

Table des matières

Editorial

Convergence d'oppositions ... Dr Jérôme Sobel	Page 1
Assemblée générale 2010 - Ordre du jour et plan	Pages 2 à 3
Comptes 2009 - Attestation des vérificateurs	Page 4
L'ASSM rejette la réglementation proposée ...	Pages 5 à 10
Témoignages de 2 accompagnatrices	Pages 11 à 15
Demande d'assistance au suicide (Conditions)	Page 15
Assistance au suicide ... - M. Philippe Barraud	Pages 16 à 19
Directives anticipées ... - M. Jacques Aubert	Pages 20 à 28
Communications du secrétariat	Page 29
Quelques chiffres concernant 2009 ...	Page 30
Remerciements et "Testament biologique"	Pages 31 à 32
Dignité humaine - Dr Jean Martin	Pages 33 à 35
Informations littéraires	Pages 36 à 37
Si vous déménagez ...	Page 38
Inscription à EXIT Suisse romande	Page 39

Comité de rédaction :

Janine & William Walz, Karine Rophille et Christine Brennenstuhl

Comité 2009



Dr Jérôme Sobel, Président



Dr Jean-Emmanuel Strasser,
Vice-Président

Membres du comité, par ordre alphabétique :

Dresse D. Berner
M. J.J. Bise
Mme C. Brennenstuhl
Prof. G. Gabbiani
Dresse D. Hutin
Mme S. Pletti
Me F. Primault
Me B. Reich
Mme M. Tendon
M. W. Walz

Membres d'honneur :

Dresse G. Burgermeister
Mme J. Marchig



Convergence d'oppositions contre les propositions fédérales de réglementation de l'assistance au suicide

Les propositions du Conseil Fédéral d'adopter une restriction législative avec modification de l'article 115 du code pénal suisse ou d'interdire purement et simplement toutes les formes d'assistance organisée au suicide seront combattues par les associations EXIT ADMD Suisse Romande et EXIT Deutsche Schweiz.

L'Académie Suisse des Sciences Médicales, après un examen minutieux du nouveau projet, a décidé de le rejeter également car il ne résout pas les problèmes existants et il est contraire à l'opinion et aux attentes d'une grande partie de la population.

Les raisons du rejet du projet fédéral par les associations EXIT et l'Académie Suisse des Sciences Médicales sont différentes, mais cette convergence des refus devrait alerter Mme la Conseillère Fédérale Widmer Schlumpf. Poursuivre dans cette voie sans issue serait plus qu'une erreur, une faute politique.

L'A.S.S.M. suggère une législation de surveillance pour l'assistance organisée au suicide, sans modification de l'article 115 du CPS. Cette proposition pourrait être une solution acceptable si les associations EXIT sont consultées lors de l'élaboration de son ordonnance d'application et qu'un compromis raisonnable peut être négocié. Affaire à suivre avec la plus grande vigilance ...

Dr J. Sobel

Président d'EXIT A.D.M.D. Suisse Romande

Assemblée générale 2010
réservée uniquement aux membres

Ordre du jour

Chers Membres,

Nous avons le plaisir de vous inviter à notre Assemblée Générale ordinaire 2010 qui se tiendra :

Samedi 17 avril 2010 à 15 heures, au
Palais de Beaulieu av. des Bergières 10 à Lausanne
Salle St-Moritz AB

1. Approbation du procès-verbal de l'Assemblée Générale du 4 avril 2009 (Voir le bulletin N° 51 de septembre 2009)
2. Rapport du comité
3. Rapport de la trésorière
4. Rapport des vérificateurs des comptes
5. Statuts : Votation des modifications des statuts, articles 37 à 39, annexés
6. Nomination des vérificateurs des comptes ou de la fiduciaire
7. Cotisation annuelle pour 2011
8. Election du comité
9. Conférence de Monsieur Michel Thévoz, coauteur du livre "L'aide au suicide"
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 A.D.M.D. Suisse romande, au moins 15 jours à l'avance.

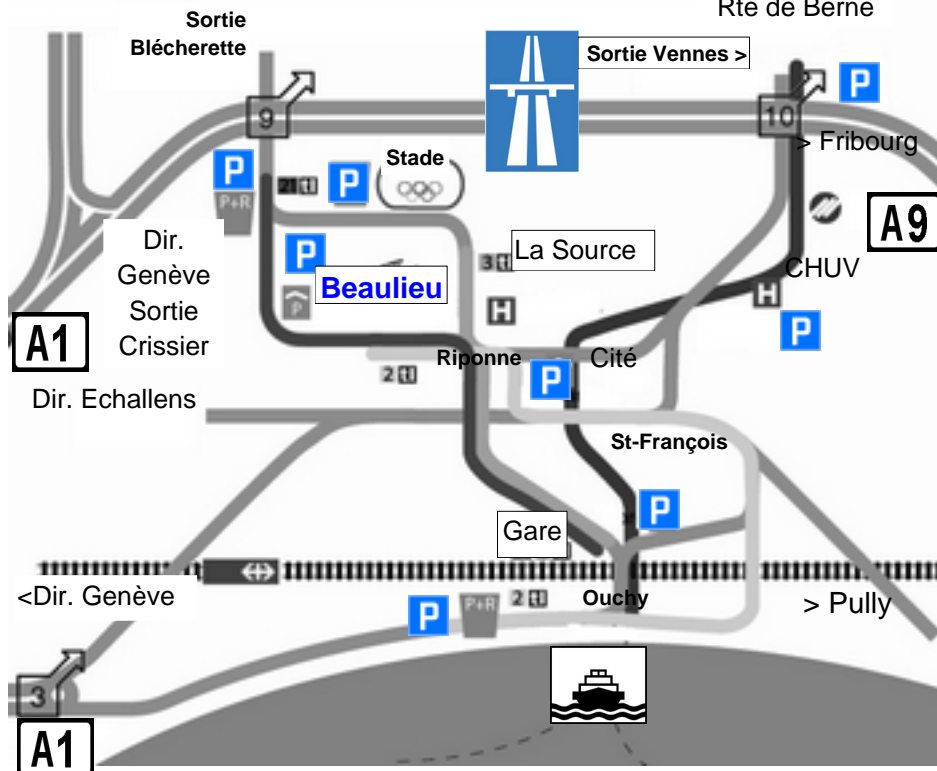
Conformément aux statuts (art. 23, 3e al.) vous avez la possibilité de vous faire représenter par un membre du comité au cas où vous ne pourriez pas assister à l'assemblée générale. Vous trouverez, en annexe, un mandat-réponse qu'il suffit de nous renvoyer dans l'enveloppe prévue à cet effet. Afin de 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 présente convocation.

Nous espérons avoir le plaisir de vous rencontrer à l'issue de l'assemblée lors de la verrée et dans cette attente, vous présentons, chers Membres, nos meilleures salutations. **Annexes** : procuration de vote + enveloppe-réponse.

Comment se rendre au Palais de Beaulieu à Lausanne salle St-Moritz - Bâtiment principal - 2ème étage

Dir. Yverdon Dir. Le Mont

Dir. Moudon
Rte de Berne



Autoroute A1 ou A9 - Prendre Lausanne Nord -
Sortie 9 - Suivre les panneaux Beaulieu



Depuis la gare de Lausanne : Bus No 3 "Beaulieu"
ou "Bellevaux"
Bus No 21 "Blecherette"
ou depuis le centre ville : Bus No 2 "Désert"

Le bilan et le compte de résultats 2009 ont été imprimés sur des **feuilles séparées**, car la réduction de ces documents, au format de cette brochure, aurait rendu la lecture difficile.

EXIT A.D.M.D. Suisse romande



Rapport des vérificateurs des comptes Exercice 2009

Mesdames, Messieurs,

En exécution du mandat qui nous a été confié lors de l'assemblée générale qui s'est déroulée à Neuchâtel en 2009, nous avons procédé à la vérification des pièces comptables et du bilan de l'association, arrêtés au 31 décembre 2009.

Nous avons constaté leur concordance, avec les comptes tenus.

Le résultat de l'**exercice 2009**, fait apparaître un bénéfice de :

CHF 173'095.90

ce qui portera la fortune à **CHF 558'369.52** au 31 décembre 2009.

Nous remercions vivement la trésorière, **Mme Christine Brennenstuhl**, représentée par Mme Janine Walz, pour son aimable assistance au cours de cette procédure de vérification et nous tenons à la féliciter pour la qualité de son travail.

En conséquence, nous vous demandons d'approuver les comptes de l'association EXIT A.D.M.D. de suisse romande et de donner décharge à la trésorière.

