défendre publiquement une idée qui était encore loin d'être soutenue par plus de 80 % de la population, comme elle l'est de nos jours. Et il ne l'a pas seulement prêché, mais il l'a pratiqué aussi : depuis 1984, EXIT Deutsche Schweiz a appliqué l'art.115 du Code pénal à la lettre, en introduisant contre vents et marées l'assistance au suicide.

Depuis 1992, fraîchement élue dans le comité d'EXIT Deutsche Schweiz, c'est Meinrad Schär qui m'a appris le « métier » d'accompagnatrice : avec sa patience imperturbable, avec ses connaissances inépuisables en médecine et sa compréhension profonde de l'âme humaine, il a été mon mentor, enseignant et ami à la fois. Je lui voue encore aujourd'hui une admiration sans bornes.

M. Schär, après une formation en Public Health aux Etats Unis, a occupé une des premières chaires dans cette nouveauté à l'Université de Zurich, tout comme il a été un des premiers professeurs suisses en médecine préventive. Vice-directeur de l'Office Fédéral de la Santé, épidémiologiste renommé, il a convaincu les autorités de la nécessité de la vaccination contre la poliomyélite. Inévitablement, naturellement, il a aussi été amené à faire de la politique autant régionale que fédérale.

Il a inlassablement lutté pour la médecine préventive et pour le droit à l'autodétermination à la fin de la vie, les deux grands combats de sa vie. Par une "politique des petits pas", il a fini par convaincre, par ouvrir des portes. Par son intégrité personnelle à toute épreuve, il a contribué à faire accepter ces idées nouvelles qui sont entrées dans nos mœurs, qui ont fait leur chemin, et que nous devons prendre soin, aujourd'hui, de ne pas perdre par des provocations gratuites.

Meinrad Schär était un esprit libre, libre des contraintes religieuses ou sociales, un homme d'une ouverture d'esprit extraordinaire, d'une profonde humanité aussi. Mais c'était avant tout un être humain modeste, joyeux, espiègle, aimant la vie, la nature, les voyages, le sport, la bonne chair, curieux de tout ce qui était nouveau, étrange, beau...

Ces dernières années, pour des raisons d'âge et de maladie, il a dû se résigner à ralentir le pas, à se retirer dans son appartement sur les collines de Zurich. Et tranquillement, sereinement, il a choisi le moment de sa mort, debout, autodéterminé, comme il a vécu toute sa vie.

Elke Baezner
Présidente de la
Fédération européenne
des Right-To-Die Societies

LE POINT DE VUE D'UNE PSYCHANALYSTE EN FINIR AVEC SA MORT

Florence Plon est une psychanalyste, journaliste et écrivaine française. Ses travaux portent en particulier sur la manière dont on aborde dans nos sociétés la fin de vie, tant pour les personnes confrontées à cette échéance que pour leur famille et le personnel soignant. Elle vient de publier successivement deux livres sur le sujet : "Questions de vie et de mort" et "Désir de vie, désir de mort"¹. Nous reproduisons ci-dessous un article qu'elle a publié sous le titre "En finir avec sa mort"², où elle développe une réflexion sur l'assistance au suicide, en se basant sur le film "Le choix de Jean" et sur la pratique d'EXIT en Suisse romande. Ce regard extérieur sur notre association est fort intéressant.

En finir avec sa mort

FLORENCE PLON

Euthanasie, suicide, la question de donner la mort ou de se donner la mort ou encore d'attendre qu'elle vienne en son temps ou à travers les horreurs de l'acharnement thérapeutique ou encore suite aux pertes d'autonomies et souffrances en tous genres, n'est pas une réflexion à éluder parce que dérangement ou prématurée. Mieux vaut s'en emparer, et ce, avant que l'accident cérébral, le coma ou l'invalidité handicapante ne nous livrent à l'inconscience et donc à l'incapacité de décider de ce que sera notre fin. L'euthanasie dite "indirecte"³ intervient en effet dans ce type de contexte et met les proches et les soignants dans une grande inquiétude quant aux décisions à prendre. La culpabilité et les interrogations ne laissent guère en repos ceux qui ont dû, à un moment, décider pour autrui de ce qui peut convenir alors que celui-ci n'est plus en mesure d'énoncer ses volontés. Cela conduit même parfois à de véritables prises de pouvoir que la justice s'arroge le droit de punir selon les termes de la loi. Or aujourd'hui, cette loi est activement sollicitée à évoluer en fonction de la demande du public, c'est-à-dire nous, vous, toi, moi, chacun d'entre nous, convié un jour ou l'autre, à regarder la mort en face.