Les vérificateurs :

Mme Nora Segni Vigevani

M. Jean-Paul Abgottspon

L'ASSM rejette la réglementation proposée de l'assistance organisée au suicide

Source : Académie Suisse des Sciences Médicales (A.S.S.M.)
(EMH Bulletin des médecins suisses)

Le Conseil Fédéral a décidé de réglementer l'assistance organisée au suicide; fin octobre 2009, il a mis en consultation deux variantes différentes. La variante 1, privilégiée par le Conseil Fédéral, prévoit l'introduction de critères de diligence rigoureux.

Dans l'art. 115 al. 2 du Code pénal, sept conditions à remplir par un accompagnant au suicide actif au sein d'une association sont énoncées :

- la décision de se suicider est prise librement, mûrement réfléchie et persistante;
- un médecin indépendant de l'organisation atteste que le suicidant est capable de discernement;
- un second médecin indépendant de l'organisation atteste que le suicidant souffre d'une maladie incurable avec une issue fatale imminente;
- des alternatives de traitement ont été discutées avec le suicidant et lui ont été proposées;
- le moyen employé est soumis à prescription médicale;
- l'accompagnant ne poursuit pas de but lucratif;
- l'organisation et l'accompagnant constituent conjointement une documentation complète.

La variante 2 du projet prévoit une interdiction générale de l'assistance organisée au suicide.

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a minutieusement examiné le nouveau projet de réglementation et soumis la prise de position suivante au Conseil Fédéral.

1. La réglementation prévue de l'assistance organisée au suicide ne résout pas les problèmes existants

Depuis des décennies, les questions relatives à l'assistance et à l'accompagnement au décès représentent un thème central pour l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).

L'ASSM rejette la réglementation proposée de l'assistance organisée au suicide

(Suite)

Dans ses directives médico-éthiques, elle a défini des normes pour l'activité médicale dans ce domaine sensible. L'ASSM a toujours défendu sa position, selon laquelle une législation sur l'euthanasie indirecte active ou passive est superflue et considère que ses directives constituent un outil adéquat. En revanche, l'ASSM plaide depuis longtemps en faveur d'un contrôle des activités des organisations d'assistance au suicide. Dans un courrier adressé au Conseil Fédéral le 7 juin 2006, elle écrivait à ce sujet :

«Nous considérons que la protection d'une personne suicidaire est absolument décisive ... Nous ne pouvons nous satisfaire de l'insuffisance des critères de diligence et du manque de surveillance dans un domaine où il est question de vie et de mort ... Nous sommes clairement de l'avis que la Confédération a un devoir de surveillance dans le domaine des organisations d'assistance au suicide.»

En principe, l'ASSM salue les efforts de la Confédération pour réglementer l'assistance organisée au suicide. Elle soutient notamment son intention de ne réglementer qu'une partie de la pratique de l'assistance au suicide, à savoir l'assistance organisée. Elle pense toutefois que ni la limitation proposée à l'assistance organisée au suicide (variante 1), ni son interdiction (variante 2) – par une réglementation dans le Code pénal resp. dans le Code pénal militaire – ne représente une solution adéquate aux problèmes actuels.

L'ASSM rejette la réglementation proposée pour les raisons suivantes :

- L'assistance au suicide sera institutionnalisée en tant qu'activité médicale.
- Les institutions médicales seront soumises à une pression accrue les incitant à accepter que les organisations d'assistance au suicide interviennent dans leurs locaux.
- La limitation à la «fin de vie imminente» est inadéquate.
- La réglementation proposée peut être facilement contournée.

(Suite)

L'assistance au suicide sera institutionnalisée en tant qu'activité médicale

La nouvelle réglementation, telle qu'elle est proposée, impliquerait de plus en plus les médecins dans l'assistance au suicide. En effet, dans la variante 1, trois tâches centrales incomberaient aux médecins (la constatation de la fin de vie, la vérification de la capacité de discernement et la prescription de pentobarbital de sodium [NAP]) et les soumettraient à une pression accrue pour qu'ils pratiquent l'assistance au suicide resp. se chargent de tâches liées à un suicide planifié. Dans les variantes 1 et 2, la limitation à l'assistance organisée au suicide, telle qu'elle est prévue dans la réglementation, pourrait inciter les malades chroniques suicidaires, qui ne sont pas en fin de vie, à faire de plus en plus appel aux médecins. Étonnamment ces conséquences sur le rôle des médecins ne sont pas évoquées dans le rapport explicatif.

Dans les directives de l'ASSM «Prise en charge des patientes et patients en fin de vie» l'assistance médicale au suicide est tolérée en tant que décision morale personnelle du médecin, dans certains cas particuliers et dans les limites d'un cadre déterminé. Cependant, l'ASSM a maintes fois précisé que l'établissement croissant de l'assistance au suicide relève de la responsabilité de la société et que celle-ci ne peut être déléguée au corps médical. L'attitude du médecin individuel dans la marge de manoeuvre définie par le droit dépend aujourd'hui de sa propre conscience. L'expérience montre que l'assistance au suicide est mieux acceptée dans la population qu'au sein du corps médical [1] et plus les médecins concernés ont de l'expérience avec la prise en charge de patients en fin de vie, moins ils adhèrent à l'assistance au suicide [2].

Les expériences acquises au niveau international révèlent, elles aussi, qu'à cet égard le potentiel de conflit est en étroite relation avec la perception individuelle de l'activité médicale.

L'ASSM rejette la réglementation proposée de l'assistance organisée au suicide

(Suite)

L'accompagnement d'un être souffrant en fin de vie et son soutien dans les moments difficiles représentent des missions importantes pour les médecins; en revanche, ils ne considèrent pas comme étant de leur devoir d'apporter une aide au suicide à des personnes souffrant de maux divers (comme la solitude, l'isolement, le handicap ou une maladie psychique) et qui ne sont pas en fin de vie. Actuellement, 30% des cas d'assistance organisée au suicide ne concernent pas des personnes en fin de vie [3]. C'est pourquoi, il est probable qu'avec la nouvelle réglementation (variante 1 et 2) la pression exercée sur le médecin individuel à pratiquer l'assistance au suicide risque d'être de plus en plus forte.

Avec la variante 1 de la réglementation, le corps médical est encore plus impliqué dans l'assistance au suicide, car seuls les médecins sont responsables de la constatation de la capacité de discernement. Selon l'ASSM, ce n'est qu'en présence de doutes concernant des questions médicales (par ex. lors de la vérification de la capacité de discernement chez des patients atteints d'un début de démence ou de troubles psychiques) qu'un deuxième avis doit être établi par un médecin.

Les institutions médicales seront soumises à une pression accrue les incitant à accepter que les organisations d'assistance au suicide interviennent dans leurs locaux

Nombreux sont ceux qui passent la dernière phase de leur vie à l'hôpital ou dans un lieu de vie médicalisé (institution de soins). En limitant l'assistance organisée au suicide aux patients en fin de vie – comme le prévoit la variante 1 – les hôpitaux et institutions de soins seraient soumis à une pression de plus en plus forte les incitant à accepter que les organisations d'assistance au suicide interviennent dans leurs locaux, alors que l'assistance au suicide est en contradiction avec le rôle initial de ces institutions.

L'ASSM rejette la réglementation proposée de l'assistance organisée au suicide

(Suite)

Si pour cette raison, la plupart des hôpitaux persistaient à interdire leur accès aux organisations d'assistance au suicide, cela équivaldrait en fait à l'interdiction de l'assistance organisée au suicide (variante 2), interdiction que le Conseil fédéral n'encourage pas.

La limitation de la réglementation à la «fin de vie imminente» est inadéquate

L'ASSM a introduit dans ses directives le critère de «fin de vie», dans le but d'aider les médecins en charge de patients mourants, dans les situations limites où ils sont confrontés à une demande de suicide.

Toutefois, la «fin de vie» n'est pas un critère général adapté à la réglementation de l'assistance organisée au suicide. D'une part, les difficultés liées au pronostic de la fin de vie sont connues et, d'autre part, une telle limitation est contraire à l'opinion et aux attentes d'une grande partie de la population.

La réglementation proposée peut être facilement contournée

Finalement, les problèmes actuels ne peuvent pas être résolus avec les variantes proposées, car les limitations peuvent être facilement contournées: Les conditions énoncées dans la législation s'adressent à des organisations et non pas à des individus ou des médecins. Ainsi, les personnes suicidaires qui ne remplissent pas les conditions nécessaires peuvent être adressées par l'organisation à des médecins qui eux ne sont pas soumis à la nouvelle réglementation.