Vouloir mourir conscient à soi-même

On voit de plus en plus de gens, actuellement, refuser un acharnement

thérapeutique et faire ce choix courageux de laisser les étapes se traverser vers la fin, sans plus vouloir d'interventions surmédicalisées. La demande la plus pressante consiste en un soulagement de la douleur, une gestion plus paisible de la fin de vie, où puissent encore se partager les derniers mots, les dernières décisions...

Mais au-delà on voit aussi, en particulier dans certains cas de tumeurs du cerveau ou de grande dépendance, par exemple, se dessiner une autre tendance, celle de vouloir mourir conscient à soi-même. Prendre la décision avant qu'il ne soit trop tard et tant que l'on est encore en mesure de décider des limites au-delà desquelles on estime ne pas devoir aller, se veut une décision épineuse.

Là réside cette vaste question du droit de décider de sa propre mort . Bien qu'interdite par la religion, cette opportunité du suicide reste ouverte tout au long de la vie sauf précisément lorsque l'on tombe gravement malade ou handicapé. Certains font ce choix de transgresser toutes les conventions en dépit, et à cause de leur état.

Le 20 mai 2005 à une heure tardive, comme il se doit, France 2 programme un documentaire :“**le choix de Jean**”. Les téléspectateurs qui le visionnent prennent en pleine poitrine, un choc qu'ils ne sont pas près d'oublier.

Il s'agit là en effet d'une forme d'euthanasie volontaire, assistance au suicide, plus exactement dénommée “auto-délivrance”, interdite en France, autorisée sous certaines conditions en Suisse.

Tourné par Stéphanie Malphettes et Stéphan Villeneuve, ce film retrace, de façon impressionnante, les derniers jours d'un homme qui, atteint d'un cancer du cerveau, a décidé, en toute réflexion et connaissance de cause, du jour où il mettrait lui-même un terme à sa vie, avant de devenir impotent ou inapte à prendre sa décision en toute lucidité. Il y expose les termes de sa décision et de la réflexion qui y a présidé jour après jour.

On admire la sobriété de la caméra jamais voyeuriste, et surtout la dignité, la justesse des propos de cet homme, assisté par sa compagne, tous deux unis dans l'acceptation de rendre compte, pour autrui, de la traversée de cette épreuve à laquelle ils sont tous deux confrontés à des places différentes ; de cette expérience tragique, ils nous offrent la richesse, leur richesse...

Le respect s'impose : cet homme, héraut d'un temps nouveau, se met en situation d'affronter un réel insoutenable : il convoque sa mort à heure dite ;

lot le plus communément épargné à chacun, et qui, de ce fait, nous permet de l'attendre sans trop y penser...

Si l'on se sent suffoqué, bouleversé, par ce reportage, on s'en retrouve surtout grandi ; grandi d'appartenir à cette espèce humaine qui peut parfois faire preuve d'autant d'humanité, de dignité, et de respect d'elle-même . On sort de cette projection avec la notion que l'essentiel est là, et le reste bien superflu.

La télévision s'est faite, en cette occurrence, le relais d'un engagement social qui pourra faire, dans l'avenir, autorité, et se positionne comme à l'avant-garde d'une information encore peu répandue. Cela honore un média dont les responsables ont su faire un choix téméraire...

La décision appartient à celui qui la prend

On n'est en effet plus là dans le domaine de l'euthanasie passive avec arrêt des traitements, mais bien dans celui, très spécifique et étroit, d'une assistance à sa propre mort. Ce dilemme, car c'en est un, ne se donne pas à trancher en France où la législation y voit un crime puni par la loi. Mais il commence à agiter les consciences et les débats, afin que des propositions soient faites en matière de législation. C'est une lutte de longue haleine que s'efforcent de mener les pionniers, dont certains sont fortement médiatisés suite à leurs parcours.

Il ne s'agit aucunement de faire l'apologie de ce qui n'est d'ailleurs pas érigé en méthode, en système ni en règle, mais bien de signaler que cela existe, que c'est possible.

Cela se fait ainsi en Suisse et ça commence à se savoir à l'étranger, en France par exemple. Et le grand public s'interroge et évolue dans une réflexion qui concernera, un jour ou l'autre, tout un chacun. La pression se fait plus intense sur les législateurs et les débats montent au devant de la scène. Et la demande, même si elle se voit opposer une fin de non recevoir, se fait de plus en plus insistante. La question de l'euthanasie va devenir, pour notre société, un enjeu important à traiter. La société évolue en fonction des changements de la prise en charge médicale et de ses progrès, et d'autres exigences surgissent, comme de vouloir mourir sans souffrir, et de mourir à son heure et en faisant les choix qui vous appartiennent. Cette volonté peut s'affirmer, parce que des circonstances très particulières se présentent et on voit alors se mettre en oeuvre un dispositif singulier. Cela existe en Suisse, où l'association Exit ADMD⁴, favorise sous certaines conditions très particulières, la possibilité de partir

avant l'heure quand on en fait le choix en toute conscience.

Des hommes et des femmes, unis sous la bannière de leurs convictions et du combat qu'ils mènent, s'y sont regroupés pour décider de leur avenir. Certains sont gravement malades et ont fait cette demande de bénéficier d'un protocole spécifique qui interrompe leur vie au moment où ils l'auront décidé. Au préalable, un accompagnement psychologique a été mis en route et une réflexion suscitée, partagée et soutenue pour préparer et évaluer en plusieurs temps, la concrétisation d'une telle décision. Des accompagnants sont en charge de cette tâche dont ils s'acquittent avec tact et humanité.

Les accusations vont bon train et se montrent parfois (souvent) très virulentes. Les détracteurs n'hésitent pas à attaquer avec mauvaise foi et prétention, sans s'arrêter à considérer que, s'ils sont libres de ne pas vouloir que ces protocoles leur soient appliqués, ils ne peuvent cependant empêcher que d'autres, qui les souhaitent pour eux, soient libres d'en décider. Personne ne sait pour personne, pas plus en matière d'avortement que d'auto-délivrance. La décision appartient à celui qui la prend. Il en est seul juge et apte à se trouver face à lui-même pour l'assumer.

Les accompagnants en témoignent : ils n'ont aucune expérience de dérive ou d'abus. Les demandes ne viennent jamais des familles, sauf quand elles se font porte-parole du malade, relais ou parfois mandataire. Elles sont plus généralement en position de freins, luttant, in extremis, pour gagner un peu de temps. Ça leur est souvent difficile à accepter. Il faut que la situation s'aggrave considérablement pour qu'elles s'inclinent, parfois face à l'urgence et entérinant, comme une nécessité, un geste visant à soulager de ce qui n'est plus supportable.

Ce n'est ni un geste criminel ni un acte suicidaire. Ceux qui s'y confrontent sont tout sauf suicidaires. Ils sont même attachés à la vie mais conscients que la leur n'est plus tolérable en l'état. D'où l'impératif d'en finir, et ce, tant que leur autonomie leur permet encore de confirmer leur choix en toute lucidité.

Le rôle des accompagnateurs

Les accompagnants ne donnent pas la mort. Ils se contentent d'apporter un produit létal à un malade qui leur en a fait la demande réitérée et en toute conscience et qui va, lui-même, se l'administrer. En revanche, ce qu'ils donnent, c'est du temps, de leur temps, leur présence, leur accueil à cette demande inhabituelle, et à la souffrance qui va avec... Ils prennent

d'ailleurs le temps qu'il faut pour que cette demande mature, et puisse se mettre en oeuvre, ultérieurement, la décision débouchant sur un acte. Lequel est par définition irréversible et suppose d'avoir pu être évalué, et endossé par anticipation.

Ils entourent, ils échangent, et acceptent de se laisser entraîner par le malade, et par ses proches, sur ce terrain de la parole sur la mort et de l'angoisse omniprésente qui la soutend. Cela ne coule pas de source. Peu de personnes sont aptes à accueillir ce qui peut apparaître comme une détresse, mais qui, le plus communément, va se transformer en sérénité... Pour ce, un chemin doit être parcouru, qu'ils sont là pour baliser, menant celui qui veut mourir, qui va mourir, au bout de sa vie.