2. Propositions de réglementation à l'aide d'une loi spécifique

Dans son rapport intitulé «Assistance au décès et médecine palliative - la Confédération doit-elle légiférer ?» du 24 avril 2006, le Département Fédéral de la Justice et de la Police avait envisagé diverses possibilités pour éviter les malentendus dans le domaine de l'assistance au suicide. Outre la révision de l'art. 115 du Code Pénal, le DFJP avait également proposé une réglementation au moyen d'une loi de surveillance. Sur la base des conclusions de ce rapport, le Conseil Fédéral avait renoncé à faire une proposition de réglementation en mai 2006.

L'ASSM rejette la réglementation proposée de l'assistance organisée au suicide

(Suite)

Depuis lors, aussi bien des initiatives parlementaires (par ex. les motions N° 073163 et 07.3626) que la Commission Nationale d'Ethique (CNE) et l'ASSM exigent du Conseil Fédéral qu'il élabore une base juridique pour le contrôle des organisations d'assistance au suicide. Toutefois, la possibilité d'une réglementation de surveillance n'est abordée que brièvement dans le chapitre 4.3 du rapport concernant le projet de révision du Code Pénal en argumentant qu'avec une telle réglementation une certaine bureaucratisation de l'assistance organisée au suicide serait inévitable. Selon l'ASSM, une législation de surveillance pour l'assistance organisée au suicide représenterait une solution adéquate, car d'une part, les organisations de suicide assisté seraient soumises à autorisation et, d'autre part, il serait possible de contrôler si les critères de diligence définis sont respectés.

Les points suivants doivent être réglés dans la loi de surveillance :

- Les devoirs de diligence pour les assistants au suicide (en particulier le choix minutieux des personnes, une formation adéquate et la supervision).
- Les devoirs de diligence pour les médecins qui travaillent avec les organisations d'assistance au suicide, en particulier pour les médecins qui établissent les prescriptions.
- La transparence de la gestion et des statistiques.

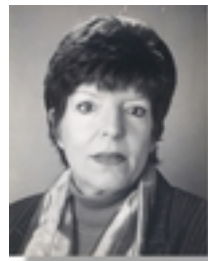
3. Conclusion

Sur la base des déclarations ci-dessus, l'ASSM rejette les propositions de réglementation (variantes 1 et 2) et propose une réglementation au moyen d'une loi de surveillance pour les organisations d'assistance au suicide. Elle recommande par ailleurs à la Confédération de renforcer la prévention du suicide et de continuer à promouvoir les soins palliatifs.

1 Rietjens JA et al. A comparison of attitudes towards end-of-life decisions : survey among the Dutch general public and physicians
Soc Sci Med. 2005;61(8):1723–32.

Une assistance au suicide

UN JOUR PAS COMME LES AUTRES !



Il est 6.30 h., je ne vois pas le jour entre les interstices des volets, j'en déduis donc que le temps est certainement exécrable en cette journée du début de l'automne. J'ai très peu dormi, comme toujours la veille d'un accompagnement, et j'ai la tête pleine de soucis, de tracas et de points d'interrogation.

Comme d'habitude je me demande si tout se passera bien, si la famille supportera courageusement cette séparation définitive, si la police viendra habillée en civil comme je le demande chaque fois, si le membre de notre association à accompagner sera serein, si..., si... si... ?

Tout en faisant ma toilette je repense aux entretiens que j'ai eus avec cette personne et avec sa famille. C'était très dur pour tout le monde. C'est une jeune femme atteinte d'une maladie dégénérative et qui ne supporte plus l'état de dépendance dans laquelle elle se retrouve à présent. J'ai de la peine à retenir mes larmes, elle est si jeune, elle a des enfants et son mari semble tellement perdu à l'idée de la voir mourir. Pourtant, tous ont respecté son choix et ont compris ses motivations. Je me dis que si je dois pleurer je ferais mieux de le faire maintenant plutôt que de fondre en larme devant elle.

A 8 h. j'arrive à la pharmacie pour prendre la préparation létale. Le pharmacien l'a déjà préparée et je lui suis très reconnaissante d'avoir accepté de faire cette préparation. Je sais que pour lui ça a été une décision difficile à prendre, en effet il ne s'agit pas d'un geste anodin, il a besoin lui aussi de beaucoup de courage puisqu'il sait à quoi sera utilisée sa préparation. Il voit ma mine défaite et me souhaite bon courage.

J'ai environ $\frac{3}{4}$ d'heure de route à faire, ce qui me laisse largement le temps de me préparer à affronter, encore une fois, la tristesse et le chagrin inhérents à un accompagnement.

UN JOUR PAS COMME LES AUTRES ! (Suite)

Cette fois je suis envahie par un sentiment de colère, un sentiment de profonde injustice car cette jeune femme aurait dû vivre heureuse, pouvoir élever ses enfants. Elle va tellement leur manquer.

A son mari aussi elle va beaucoup manquer, il l'aime de tout son cœur et appréhende son départ bien qu'il l'ait accepté.

Un accompagnement c'est toujours très difficile, il s'agit d'aider un être humain à mourir et même si c'est son souhait ce n'est pas simple. A chaque fois je me remets en question. A chaque fois je ressens la même peur, les mêmes angoisses. Il y a longtemps que je suis en paix avec ma propre mort mais lorsqu'il s'agit de celle d'une autre personne j'ai beaucoup de peine à accepter son départ vers l'inconnu. Mais, en fin de compte, j'ai choisi d'aider mes semblables de cette manière et j'assume plutôt bien mon choix. Il y a bien sûr quand même le fait que la mort d'un être humain ne peut pas me laisser indifférente et que je souffre lorsque je suis celle qui apporte « la petite potion » qui l'aidera à s'en aller dignement comme il l'a souhaité.

Absorbée par mes pensées j'ai «raté» la petite phrase métallique du GPS qui disait : «veuillez tourner à gauche à 200 mètres» et je me retrouve dans une impasse. Décidément je suis extrêmement stressée et pas assez attentive à ma conduite.

J'arrive enfin devant la maison de la personne que je dois accompagner. Je suis 5 minutes en avance, je reste donc dans ma voiture. En aucun cas je ne voudrais arriver plus tôt ou plus tard que l'heure fixée.

Lorsque je me retrouve dans la maison beaucoup de personnes sont présentes, je me sens mal à l'aise car je ne sais pas si, parmi les personnes présentes il y en a qui sont choquées par cette mort « programmée ».

UN JOUR PAS COMME LES AUTRES ! (Suite)

Comme je le fais chaque fois, je m'approche de la personne à accompagner et lui pose LA QUESTION : êtes-vous sûre que c'est vraiment votre choix ? Et comme à chaque fois elle me répond oui avec toute la force et le courage qui lui restent.

Je lui demande aussi si elle a bien dormi et si elle est sereine. Et à chaque fois je reçois la même réponse, à savoir : « oui il y a longtemps que je n'avais pas dormi aussi bien et je suis tout à fait sereine ». Au fond de moi je la remercie pour ces paroles apaisantes qui me confortent dans l'idée que j'ai fait le bon choix en aidant ceux qui souffrent de cette manière.

Et comme à chaque fois, je l'aide à mourir dignement.

J'essaie de consoler, d'encourager ceux qui restent mais je suis bien consciente de mon impuissance face à leur chagrin.

Alors, une fois les formalités d'usages terminées je dis au revoir et je rejoins ma voiture.

Et je repars en pleurs en me disant que ce n'est pas un jour comme les autres.

Suzanne Pletti



Une assistance au suicide

UNE JOURNEE DIFFICILE !

Je me lève, il est 6.15 h. J'ai très mal dormi, comme chaque fois avant un accompagnement. Je suis en pensées avec le patient, sa famille et espère de tout cœur que tout se passera bien ...



J'ai fait la connaissance de cette jeune personne, entourée de ses parents et de son fiancé. C'est une jeune infirmière atteinte d'un cancer foudroyant. Son état s'aggrave rapidement. Elle a gardé espoir jusqu'au bout et a fait tous les traitements possibles.

Malheureusement, il n'y a plus rien à faire. Etant du métier, elle sait comment cela se termine et ne désire en aucun cas finir sa vie dans des souffrances insupportables ou inconsciente. Alors, elle fait appel à EXIT A.D.M.D. Suisse romande.

Comme à chaque fois que je reçois un dossier et que j'en prends connaissance, je suis bouleversée. Je me mets à la place de la personne, de sa famille. Ce n'est jamais facile et chaque accompagnement est différent et unique.