Car la différence est là, au niveau de l'éthique : il semble plus aléatoire et délicat d'interrompre des dispositifs qui maintiennent en vie artificiellement, sachant que la décision incombe au corps médical et que le patient n'est aucunement, et pour cause, sollicité à se prononcer... C'est certes, une décision collégiale où la famille peut être convoquée. Mais elle se prend en lieu et place d'un sujet dont on ignore quelle volonté aurait été la sienne. Cela peut donner libre cours au doute, et ultérieurement, à la culpabilité.

Dans le cas de l'auto-délivrance, pas de questionnements de ce type, puisque le sujet est en lieu et place de décider pour lui en toute lucidité. C'est, au final plus simple puisque dénué de toute marge d'erreur : le patient sait et fait pour lui ; point !

De fait, on constate qu'en Suisse, de plus en plus de médecins se disent favorables à l'auto-délivrance, sans pour autant, forcément, vouloir, eux-mêmes, la pratiquer. Elle ne fait pas partie des gestes dits médicaux mais est en passe de le devenir ; aussi est-il largement question que l'euthanasie, et ses diverses facettes, morales et techniques, soient étudiées à l'école de médecine et dans des séminaires. La formation des médecins, la possibilité que ces auto-délivrances puissent avoir lieu dans les institutions (ce qui est déjà autorisé lorsque les personnes âgées y sont domiciliées), l'ouverture des services hospitaliers (c'est déjà le cas du Centre hospitalier universitaire vaudois⁵), et enfin la possibilité qu'Exit en vienne, un jour, à passer la main au corps médical, habilité à agir, grâce à la dépénalisation, sont des victoires attendues.

Et enfin la dernière bataille consistera à faire valider l'euthanasie "directe" eu égard aux arguments tout à fait recevables qu'avancent les

défenseurs de cette cause. Il se constate en effet que les malades prolongeraient volontiers leur temps de vie s'ils n'étaient jugulés par cette échéance de l'auto-délivrance qui implique qu'ils restent suffisamment autonomes et lucides pour faire ce geste de boire le produit. Savoir que d'autres, à leur place, prendront la décision et procéderont à son exécution leur permet de surseoir à leur décision et d'attendre, en restant vivants, tant qu'ils le peuvent et le souhaitent. On gagne du temps... Ce système est légal en Belgique et en Hollande avec, bien sûr, un encadrement qui élimine toute possibilité de dérapage.

EXIT : faire ce qu'on dit et dire ce qu'on fait

Dans le cadre du fonctionnement d'Exit, qui s'en tient à l'assistance au suicide, le protocole est très rigoureux et cela s'impose : de plus l'extériorité de ces personnes, à la famille et au corps médical, offre une garantie de sécurité, du fait de la non ingérence de "*motifs égoïstes*" familiaux ou médicaux précisément. C'est d'ailleurs en cela que la prorogation de leur action semble souhaitable, en parallèle à une éventuelle prise en charge médicale, pour éviter toute mainmise trop verrouillée...

De manière totalement immuable, les malades doivent être domiciliés en Suisse, membres de l'association depuis au moins trois mois⁶ et avoir, lorsqu'ils sont d'anciens membres, renouvelé leur engagement, tous les ans, pour confirmer l'actualité de leur choix.

Les conditions autorisant une demande avec dépôt de dossier (soigneusement étudié) sont au nombre de cinq :

- discernement
- demande sérieuse et répétée
- maladie incurable
- souffrances physiques ou psychologiques intolérables
- pronostic fatal ou invalidité importante⁷.

Les bénéficiaires de ce protocole sont des malades du cancer à 30%, de maladies neurologiques à 30% et d'invalidité/grande dépendance.

Par ailleurs, une déclaration est faite à la police dès le décès, ce qui entraîne une ouverture d'enquête sur le motif de "mort violente" ; généralement, un non-lieu est rendu dans les 48 heures, pour que le corps

soit restitué aux familles⁸ par le juge d’instruction qui a pu vérifier que toutes les étapes ont bien été respectées en toute transparence.

“Pas de non-dit : on fait ce qu’on dit et on dit ce qu’on fait” explique le Docteur Sobel président de l’association depuis 2000 .

En termes de traçabilité, interviennent également les pharmaciens qui restent très vigilants sur la prescription et l’accès au produit. Certains d’ailleurs se refusent encore, en rapport avec leurs convictions, à le délivrer.

Le retard de la France

En France nous n’en sommes pas encore là : nous obtenons avec peine que les directives anticipées (ou le testament dit biologique) puissent être respectées comme l’expression des volontés du patient ; et que soit reconnue l’existence d’un représentant thérapeutique, mandaté par le malade, pour le représenter en cas d’incapacité et parler en son nom.

De fait, un inconvénient majeur subsiste en ce que les médecins risquent de se mettre en porte-à-faux par rapport à la justice, celle-ci pénalisant toujours l’euthanasie dite “indirecte” c’est-à-dire, le protocole consistant simplement à augmenter la sédation par un produit létal dont les effets vont accélérer la mort.

On constate que l’évitement de l’acharnement thérapeutique et la pratique de l’euthanasie passive consistant, elle, à arrêter des traitements jugés inutiles, sont à peine au goût du jour, tant la notion “*d’inutile*” est encore controversée et les médecins vont devoir prendre en compte la pression du public et avancer sur ce terrain pour que le législateur ne se retrouve pas un jour coincé devant une impasse économique où le manque de lits, de personnel et de fonds de remboursements pourraient induire une nouvelle législation fondée sur le profit et la rentabilité.

Beaucoup de gens me disent pourquoi cela n’existe-t-il pas en France ? Nous serions plus sereins devant la perspective de l’éventualité de cette issue... Et c’est, en effet, un constat d’Exit : les personnes qui font cette demande sont tranquillisées et attendent plus calmement le terme de leur décision.

La solidarité entre malades, familles et accompagnants

Dans le cadre de cette auto-délivrance, le malade se donne la mort au sein d’une conjoncture que d’autres ont rendue plausible.

Considérons ce qu'il en est des conséquences pour les familles, le malade et les accompagnants.

- les malades : il s'agit pour eux de convoquer leur mort à date et heure fixes, et ce n'est pas rien ; mieux vaut être déterminé et endurant et persuasif car les pressions sociales et hospitalières (y compris dans des contextes de soins palliatifs) se font éminemment dissuasives. Certes, le courage est aux commandes de cette décision, beaucoup plus difficile à affronter que de faire l'autruche en fermant les yeux sur le diagnostic et surtout sur le pronostic. Il vaut mieux en effet savoir ce que l'on veut pour traverser cette épreuve : quitter ce bas monde avant que l'heure ait vraiment pleinement sonné. Les proches sont là extrêmement sollicités à se positionner et à se faire aidants, sinon la mise en oeuvre du processus de réflexion et son aboutissement peuvent être gravement compromis.

- les familles : elles considèrent, quant à elles, évidemment, que c'est toujours trop tôt ; parfois elles se montrent résolument contre, et la plupart du temps, le regrettent ultérieurement lorsque les conditions du décès ont été laborieuses. Elles évoluent le plus souvent en adhérant aux positions du malade surtout quand son état se dégrade. La décision est débattue, réfléchie, mûrie jusqu'à ce que s'instaure un consensus qui portera le malade jusqu'au bout de son parcours. Pas de deuil pathologique et pas de psychothérapies dans l'après-coup, le deuil ayant eu toute la latitude de se vivre avant et ensemble, dans ce qui restait précisément encore à vivre ; deuil de leur vie pour les malades, deuil de leur proche, pour les familles.

- les accompagnants : ils sont recrutés sur un profil d'éthique et d'équilibre, qui n'a que peu à faire avec le sacrifice, le prosélytisme ou les bonnes intentions. Aucunes dénonciations, ni plaintes ultérieures ne sont jamais venues remettre en question leurs convictions ni la sérénité de leurs fonctionnements. Ils suivent les malades sur la durée, à domicile le plus souvent, et créent des échanges où ne s'exercent plus les pressions du social ou du semblant. L'intimité, le respect mutuel, la confiance, se font les éléments d'une vraie rencontre.

Si ce n'est simple pour personne, du moins, la solidarité vient-elle apporter une touche d'entre-aide et de partage du courage.