Ce jour-là, j'ai de l'avance. Je lui téléphone pour l'avertir que je suis déjà là...elle me dit "venez vite, je n'en peux plus" !.

Ses parents, qui vont perdre leur fille unique, son fiancé et une amie m'accueillent.

Ils ont tous passé la dernière nuit auprès d'elle à regarder des films, se remémorer les bons moments, les souvenirs et à prendre congé.

Je me dis à chaque fois, quand je suis en route, tu seras forte, tu n'as pas le droit de pleurer vis-à-vis de la famille, mais là l'émotion me submerge. Il y a tant d'amour !

UNE JOURNEE DIFFICILE ! (Suite)

Je lui repose une dernière fois la question "êtes-vous certaine de vouloir partir" ? Et comme à chaque fois la réponse est un grand **OUI**.

Il est vrai que nous sommes toujours attendu(e)s avec impatience et reconnaissance !

Alors, je l'aide à mourir dignement, entourée de ses proches.

Pour la famille c'est toujours très difficile, je suis là aussi pour eux, pour les consoler et faire face à leur tristesse.

Une fois les autorités et les obligations légales terminées, je prends congé de la famille. Des fois elle désire que je reste encore pour parler, écouter. Et des fois elle a besoin de se retrouver seule, alors je les laisse. Je regagne ma voiture pour rentrer à la maison et je me remémore cette journée qui fût difficile ...



**Rappel des conditions pour demander
une assistance au suicide**

1. Il faut être membre de l'association EXIT Suisse romande
2. Etre domicilié en Suisse romande
3. Avoir son discernement
4. Faire une demande sérieuse, manuscrite, avec un dossier médical
5. Etre atteint d'une maladie incurable, avec un pronostic fatal ou une invalidité importante ou des souffrances intolérables

Assistance au suicide : le droit de mourir relève de la liberté de chacun, pas de l'Etat

Avec l'autorisation de l'auteur : **Philippe Barraud**

La volonté du Conseil fédéral de réglementer scrupuleusement l'aide au suicide est malvenue. Le choix de mourir fait partie de nos libertés intangibles, il ne doit pas dépendre de médecins ou de juristes.

On se trouve typiquement là dans un domaine où trop de droit va à l'encontre des intérêts et de la dignité des citoyens. Les deux options de modification du Code pénal proposées sont inopportunes – pour preuve, elles placent d'emblée les choses sur le plan pénal !

La première option, exigée par un Pascal Couchepin seul de son avis, vise à interdire purement et simplement l'assistance au suicide. Une telle proposition n'a aucune chance d'être acceptée, ni par le parlement ni par le peuple, et c'est tant mieux. La population suisse tient à cette possibilité ultime, qui permet à des personnes ayant fait le choix de mourir de le faire de manière digne et propre.

La deuxième option, moins extrémiste, n'est pas plus souhaitable. On accepte évidemment l'idée que le «suicidant», comme l'exprime le Conseil fédéral, doit avoir fait part d'une volonté librement émise et «mûrement réfléchie», bien qu'on ne sache pas comment mesurer ce dernier critère. En revanche l'exigence de deux avis médicaux est lourde et inopportune, car, en médicalisant le processus, on retire au «suicidant» son libre arbitre, pour confier la responsabilité de sa mort ou de sa vie à des experts extérieurs qu'il ne connaît même pas. Cela est clairement inadmissible. La décision de mourir est de nature philosophique et éminemment personnelle, elle ne doit pas dépendre de médecins qui, bien entendu, ne seront jamais d'accord entre eux. Imaginez la situation: une personne a décidé de mourir, après mûre réflexion; et elle devrait subir, dans sa souffrance, des examens, des interrogatoires, faire des recours interminables, implorer enfin le droit de disparaître à des médecins qui ont confisqué sa volonté ?

Assistance au suicide : le droit de mourir relève de la liberté de chacun, pas de l'Etat

Avec l'autorisation de l'auteur : **Philippe Barraud**

C'est d'autant plus inadmissible que le Conseil fédéral veut créer des catégories, et inscrire dans la loi qui a le droit de mourir, et qui ne l'a pas. Ainsi, si les deux médecins, ou un seul, concluent que l'issue ne sera pas fatale à brève échéance, le candidat se verra refuser de manière autoritaire la délivrance à laquelle il aspire, fût-il en proie à des souffrances insupportables. De la même manière, une personne victime d'une maladie chronique non mortelle se verra interdit de suicide assisté, et dirigé, contre son gré, vers des soins palliatifs, où il devra «continuer à vivre dans la dignité», selon les mots du gouvernement. Mais pardon: qui décide ce qu'est vivre dans la dignité pour un individu donné? L'administration fédérale, ou la personne en cause? De quel droit veut-on nous infantiliser ainsi? On voudrait voir M. Couchepin expliquer ce raisonnement à une personne victime, par exemple, d'un locked-in syndrome, décrit dans le livre «Le Scaphandre et le papillon.» Votre vie est un enfer sans doute, mais moi, «je soutiens des projets de vie», pas des «projets de mort».

Président d'Exit, le Dr Jérôme Sobel a vivement réagi à ces propositions, et promis un référendum qui sera facile à gagner si le gouvernement devait persister. Il a profondément raison. Encore une fois, la décision de mourir est par essence subjective et l'Etat n'a pas à réglementer le suicide, qu'il soit assisté ou non. C'est une domaine qui, contrairement à ce que pense Berne, ne relève pas de la médecine et des experts, mais de la conscience individuelle, du libre arbitre, éventuellement de la foi, et très profondément, de la liberté de chacun. Le choix de mourir fait partie des fardeaux terribles et magnifiques de notre liberté. Ne laissons par l'Etat nous en priver.

Philippe Barraud / Novembre 2009



**Assistance au suicide :
le droit de mourir relève de la liberté de chacun, pas de l'Etat**

Réactions des lecteurs de l'article de M. Philippe Barraud

Commentaire de Jean-Pierre Blanc le 6 novembre 2009

Bravo et merci pour ce texte, M. Barraud ! Le droit de mourir dans la dignité est un droit fondamental qui doit être étendu et non pas restreint.

Ne serait-ce pas parce que Widmer-Schlumpf cherche désespérément à s'assurer des voix PDC en vue de sa future tentative de ré-élection au CF qu'elle fait une proposition aussi écoeurante ?

Commentaire de la Dresse Daphne Berner du 6 novembre 2009

Merci Monsieur Barraud pour ce bel article qui dit l'essentiel.

Nul besoin de réglementer, nul besoin de restreindre la liberté de tout un chacun.

A mon avis, le débat sur l'assistance au suicide est faussé puisque le conseil fédéral fait mine de choisir la voie du "juste milieu" : la réglementation des conditions permettant aux associations d'agir plutôt que leur interdiction. Et en Suisse, on adore le juste milieu, ne suis donc guère optimiste.

Ce qui est prévu est d'autant plus pervers qu'on n'y dit pas clairement les conséquences de cette nouvelle réglementation : c'est la mise sous tutelle des personnes qui oseraient solliciter une aide à mourir.

On peut se marier, faire une donation, un emprunt, jouer en bourse, refuser une opération, mais si vous vous avisez de solliciter l'aide d'Exit demain, il vous faudra rapporter la preuve que vous n'avez pas perdu la tête, que vous êtes sérieux et savez ce que cela signifie réellement ou que vous n'êtes pas « déprimé ».... C'est ce que j'appelle une mise sous tutelle.

Et qui devra attester de votre capacité de discernement ? un médecin je présume et dans le pire des scénarii, un psychiatre....



Assistance au suicide :
le droit de mourir relève de la liberté de chacun, pas de l'Etat

Réactions des lecteurs de l'article de M. Philippe Barraud

Commentaire de la Dresse Daphne Berner du 6 novembre 2009

(Suite)

connaissez-vous beaucoup de médecins et de psychiatres qui ne mettent pas votre capacité de discernement en doute lorsque votre opinion ne rejoint pas la leur ?????

Enfin j'ai été atterrée de lire dans le Courrier du 5 novembre que les directeurs d'EMS genevois font une différence entre l'assistance au suicide à domicile, qualifiée de privée, et l'assistance au suicide demandée par un résident d'EMS. Lui devrait se préoccuper de l'impact de sa demande sur l'équipe soignante et sur les autres pensionnaires... Bref, il n'a pas les mêmes droits que le citoyen qui a eu la chance de pouvoir garder son domicile.

J'espère que ces directeurs, dont toute la philosophie est naturellement « centrée patient » comme il se doit, avertissent clairement leurs futurs résidents : chez nous, on n'accède à vos demandes que si elles conviennent à l'équipe et aux autres résidents....

Commentaire de J. Etter le 11 novembre 2009

Je souscris entièrement aux arguments de M. Barraud, mais plus cynique je me pose la question du « lobby » santé et institutions pour personnes âgées qui doit générer de solides bénéfices.

Le libre-arbitre face à la mort fait partie du droit le plus fondamental, sans ingérence de l'Etat. JME.



Directives anticipées, «surveillance» pathologique, demandes d'aide à mourir

Comment penser l'articulation de ces concepts ?

Vivant jusqu'à la mort (Paul Ricoeur)

Avec l'autorisation de l'auteur : [Jacques Aubert](#)

Comme bien des collègues, j'ai longtemps pensé que la fin de vie ne relevait pas de la loi mais de la seule sagesse pratique et du colloque singulier médecin - patient. L'affairement politique sur cette question, mais aussi le profil sociologique de notre époque et son contexte biomédical nous enjoignent à réfléchir à cette problématique, à remettre en question nos certitudes et, peut-être, à changer d'avis.

Contexte culturel et politique

A l'heure où l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) publie ses recommandations médico-éthiques pour la rédaction de directives anticipées [1], à l'heure où EXIT suissealémannique signe avec le Ministère public du canton de Zurich un accord qui régleme l'accompagnement de personnes jusqu'à la mort, à l'heure où un président du PDC se pose la question de savoir s'il faut utiliser toute la «batterie» médicale pour un patient à bout de souffle de par l'âge et/ou la maladie, à l'heure où la conseillère fédérale Widmer-Schlumpf va ouvrir une procédure de consultation pour l'élaboration par les chambres d'une loi fédérale sur le suicide assisté, le moment est venu de penser dans sa complexité l'accompagnement professionnel jusqu'à la mort.

Contexte biomédical et sociologique

La question de savoir quelles directives anticipées rédiger pour quelle fin de vie exige un «réel débat d'envergure que l'on n'a encore pas vu jusqu'ici», relevait récemment Bertrand Kiefer dans Le Temps. Le débat ne saurait se résumer au seul match acharnement thérapeutique contre soins palliatifs [2] et on ne saurait se «débarrasser» des demandes d'aide à mourir par la seule prise en charge thérapeutique optimale de la douleur et de la souffrance.

Auteur : Jacques Aubert

Contexte biomédical et sociologique (Suite)

Pourquoi les organismes d'assistance au suicide voient-ils le nombre de leurs adhérents augmenter ?

Pourquoi 75% des Suisses, selon un sondage paru dans L'Hebdo [3], disent vouloir «choisir leur mort»? L'espérance de vie a presque triplé en un siècle et on rencontre de plus en plus de nonagénaires autonomes chez eux; mais on trouve aussi de plus en plus de personnes très âgées, surtout des femmes, devenues dépendantes et vivant des années en EMS, affectées de démence pour plus de 50% d'entre elles. Illustration de cette évolution sociologique, le recours désormais au néologisme surveillance ou survieux pour définir le sujet qui a atteint un âge «excédentaire» [4].

Contextes cliniques

Tout clinicien est amené à entendre de troublantes paroles; il convient d'accueillir ces paroles, de les écouter attentivement et d'en décrypter, par-delà le contenu manifeste exprimé, le contenu latent constitutif de leur sens. «Pourquoi vit-on si longtemps? on devient beaucoup trop vieux aujourd'hui.» «Ces remèdes - là pour la fin, ils ne nous en donnent point.

Pourtant, j'ai 88 ans, j'ai fait ma vie, une vie longue et belle; maintenant je ne jouis plus de la vie, je ne voudrais pas traîner des années encore dans ce lit en EMS; je n'ai pas peur de la mort, je ne vois pas pourquoi je regretterais de mourir.» «Je ne sers plus à rien ... non ... je sers à occuper un lit de l'EMS.» «Je suis enfermée dans ce corps qui n'est plus à la hauteur.»

«Ne pourrait-on pas rédiger des directives anticipées pour demander de bénéficier d'une aide à mourir si, un jour, on est atteint d'une démence à un stade qui ne permette plus de reconnaître ses proches ?»

Auteur : [Jacques Aubert](#)

Pourquoi serait-on contraint de survivre à soi ?

La mort de Chantal Sébire a relancé le débat sur la fin de vie; mais je voudrais ici attirer plutôt l'attention sur l'histoire d'Hugo Claus. Cet écrivain flamand se savait atteint de la maladie d'Alzheimer et condamné à être dépossédé de sa mémoire. Connaissant tout de la catastrophe à venir, lorsqu'il n'a plus pu écrire, et cela lui était insupportable, l'auteur du Chagrin des Belges a choisi de bénéficier de la loi qui, depuis 2002, permet en Belgique l'euthanasie sous certaines conditions. Il est mort par injection létale le 19 mars 2008.

Peu après la mort d'Hugo Claus, l'un de ses amis l'écrivain Cees Nooteboom a écrit un texte bouleversant paru dans Le Monde. On y lit notamment: «La connaissance que nous avons de la maladie d'Alzheimer a désormais la force d'une prédiction infaillible.

C'est une affection ravageuse qui ne lâche jamais prise et qui poursuit sa lente dévoration jusqu'au centre où se combinent les phrases, centre qu'elle dérègle et anéantit» [5].

L'observation de Nooteboom constitue une question pour tout le monde: une existence qui, grâce à l'excellence des soins infirmiers en EMS, survit à l'effondrement de l'activité mentale, est-elle une vie ?

Et avec quelle dignité, pour soi et pour autrui ? Corolaire de ce questionnement, la médecine ne doit-elle pas aider ceux qui pensent le contraire et qui sont assez lucides pour le lui demander hic et nunc ou de manière anticipée ? Poser ces questions, c'est s'interroger d'une part quant à la dignité des personnes et de leur corps, et d'autre part quant au rôle de la médecine et des médecins.

La dignité: qu'en est-il ?

Le concept de dignité suppose que l'existence de chaque être humain a une valeur en soi.

La dignité: qu'en est-il ? (Suite)

En philosophie, l'oeuvre qui a le plus marqué la pensée de la dignité est celle de Kant [6] qui fait reposer la valeur absolue et non relative de la personne humaine sur sa nature morale, c'est-à-dire sa capacité d'obéir à sa raison.

Or, précise la philosophe Sylviane Agacinski, «on peut parler d'une dignité morale, mais celle-ci n'est pas étrangère à la dignité physique, car l'on touche l'une en touchant l'autre» [7].

La personne humaine forme un tout, l'homme n'existerait pas sans son corps. «Loin d'opposer l'esprit à la chair, la dignité les unit» [7]. Ma propre dignité m'interdit de me laisser corrompre moralement et de me laisser dégrader physiquement [8] (alcool, drogues).

Ce sont là en effet autant de «façons d'agir qui entraînent une dépossession de soi» [7].

On voit que le principe du respect de la personne et de l'intégrité de son corps s'ancre dans une éthique philosophique: la valeur de la personne humaine suffit à fonder son «droit à l'intégrité» [7]. Force est de reconnaître qu'à un stade 6 ou 7 selon l'échelle FAST de Reisberg, la démence de la maladie d'Alzheimer prive l'être humain des conditions physiques d'une existence digne et compromet sa liberté morale.

Rôle de la médecine et des médecins

La médecine a pour vocation de traiter des patients et pas seulement des maladies, d'apaiser au mieux les souffrances physiques et morales. S'agissant de l'accompagnement en fin de vie, l'Académie Suisse des Sciences Médicales précise: «L'accompagnement des patients en fin de vie constitue une mission centrale du corps médical.

Rôle de la médecine et des médecins (Suite)

L'assistance au suicide ne fait toutefois pas partie de ces missions et les médecins ont bien plutôt l'obligation de soulager, dans la mesure du possible, les éventuelles souffrances qui pourraient fonder une demande de suicide» [9].

Mais que veut dire «soulager les éventuelles souffrances» quand un patient réitère sa demande «pourquoi dois-je continuer à vivre dans de telles conditions ?

J'ai envie de mourir, aidez-moi». Même si, comme l'a rappelé Denis Müller, «il y a contradiction performative entre la mission de soins et l'assistance au suicide» [10] ne devrions-nous pas songer à «nous réapproprier la réalité de la mort? Ne sommes-nous pas les témoins d'une société qui est entrain d'évacuer progressivement, au sein même de son tissu social, la réalité de la mort comme achèvement naturel de la vie. Déjà Pie XII rendait attentifs les médecins à l'engagement souvent disproportionné de certains soins» [11].

Dans nos approches compassionnelles des années de fin de vie, il serait temps d'intégrer la complexité dans la décision éthique en comprenant «qu'il n'existe pas un seul acte qui n'ait que des conséquences purement humanisantes ou purement déshumanisantes» [11]. Jankélévitch a perçu la redoutable complexité, pour les médecins, des décisions à prendre dans l'accomplissement de leur devoir de bienfaisance aux patients: «Le problème est bien celui du rôle du médecin: préserver la vie, la prolonger autant que faire se peut; le médecin n'est pas là pour donner la mort» [12]. Mais Jankélévitch reconnaît plus loin: «La prolongation des malades pose des tas de problèmes. Si celui que vous prolongez n'est rien, (...) en fonction du délabrement de son organisme (...) naturellement l'euthanasie s'impose» [12].

Auteur : Jacques Aubert

Rôle de la médecine et des médecins (Suite)

Que veut dire «soulager les éventuelles souffrances » quand on admet l'assistance au suicide lors de fin de vie pour «les personnes en grave souffrance, médicalement sans espoir» [13], mais pas pour celles qui souffrent en permanence dans leur âme, «souvent des femmes très âgées, en EMS, dépendantes, et qui n'ont parfois plus de famille ni de réseau social» [14].

Une telle attitude est «éminemment et injustement discriminatoire et banalise la souffrance psychique» [14].

Le problème lié à la démence

Les recommandations de l'ASSM pour les directives anticipées indiquent: «L'assistance au suicide ne peut être exigée dans les directives anticipées, car elle présuppose que le patient soit capable de discernement au moment de l'assistance au suicide» [1].

Or, dans son blog, Jean Martin reconnaît: «La démence pose problème. Avant d'en être victimes, nous n'avons pas de raisons de vouloir lui échapper par le suicide. Mais une fois atteints, nous ne sommes plus capables de prendre une telle décision avec le discernement indispensable. Se suicider avant d'être dément est pour le moins indésirable ... Pour cette raison, nous n'échapperons pas à un débat sur les «directives anticipées» (...) «Il sera à mon avis de plus en plus question d'utiliser cette possibilité pour demander, à un moment où l'on a encore toute sa tête, d'être conduit vers la mort en cas de démence, de rupture totale de contact avec autrui» [15].

Y a-t-il un argument éthique pour défendre cette option? Jean Martin : «On peut le dire, et c'est un argument qui pèse de plus en plus lourd depuis vingt ou trente ans dans les relations soigné-soignant, l'autonomie du patient. La liberté que chacun a de décider des soins qu'il reçoit ou refuse de recevoir, ce qui peut valoir aussi sur la manière dont on entend mourir.

Auteur : [Jacques Aubert](#)

Le problème lié à la démence (Suite)

Avec de telles directives anticipées, on resterait fidèle au principe selon lequel le patient décide. Ceci exclut évidemment toute forme d'assistance au suicide qui n'aurait pas reçu l'aval du malade» [15].

Clarification sémantique

«Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde», disait Camus. Le terme d'assistance au suicide me paraît fort mal choisi et je lui préférerais de loin celui d'aide à mourir. Pourquoi? Parce que les morts volontaires d'Hugo Claus, d'Henri de Montherlant ou d'Arthur Koestler n'ont rien à voir avec les souffrances du jeune Werther. On parle aujourd'hui encore du suicide comme on parlait des fiévreux. Avec pertinence, le psychanalyste et théologien Eugen Drewermann distingue au plan psychodynamique différentes formes de suicide, indiquant bien que le «suicide bilan» n'est pas le «suicidevaudou», ni le «suicide d'autosacrifice» [16].

Objections à la dépénalisation d'une demande anticipée d'aide à mourir

Divers arguments peuvent évidemment être avancés en guise d'objection au principe de l'acceptation de l'aide à mourir; ils doivent être entendus et respectés.

Les arguments religieux (toute vie humaine est sacrée et comme telle intouchable) et éthique (l'interdit de se donner la mort volontairement n'admet aucune exception) relèvent de points de vue personnels et ne prêtent le flanc à aucune discussion.

L'argument laïque repose sur la crainte de dérives eugéniques, mais concerne l'euthanasie active et pas tant l'aide à mourir, la règle absolue étant, comme le précise encore Jean Martin dans son blog, «qu'il s'agit à chaque fois de la décision et du geste de la personne concernée» [15].

Auteur : Jacques Aubert

Objections à la dépénalisation d'une demande anticipée d'aide à mourir (Suite)

L'argument médical s'ancre sur la crainte de voir faiblir les efforts pour proposer des réponses palliatives de qualité et l'argument déontologique craint de voir s'installer un climat d'insécurité par rapport à l'activité médicale.

Dans une société démocratique, laïque et plurielle, il faut bien sûr avant tout garantir au plus grand nombre la possibilité d'accès à des soins palliatifs de qualité, mais, peut-être, offrir aussi, dans un cadre légal précis, d'autres possibilités comme l'aide à mourir à ceux qui en expriment la volonté de façon claire et répétée, ou de façon anticipée.

Refaire de la mort autant que possible un adieu

Hugo Claus avait choisi le jour et l'heure de sa mort. Ses dernières semaines se sont changées en une longue et émouvante cérémonie des adieux. Cette cérémonie mise en scène par Claus, et rendue possible par la loi belge, évoque à bien des égards la fable de La Fontaine, Le vieillard et ses enfants : Enfin se sentant prêt à terminer ses jours : «Mes chers Enfants, dit-il, je vais où sont nos pères; Adieu : promettez-moi de vivre comme frères; Que j'obtienne de vous cette grâce en mourant.» Chacun de ses trois fils l'en assure en pleurant. Il prend à tous les mains; il meurt; ... N'est-ce pas le vœu de chacun de mourir chez soi, entouré des siens, pour le dernier adieu ? Et pourquoi pas, si telle en est la demande, au «bénéfice» d'un geste d'amour et de solidarité, tant qu'il est encore temps ?

Or, la volonté d'être maître de sa mort et le consentement de certains soignants à offrir l'aide sollicitée sont souvent considérés dans le monde médical comme une forme d'échec ou de capitulation.

Ne pourrait-on pas pourtant y voir tout autre chose qu'un fiasco,

Auteur : [Jacques Aubert](#)

Refaire de la mort autant que possible un adieu (Suite)

ou un «acte forcément tragique» [17], quelque chose comme l'acceptation sereine de la finitude et la possibilité d'un retour précisément à cette mort à l'ancienne, si merveilleusement décrite par Philippe Aries: «Autrefois, la mort était publique, c'était une cérémonie dont le mourant était le maître» [18]. Et Aries cite cette crainte de Mme de Montespan qui avait moins peur de mourir que de mourir seule! Elle voulait que les autres soient là et organiser sa propre mort. N'y a-t-il pas une dimension extraordinaire dans la possibilité de soumettre la cessation d'être à la loi du paraître ? On remet les formes: on convoque les siens, on leur dit adieu. Ce ne sont plus seulement les obsèques qui sont un rite, la mort elle-même est à nouveau ritualisée

...

Références :

1 Lack P, Salathé M. Approbation définitive des directives concernant les «Directives anticipées». Bull Méd Suisses. 2009;90(25):985–90. **2** Martin J. Soins palliatifs vs obstination thérapeutique: des décisions qui sont surtout celles du patient «éclairé». Rev Méd Suisse. 2009;5:1392–3. **3** Choisir sa mort: 75% des Suisses disent «oui». L'Hebdo No 15, 9 avril 2009. **4** Chappuis C. Le «surveillance» et la responsabilité pour cette notion. News SSML, 25–27, février 2009. **5** Nooteboom C. La cérémonie des adieux à Hugo Claus, Le Monde des livres, 28 mars 2008. **6** Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs. Delagrave, 1982. **7** Agacinski S. Corps en miettes. Flammarion, 2009. **8** Kant E. Doctrine de la vertu. Vrin, 1980. **9** Regamey C. Les médecins ne sont pas des experts de la mort volontaire. Bulletin ASSM, 3/07, Bâle, p 5. **10** Müller D. Assistance au suicide et euthanasie active. Choisir. 2005;546:18–21. **11** Fontaine M. L'assistance au suicide. Choisir. 2008;587:21–5. **12** Jankélévitch V. Penser la mort ? Liana Levi, 1994. **13** Martin J. Assistance au suicide et fatigués de la vie. Bull Méd Suisses. 2008;89(48):2098. **14** Genton CY. Les «fatigués de la vie» ... Bull Méd Suisses. 2009;9(25):449. **15** Martin J. Le blog de Jean Martin, 07.08.2008. **16** Drewermann E. Le mensonge et le suicide. Psychanalyse et morale. Cerf, 1992. **17** Mudry Yvan. La violence cachée de l'aide au suicide. Choisir. 2009;597:19–22. **18** Ariès P. Histoire de la vie privée. Seuil, 1985.

Important concernant vos cotisations

Nous vous remercions d'avance de bien vouloir **attendre** de recevoir vos factures de cotisations annuelles qui sont envoyées chaque année, au début du mois de février, **avant** d'effectuer votre versement.

Vous avez été nombreux à payer vos cotisations 2010, au moyen du bulletin de versement de votre cotisation 2009 ou même du bulletin de versement avec la mention "Don", ce qui complique considérablement le travail de la comptabilité puisque les comptes ne sont pas les mêmes.

Merci d'avance à tous !



Si votre carte de membre est **complète** ou si vous l'avez **perdue**, prière d'envoyer votre demande, au secrétariat, dans une enveloppe libellée à votre adresse et affranchie. Merci d'avance !

EXIT ADMD Suisse romande

Case postale 110

1211 Genève 17

Quelques chiffres

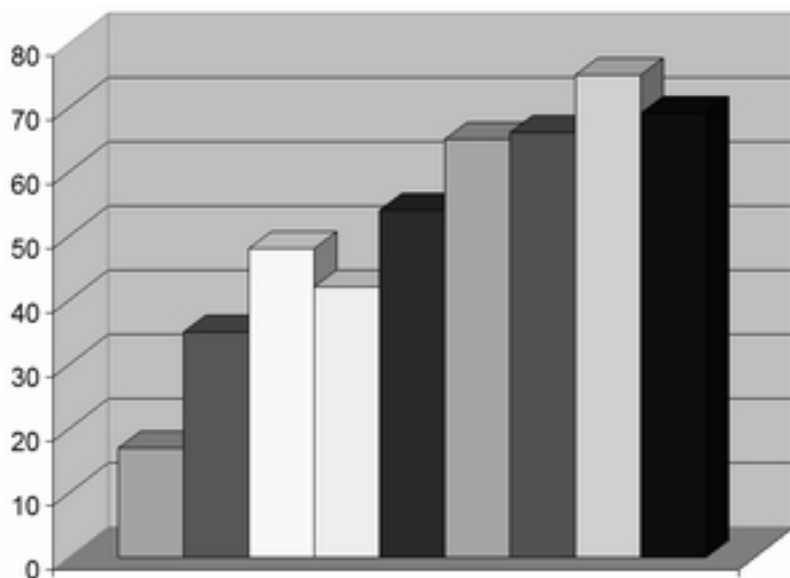
Nombre de membres au 31.12.2009 : **15'277**

Répartition par canton

VD :	6'636	BS :	11
GE :	4'876	SO :	5
NE :	1'251	AG :	5
VS :	1'036	SZ :	5
FR :	630	BL :	5
BE :	519	GR :	3
JU :	203	LU :	3
TI :	63	SG :	1
ZH :	24	TG :	1

Assistances effectuées entre 2001 et 2009

En 2001 :	17	En 2004 :	42	En 2007 :	66
En 2002 :	35	En 2005 :	54	En 2008 :	75
En 2003 :	48	En 2006 :	65	En 2009 :	69



Merci

Dans l'impossibilité de remercier individuellement les membres ayant fait un don en faveur de l'association EXIT A.D.M.D. Suisse romande, le Comité exprime à chacun, sa vive reconnaissance pour le soutien apporté à son action.

**Qu'est-ce que le testament biologique
ou les directives anticipées ?**

Depuis 1982, EXIT A.D.M.D. Suisse romande a été la première à proposer à ses membres le "Testament biologique" ou la "Déclaration pour le droit de mourir dans la dignité" .

On l'appelle plus couramment aujourd'hui : "Directives anticipées".

C'est un petit document, au format d'une carte d'identité, que le membre d'EXIT Suisse romande porte sur lui en permanence et qui est libellé comme suit :

Après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés, je, soussigné(e), demande que soient considérées comme l'expression de ma volonté les dispositions suivantes :

- Que l'on renonce à toute mesure de réanimation si mon cas est désespéré ou incurable ou si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, je devais être gravement handicapé(e) physiquement ou mentalement.
- Qu'une médication antalgique à dose suffisante me soit administrée pour apaiser mes souffrances, même si celle-ci devait hâter ma mort.

Rappel concernant les directives anticipées !

Le verso de ce document est la carte de membre sur laquelle, chacun colle le timbre annuel qu'il reçoit avec la facture de cotisation.

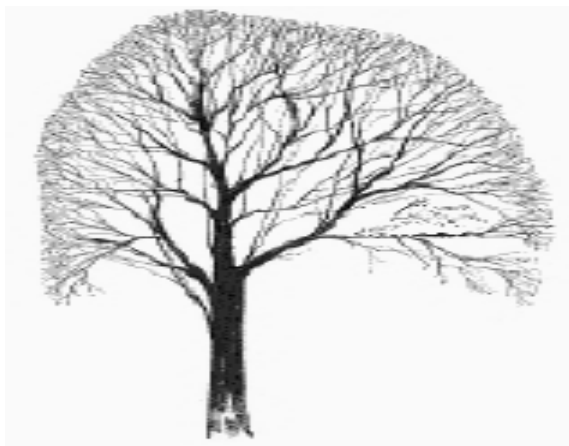
Ce timbre annuel représente un renouvellement tacite de sa volonté, au cas où il serait inconscient et dans l'impossibilité de s'exprimer.

En outre, les membres reçoivent une feuille à confier à leur médecin traitant et à un témoin. EXIT A.D.M.D. Suisse romande recommande vivement que ce document fasse partie du dossier médical et qu'il soit présenté aux services hospitaliers lors de chaque hospitalisation. Il clarifie le rapport entre le médecin et le malade et facilite la prise de décisions.

Toujours révocable par la personne concernée, un tel document montrera au médecin, si son malade est conscient, que ses demandes ont été réfléchies de longue date.

S'il n'est plus conscient, ce document fera connaître au médecin, la volonté du patient.

Par ailleurs, il est utile d'inclure dans les directives anticipées le nom d'une personne ou de deux personnes, que le signataire désigne comme ses "**représentants thérapeutiques**" au cas où il ne serait plus capable de s'exprimer.



Dignité humaine: plusieurs interprétations, avec des conséquences différentes

Avec l'autorisation de l'auteur : [Dr Jean Martin](#)

(Source : EMH Bulletin des médecins suisses)

La Commission nationale d'éthique a consacré récemment une séance à discuter de «Culture du mourir»; elle a entendu des contributions de philosophes et de professionnel(le)s de santé. La dignité humaine a beaucoup été évoquée. Cette notion est mise en cause par des éthiciens et scientifiques anglo-saxons (Ruth Macklin, Peter



Singer, Steven Pinker) comme un «useless concept» ... mais reste fondamentale du point de vue de la Déclaration universelle des droits de l'homme et en général pour l'éthique et le droit européens. Et elle correspond à une intuition forte. Dans notre débat, il a été rappelé que le mot de dignité était utilisé dans des sens différents.

La dignité peut être comprise comme «décence», non-déchéance, ou mieux estime de soi: refus de vivre une existence devenue dépourvue de ce qui faisait qu'elle avait une dignité. Un deuxième sens, souvent associé au précédent, est la dignité vue comme autonomie; avec le droit pour l'individu de se déterminer en toute liberté sur ce qu'il entend faire de sa vie. On peut postuler que les trois quarts des Suisses qui, selon des sondages répétés, souhaitent que l'aide au suicide soit une possibilité (même si une très petite minorité en feront usage) ont une telle opinion. Il se peut que cette notion soit peu précise mais ils la ressentent comme telle et n'ont guère le besoin d'élaborations théoriques (c'est ce que j'ai cru pouvoir dire dans un débat nord-américain – [1]). Approche inductive plutôt que déductive.

Bien différente est l'acception ontologique, liée à l'essence de l'être, notion métaphysique; la dignité est donnée à l'être humain et en est une donnée immuable, indépendamment de toute autre considération.

En toute modestie, je pense plutôt que la dignité de l'homme est une construction qui s'est faite progressivement, de manières diverses selon les sociétés (l'histoire des faits et des idées me semble accréditer cette notion), et non accordée d'en haut.

Dignité humaine: plusieurs interprétations, avec des conséquences différentes

Avec l'autorisation de l'auteur : [Dr Jean Martin](#)

(Suite)

Construction humaine qui demande, c'est notre responsabilité, que constamment on la défende et on l'améliore. En fait, peut-être la notion de respect est-elle plus pertinente : il importe de respecter tout être humain quel qu'il soit, par une démarche constante et volontariste. «La dignité est d'abord l'implication logique de devoir de respect (...) en endossant la responsabilité de faire advenir un monde de respect, l'humanité réalise sa propre dignité» [2].

Ceux qui admettent une dignité ontologique sont opposés, au nom de cette essence métaphysique, à l'idée de la liberté de chacun de disposer de sa vie.

Pratiquement, cela tend vers des positions souhaitant/ favorisant la poursuite de mesures importantes de soutien médical en fin de vie, dans des conditions que d'autres jugeront proches de l'obstination thérapeutique (prolongation de la mort plutôt que prolongation de la vie ?). Les tenants de la dignité comme refus de la déchéance et comme exercice de son autonomie eux tendront logiquement à renoncer à des efforts «héroïques», ils solliciteront l'arrêt de mesures qu'ils verront comme futiles.

Le principe est bien sûr que chacun a le droit strict de vouloir pour lui/ elle le sens de dignité qui correspond à ses valeurs, il n'est pas question d'une quelconque contrainte à cet égard. Ce qui frappe à la réflexion, c'est que l'une ou l'autre doctrine entraînent des effets pratiques différents, avec entre autres une dimension économique. Je souligne que je partage les réserves des médecins, des soignants et des citoyens qui s'alarment de voir les contraintes économiques mettre en danger la qualité ou l'accessibilité des soins, mais je crois aussi qu'on n'échappe à la réalité économique et politique (au sein de la *res publica*).



Dignité humaine: plusieurs interprétations, avec des conséquences différentes

Avec l'autorisation de l'auteur : [Dr Jean Martin](#)

(Suite)

Que les valeurs liées au droits des personnes et à la déontologie doivent impérativement être préservées, qu'il importe d'accorder un respect égal à chacun de nos congénères, quelque que soit sa situation, cela ne change pas le fait que les moyens consacrés à une activité ne sont plus disponibles pour une autre. Et il n'est à l'évidence plus imaginable – sous réserve d'un «changement de coeur» sociétal que je ne vois pas venir - de vouloir démonétariser le domaine des soins médicaux.

Ainsi, dans le débat nécessaire sur la dignité humaine, il ne serait pas utile d'occulter que, selon la position adoptée, on partage de manière différente, entre des patients ayant des besoins de soins différents, des ressources qui sont toujours en quantité limitée. Ceci avec des effets potentiellement discriminatoires en termes d'accès optimal à des soins non futiles.*

[Dr Jean Martin](#), membre de la rédaction
du bulletin des médecins suisses
et de la Commission nationale d'éthique
(qui s'exprime à titre personnel)

* A propos du témoignage sur la «dignité», j'ai lu avec intérêt «Sur ma mère», de l'écrivain franco-marocain Tahar Ben Jelloun (Paris : Gallimard; 2008), décrivant la fin de vie de celle-ci.

1 Martin J. Letter to the Editor on assistance to suicide (particularly in Switzerland). Hastings Center Report. 2009;(39)2:6–7.

2 Langlois A. Dignité humaine. In: G. Hottois et J.-N.Missa (dir. publ.). Nouvelle encyclopédie de bioéthique. Bruxelles: De Boeck; 2001. p. 281–84.

L'aide au suicide



Ce livre parle de vous personnellement, il traite de l'étape finale de votre vie.

Le passé dont vous ne voulez rien savoir, vous vous condamnez à le répéter, dit-on ; mais la fatalité que vous voudriez ignorer s'accomplira sous sa forme la plus inacceptable. Si le droit à la vie est fondamental, il apparaît tout aussi fondamental de pouvoir choisir sa propre mort, et de faire appel à l'assistance d'un spécialiste.

Ce livre est d'abord un manifeste : contre l'acharnement thérapeutique, bien sûr ; mais aussi contre l'acharnement palliatif, contre

l'hypocrisie de médecins plus soucieux de la promotion de leur spécialisation que de l'état de leurs patients ; contre l'opportunisme de politiciens qui surfent sur l'opinion publique au lieu d'affronter la réalité ; et contre notre lâcheté à tous devant un des derniers tabous de notre temps.

Ce livre, enfin, engage le débat sur des questions aussi fondamentales que le suicide assisté ou l'euthanasie directe, leurs enjeux économiques, la législation dans ce domaine, la formation de praticiens en thanatologie, les directives anticipées, etc., cela sous deux angles de vue convergents, celui d'un médecin engagé dans l'assistance au suicide, et celui d'un partisan de la démedicalisation de l'euthanasie.

Auteurs : Jérôme Sobel, médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale et Michel Thévoz, qui a été professeur d'histoire de l'art et conservateur de la Collection de l'Art Brut depuis sa fondation en 1976.

Pitié pour les Hommes

de Denis Labayle est un livre choc !

Ecrit dans un style clair, ce réquisitoire contre l'hypocrisie actuelle est très facile à lire et nous livre des justifications pertinentes pour notre combat.

L'auteur est à la fois médecin et écrivain ce qui rend son témoignage très vivant et son analyse précise. Écrivain, il a publié cinq romans et cinq essais dont La Vie devant nous, enquête sur les maisons de retraite.

Editions Stock



Les voleurs de liberté

de Jean-Luc Romero, Président d'EXIT A.D.M.D. France.

"Je me battraï sans relâche pour une loi républicaine, pour une loi qui assure enfin à chacun d'entre nous, en fin de vie, la liberté, l'égalité, la fraternité. Les voleurs de liberté ne gagneront pas. Ils ne vous voleront pas votre dernière liberté !"

EXIT A.D.M.D. France compte en 2009 :

47'500 adhérents.

Jean-Luc Romero
**Les voleurs
de liberté**

«J'ai choisi
de mourir dans la
dignité : on ne
me volera pas
mon ultime
liberté !»



Vivre la perte

Florence Plon

Après avoir parlé de la fin de vie et de la mort, dans le cadre des soins palliatifs, dans son précédent ouvrage Questions de vie et de mort, Florence Plon aborde ici le sujet par le biais du deuil et de sa traversée.

Quel est-il, combien de temps dure-t-il, comment s'en emparer pour n'en être pas désemparé ? Autant de questions auxquelles sont confrontés les proches qui vivent souvent les choses dans un sentiment de grande solitude, voire même d'abandon...



Si vous déménagez - Changement d'adresse

Si vous changez d'adresse, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous aviser, en nous retournant ce formulaire, dûment rempli, par fax au No 022 735 77 65
ou par courrier postal à :



EXIT A.D.M.D. Suisse romande

Case postale 110 1211 Genève 17

Nom :

Prénom :

Ancienne adresse :

Nouvelle adresse :

No postal et lieu :

Adresse électronique :

Nouveau téléphone :

Téléphone portable :

Communication :

.....

Quoi de neuf ?

- Comme vous avez pu le constater, ce bulletin a été rédigé avec des caractères plus lisibles (Helvetica) et dans une taille légèrement plus grande, afin de tenir compte de nos lecteurs, qui ont de la peine à lire les petits caractères.

**Adhésion à EXIT A.D.M.D.
Suisse romande**

Plus nous serons nombreux
mieux nous atteindrons nos objectifs !



Bulletin d'inscription

Uniquement pour les personnes domiciliées en Suisse romande

A envoyer à :

EXIT A.D.M.D. Suisse romande Case postale 110 1211 Genève 17
en joignant svp une enveloppe affranchie à votre adresse. Merci !

- ☐ Je désire recevoir gratuitement toutes les informations concernant EXIT A.D.M.D. Suisse romande
- ☐ Je désire adhérer à EXIT A.D.M.D. Suisse romande
- ☐ Je n'ai pas l'âge légal de la retraite, cotisation annuelle CHF 40.--
- ☐ J'ai l'âge de la retraite (AVS ou AI), cotisation annuelle CHF 35.--

Nom :

Prénom :

Titre (Mme /Mlle / M.) :

Adresse :

No postal et lieu :

Téléphone :

Date : 20 .. Signature :