Si la persistance de l'acharnement thérapeutique, les souffrances trop intenses, trop longtemps, génèrent une épreuve insupportable pour les proches, les malades, les soignants... à l'inverse, les derniers moments passés ensemble, l'accueil du sujet jusqu'au bout, la mort paisible,

vont tracer pour chacun, le sillon d'une vraie sérénité.

Ce peut être une autre façon de vivre sa vie que de savoir que l'on est maître de vivre sa mort dans la dignité. Ce peut être une façon différente d'aborder sa mort, que de la vivre jusqu'au bout.

Lorsque la vie se transforme en destin...

Et la psychanalyse, dans tout cela ?

Qu'est-ce qu'elle en pense de cette façon d'oser être soi-même et de tenir tête à l'establishment moral, social, paramédical et médical? Elle cautionne les sujets qui se soutiennent de leur désir ou pour le moins ont été en mesure de ne pas céder dessus !

La psychanalyse considère que l'on peut tout perdre mais que s'il reste quelque chose dans la perte, c'est la richesse du désir. A condition que l'on se le soit sauvegardé ou plus exactement que l'on ne soit pas passé à côté, par lâcheté ou couardise. On est riche de son désir quand il ne reste plus rien d'autre... En résumé, elle dit qu'on est libre de ses choix à tout moment... Et donc, que tout acte engage, soi, et accessoirement autrui.

Elle dit qu'un sujet doit savoir ce qu'il en est de son désir, et aussi qu'il doit être capable d'assumer ses actes et leurs conséquences sans s'en référer à un autre qui saurait pour lui. Elle dit que ce n'est pas la faute de l'autre si une vie se transforme en destin et qu'il est important de regarder en détails en quoi on est pleinement acteur de ce qui nous arrive.

Elle dit aussi qu'un sujet peut faire fi de ses déterminations, de ses déterminismes et prendre une voie qui lui appartienne, pour peu qu'il en ait fini avec l'existence de cet autre qui l'anime, voire le manipule. Elle dit qu'un sujet est toujours à même de changer de vie, de cap, d'orientations et de mettre son désir aux commandes. Rien n'est irréparable, irréversible ; sauf en effet peut-être de se diriger vers la mort... Mais même en ces circonstances, quand le chemin se termine, la manière dont se parcourent les derniers pas est encore un choix donné à chacun pour y mettre sa marque, sa trace, son style...

Jusqu'au bout il est possible de réparer, de faire acte de sujet, et de partir, en accord avec soi.

Les personnes qui font appel à l'auto-délivrance ne remettent pas forcément en cause ce qu'a été leur vie, ni ne s'interrogent sur le pourquoi de leur maladie quand elle les entraîne à mourir avant l'âge de la vieillesse. Mais elles ont décidé que pour elles, il en serait ainsi, qu'elles seraient

présentes à elles-mêmes jusqu'au bout, léguant à leurs proches le souvenir d'un exemple d'autonomie et de liberté subjective.

Cette transmission, pour ceux qui la reçoivent, interroge, bouscule, imprègne ; mais elle met du sens dans un acte définitif en pointant que chacun est maître de sa vie jusqu'au bout, que de le savoir et de pouvoir le dire, donne un sens au fait d'être un humain.

Offrir à autrui, et à quel prix, l'exemple d'une prise de responsabilité, l'exemple du choix du sujet, n'est-ce pas, d'une certaine manière, construire du lien, du lien familial, du lien social ?

¹ "Questions de vie et de mort", Florence Plon, édition Champ social, 2008; "Désir de vie, désir de mort"

² Article publié dans la revue "Cultures et sociétés", octobre 2007, Téraèdre éditions

³ Ne pas confondre :

- euthanasie passive = arrêts des traitements allopathiques

- euthanasie indirecte = augmentation des doses sédatives dont l'injection va accélérer le décès

⁴ Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

⁵ lorsque le transfert à domicile n'est plus possible

⁶ sauf cas particulier

⁷ dont l'impossibilité permanente d'effectuer certains gestes ordinaires de la vie quotidienne

⁸ pas d'autopsie

Filmographie :

- Jean-Pierre Améris : "C'est la vie", France 2001

- Patrice Chéreau : "Son frère", France 2002

- Clint Eastwood : "Million dollar baby", USA 2005

- Metchthild Gassner : "Le dernier voyage", ARTE Allemagne 2006

- Stéphanie Malphettes et Stéphan Villeneuve :

"Le choix de Jean", France2 2005

- Fernand Melgar : "Exit : le droit de mourir", La vie en face, Arte 2006

- François Ozon : "Le temps qui reste", 2005 France

- Christine pascal : "Le petit prince a dit", France 1992

- Ramon Sampedro : "Mar adentro", Espagne 2005

RESULTATS DE NOTRE ENQUETE AUPRES DES CANDIDATS AUX ELECTIONS FEDERALES D'OCTOBRE 2007

EXIT a envoyé un questionnaire à 627 candidats des cantons romands aux élections fédérales leur demandant de soutenir le dépôt d'une nouvelle motion pour réactiver celle de Madame Anne-Catherine Ménétrety-Savary concernant **l'enseignement de la problématique de l'assistance en Faculté de médecine.**

127 ont fait connaître leurs réponses. Sur ces 127, 98 ont répondu "oui" et 29 "non". C'est-à-dire que les trois quarts d'entre eux sont favorables à la position défendue par EXIT, ce qui est un résultat fort encourageant.

Communication à tous nos membres

Un espace «sécurisé», réservé exclusivement aux membres d'EXIT est ouvert sur le site Internet de l'association (www.exit-geneve.ch ou www.exit-suisse-romande.ch)

Les membres qui souhaitent consulter cette rubrique peuvent obtenir le code d'accès, soit en envoyant un courriel à: support@exit-geneve.ch ou info@exit-geneve.ch

D'autre part, le site est constamment mis à jour et tous les événements qui sont portés à notre connaissance sont publiés sur le site.

N'hésitez pas à nous écrire pour nous communiquer vos remarques et vos souhaits.

Le responsable du site

A LIRE

"LA MORT ASSISTÉE en arguments", A. Bondolfi, F. Haldemann, N. Maillard (éds), juillet 2007, Georg éditeur

Cet ouvrage collectif et érudit rassemble toute une série de textes sur la question de l'assistance au décès, que les auteurs présentent ainsi :

"La société dans son ensemble se pose aujourd'hui de nouvelles questions concernant la fin de la vie, le pouvoir dévolu à la médecine et la marge d'autonomie qui, en cette matière, doit être laissée à chacun. L'événement de la mort, qui autrefois simplement *survenait*, soulève toute une série de problèmes *pratiques*, au sens où ils relèvent maintenant de notre sphère d'action. Les collectivités ont à redéfinir leur rapport à la mort et, dans un contexte marqué par l'évolution rapide des technologies et l'exaltation de l'autonomie individuelle, à déterminer ce qui peut être permis ou non.

Issu d'un travail interdisciplinaire, cette anthologie rassemble des textes qui ont marqué le débat international sur les thèmes de l'euthanasie et du suicide assisté et sont désormais perçus comme des classiques. Elle donne accès au public francophone à un certain nombre de traductions inédites et permet de se familiariser avec des auteurs d'envergure comme Hans Jonas, Ronald Dworkin, Peter Singer, Joël Feinberg, James Rachets et d'autres."

Remerciements

Dans l'impossibilité de remercier individuellement les membres ayant fait un don en faveur de l'Association, le Comité exprime à chacun sa vive reconnaissance pour le soutien ainsi apporté à son action.

Si vous déménagez...

Merci de nous en aviser en nous retournant
ce document rempli par fax au 022 735 77 65
ou par poste à EXIT-ADMD, C.P. 110, 1211 Genève 17

Vous nous épargnerez des frais importants de recherche!

Nom: Prénom:

Ancienne adresse:

Nlle adresse:

N.P: Localité:

Adresse e-mail:

Nouveau N° de tél.

N° portable:

Observation:

.....

.....



1 + 1

RECRUTEZ UN NOUVEAU MEMBRE!

*Plus nous serons nombreux
mieux nous atteindrons nos objectifs*



COUPON-REPONSE

A envoyer à EXIT-A.D.M.D., Case postale 110, 1211 Genève 17
en y joignant une enveloppe affranchie à votre adresse.

- Je désire recevoir gratuitement toutes les informations concernant l'Association EXIT-A.D.M.D. Suisse romande.
- Je souhaite adhérer à EXIT-A.D.M.D. Suisse romande.

Nom:

Prénom:

Rue et N°:

N° postal/Localité:

Date: Signature: