



# **EXIT** A.D.M.D. Suisse romande

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

Adresse: Case postale 100, CH-1222 Vésenaz/Genève  
Bulletin N° 6    Novembre 1986    Paraît 2 fois par an    Tirage 3200 ex.

## LETTRE DU COMITÉ



(photo A.D.M.D - Paris)

Comme lors du dernier colloque européen des A.D.M.D. à Paris, notre association entretient des contacts réguliers sur le plan international.

Cette ouverture vers l'extérieur, très enrichissante, ne nous empêche pas de nous préoccuper avant tout de la situation dans notre pays: une collaboration existe en effet entre EXIT Suisse romande et notre association sœur de Suisse alémanique.

Quant à la création récente des sous-groupes locaux au sein de notre association, elle symbolise non seulement le lien étroit qui unit les différents cantons romands à notre comité central, mais aussi une entraide et un soutien entre tous nos membres.

---

# COLLOQUE EUROPÉEN

---

## VIVRE SA VIE - CHOISIR SA MORT

Ce colloque a eu lieu le 21 juin 1986 à Paris, à la Sorbonne, en présence de responsables de 13 associations d'Europe. La présidente et la vice-présidente d'EXIT Suisse romande y ont participé.

Plusieurs conférences intéressantes y ont été présentées, abordant essentiellement les problèmes que rencontrent nos associations dans les différents pays européens.

Relevons le témoignage émouvant d'Odette Thibault, biologiste, atteinte elle-même d'un cancer, ainsi que la présence de Madame M. Van Hemeldonck, député du Parlement européen, Commission de la Santé, qui y parla, entre autres choses, de la recommandation sur les droits des malades et des mourants publiée par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe en 1976.

Notons également que le Dr. Admiraal, spécialiste du problème de l'euthanasie en Hollande, y a mentionné l'importance de l'accompagnement au mourant.

Le matin même, l'A.D.M.D. France avait élu son nouveau président en la personne de Monsieur Henri Caillavet, ancien ministre, membre honoraire du Parlement français, connu pour avoir présenté un projet de loi prenant en compte le refus de l'acharnement thérapeutique.

EXIT Suisse romande eut l'occasion de s'y exprimer en la personne de la vice-présidente Béatrice Deslarzes qui figurait parmi les orateurs. Sa conférence « Mourir dans la Dignité: Situation générale et perspectives en Suisse », est reproduite intégralement ci-dessous.

## MOURIR DANS LA DIGNITÉ SITUATION GÉNÉRALE ET PERSPECTIVES EN SUISSE

Il est important de rappeler tout d'abord la législation en Suisse en se basant sur le *Code pénal suisse*.

Juridiquement, le suicide n'est pas punissable; l'incitation ou assistance au suicide est punissable si celui qui a incité une personne au suicide est poussé par un mobile égoïste (article 115 du Code pénal suisse). Quant à l'euthanasie active, qui tend à abrégé délibérément la vie en tuant le mourant, c'est un homicide intentionnel qui est punissable (articles 111 et 113 du Code pénal suisse). L'euthanasie active reste punissable même quand elle a été pratiquée à la demande de la victime (article 114 du Code pénal suisse).

A plusieurs reprises, le Parlement suisse a refusé de légiférer en matière d'euthanasie, en faisant remarquer qu'il s'agit d'un acte qui relève de la conscience professionnelle du médecin et qu'il doit s'inscrire dans le Code de Déontologie. Le législateur suisse a préféré laisser l'initiative à l'*Académie Suisse des Sciences Médicales* d'édicter, en 1976, des « *directives concernant l'euthanasie* ». Ces directives, qui

ont été revues en 1982, soulignent tout d'abord que la distinction entre l'euthanasie active et l'euthanasie passive n'est à vrai dire pas toujours facile dans certains cas concrets. Ces directives confirment le Code pénal suisse en matière d'euthanasie active. Quant à l'euthanasie passive, qui est le fait de laisser mourir un malade ou un blessé condamné en renonçant à des mesures qui prolongeraient sa vie, elle est justifiée « si en repoussant l'échéance de la mort, on prolonge les souffrances au delà de ce qui est supportable et si, d'autre part, l'affection a pris un tour irréversible avec un pronostic fatal. Le médecin doit savoir en quoi consiste son « devoir de garantie » d'une part à l'égard d'un patient capable de discernement et pleinement conscient, et d'autre part à l'égard d'un patient inconscient. »

Quand le patient a été convenablement renseigné et qu'il est *capable de discernement*, sa volonté quant au traitement doit être respectée même si elle ne correspond pas aux indications de la médecine.

Quand le patient est *incapable de discernement*, les normes de la médecine aideront le médecin à fixer sa ligne de conduite qui par ailleurs se situe dans le cas de la gestion sans mandat ou gestion d'affaire (Code des obligations articles 419 et 420). Une déclaration écrite antérieure du patient peut être un indice important pour établir quelle est sa volonté mais ce qui compte, c'est la *volonté présumée actuelle*. Du fait qu'elle peut être retirée en tout temps, cette déclaration antérieure ne lie pas le médecin. Les proches du patient doivent être entendus, mais la décision dernière, juridiquement, appartient au médecin.

Si l'on se base donc d'une part sur le *Code pénal suisse* et d'autre part surtout sur les *directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales*, il existe donc en Suisse une certaine situation que l'on pourrait appeler privilégiée quant aux *possibilités de mourir dans la dignité*.

Abordons tout d'abord le *suicide* qui est, au fond, l'acte qui engage le plus la responsabilité d'une personne. Pour cela, il faut bien entendu qu'elle puisse connaître des méthodes ou des médicaments afin de ne pas rater cet acte qu'elle aura mûrement réfléchi. C'est pour cette raison que notre association suisse romande publie un guide d'autodélivrance qui est un livret abordant tous les problèmes entourant l'acte d'autodélivrance, ainsi que les moyens de mettre fin à ses jours dignement et sans souffrance.

Un point très important nous paraît être *l'assistance au suicide* qui, en Suisse, comme nous l'avons vu, est possible. Selon le Code pénal suisse, l'application de l'article 114 qui condamne l'euthanasie active et d'autre part de l'article 115 qui autorise l'assistance au suicide, peut conduire à des différenciations subtiles. Celui qui, sur la demande sérieuse et instante d'un mourant, lui donne une dose mortelle d'un médicament, est passible de sanctions, alors que la personne qui place simplement cette même dose à la portée du patient, en lui prêtant assistance en vue du suicide, reste impunie à moins qu'elle ne soit poussée par un mobile égoïste. A notre avis, même si le médecin n'est pas punissable pour cette assistance au suicide, il nous paraît très difficile de demander à un médecin de prescrire une dose mortelle de médicaments. Une solution qui nous paraîtrait plus acceptable, c'est que plusieurs médecins prescrivent partiellement cette dose mortelle en partageant ainsi

cette lourde responsabilité. Un problème important subsiste au sujet de cette assistance au suicide, parce que la majorité du corps médical en Suisse ne connaît pas cette possibilité.

La plupart du temps, on différencie très précisément *l'euthanasie active* et *l'euthanasie passive*. Il s'agit peut-être d'un certain brin d'hypocrisie et il faut avouer que bien souvent la frontière entre les deux est difficile à établir. Je retiendrais très volontiers la définition du Professeur Hämmerli qui définissait l'euthanasie passive comme un acte commis, mais passif au niveau de l'intention. Pour lui, il existe une différence fondamentale entre la qualité morale de l'euthanasie active et passive même si elles aboutissent au même résultat matériel.

Il existe également, d'après certains spécialistes en Droit pénal une possibilité *d'interprétation du Code pénal suisse* qui ferait que le meurtre à la demande de la victime, l'assistance désintéressée au suicide et l'euthanasie, ont un point commun c'est-à-dire que leur auteur choisit de respecter la volonté de celui qui ne veut plus vivre.

Pour l'instant, cette interprétation du Code pénal suisse nous paraît être une solution plus satisfaisante qu'une législation en matière d'euthanasie, car cela pourrait entraîner de nombreux abus.

Cependant cette euthanasie médicale, tenant compte d'un certain Code de déontologie devrait peut-être être admise ou au moins décriminalisée dans des circonstances bien précises et en établissant des règles très strictes. Elle serait certainement préférable à *l'euthanasie socio-économique* qui nous guette. Cette forme d'euthanasie dite sociale ne tiendrait, malheureusement compte que du facteur économique en écartant, la plupart du temps, le facteur humain.

Puisque l'on parle de mourir dans la dignité, il nous paraît important de mentionner également la création d'hospices qui se spécialisent dans *l'accompagnement aux mourants* et dont la grande spécialiste est le Docteur Kübler-Ross. En développant surtout *le dialogue* entre le personnel et le patient et en appliquant une *thérapie antalgique en continu* permettant de supprimer presque complètement les douleurs, cet accompagnement du mourant diminue la demande de mort comme nous l'avons d'ailleurs vu à Nice lors des différents exposés de la journée consacrée au colloque médical.

A ce sujet, deux faits importants sont à souligner : l'OMS a publié en décembre 1984 un communiqué recommandant cette thérapie antalgique en continu et d'autre part, à Genève en juin 1985, nous avons eu l'inauguration officielle du Centre de Soins Continus (CESCO) qui s'est spécialisé tout particulièrement dans cet accompagnement aux mourants.

De plus, la Commission administrative de l'Hôpital Cantonal de Genève vient de décider la mise en route d'une équipe spécialisée dans les soins palliatifs, c'est-à-dire l'accompagnement des mourants et de leur famille.

Après cet aspect théorique, il me paraît important que, comme spécialiste en otorhinolaryngologie, j'évoque mon *expérience personnelle* en matière de cancérologie ORL et ceci surtout en milieu hospitalier. Le cancer de la sphère ORL est,

à mon avis, l'un des plus traumatisant, des plus défigurant et les traitements chirurgicaux en sont particulièrement mutilants. De plus, ce cancer se propage surtout localement, il fait très peu de métastases et l'agonie du patient sera donc longue et pénible. Après avoir pu être traités pendant de longs mois ambulatoirement, ces patients doivent en général être hospitalisés, par exemple lorsqu'ils ne peuvent plus s'alimenter ou que les souffrances ne peuvent plus être contrôlées. J'ai toujours pensé que ces patients devaient être parfaitement motivés soit pour pratiquer l'acte d'autodélivrance, soit pour demander au médecin d'abrégier leur souffrance en pratiquant l'euthanasie passive ou même éventuellement l'euthanasie active. Pendant toute ma formation à l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, j'ai été fortement étonnée de n'avoir chez ces patients, que très rarement la demande d'une euthanasie et pratiquement jamais d'acte d'autodélivrance !

Cette « non demande » est probablement due au fait que chez nous, et dans les pays latins en général, on cultive encore le *tabou de la mort* et que l'on a un *complexe vis-à-vis de l'euthanasie* dans le corps médical. Le patient imprégné lui-même par cette éducation, ressent un malaise et n'ose pas demander, car il a peur de la réponse.

Un fait m'a également énormément frappée, c'est qu'un patient encore relativement en bonne santé pouvait avoir décidé de se suicider mais que, plus la maladie avançait et plus il approchait de la mort, moins il était prêt à pratiquer son acte d'autodélivrance et cela, même en possédant les médicaments nécessaires pour le faire ! A ce sujet, je pourrais raconter plusieurs cas qui m'ont laissée terriblement perplexe. Devant ces différentes constatations, je me suis posé une question qui risque bien de rester sans réponse : Existe-t-il quelque chose que l'on pourrait appeler « instinct de vie » qui fait que, lorsque l'on est vraiment malade, aux portes de la mort, l'on ne peut plus la désirer ? Cela évoque un problème important et probablement insoluble, dont le Professeur Schwartzberg a longuement parlé dans son dernier livre, c'est le changement possible de l'attitude d'un patient face à la mort en cours de maladie. Il me paraît essentiel que le médecin respecte, à n'importe quel moment, le choix du patient, même s'il ne comprend pas pourquoi ce dernier a changé.

### *Conclusion :*

En Suisse, si l'on se réfère tant à la loi qu'aux directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales concernant l'euthanasie, il nous paraît que le médecin a plusieurs possibilités pour aider son patient à mourir dans la dignité. Mais il faut bien entendu que ces solutions ou directives soient connues, comprises et acceptées par le corps médical, ce qui malheureusement n'est pas encore toujours le cas.

L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité Suisse romande ne pense pas que c'est par une revendication à l'extrême qu'elle pourra atteindre ce but. Il lui paraît primordial de favoriser le **dialogue** aussi bien avec l'ensemble du corps médical qu'entre le patient et son médecin, pour pouvoir établir un rapport de confiance dans un respect mutuel. Cela devrait permettre au patient de ne plus dire « docteur, tuez-moi », mais « docteur, aidez-moi à mourir dignement ».

Dr Béatrice Deslarzes

---

## SOUS-GROUPES LOCAUX

---

Comme nous l'avions annoncé lors de notre dernière Assemblée générale, des sous-groupes se sont formés dans plusieurs villes de Suisse romande.

Etant donné que le nombre de personnes désirant en faire partie augmente de plus en plus, nous estimons qu'il est temps d'en expliquer le fonctionnement à tous nos membres.

Nous reproduisons ci-dessous la lettre que nous envoyons aux *membres intéressés par un sous-groupe local*:

Cher Membre,

Nous inspirant des expériences similaires d'autres associations européennes pour le droit de mourir dans la dignité, nous vous informons de la façon dont fonctionnent les sous-groupes dont vous désirez faire partie:

- 1° Chaque membre qui demande de faire partie du sous-groupe local de sa région reçoit de notre part la liste (avec adresse et numéro de téléphone) des autres participants à ce sous-groupe.
- 2° S'il existe déjà un responsable, celui-ci est mentionné en tête de liste et souligné.
- 3° C'est ensuite à vous de créer entre vous les contacts souhaités.
- 4° Chaque sous-groupe s'organise lui-même et peut toujours écrire au comité en cas de problèmes.
- 5° Le comité attend de chaque sous-groupe un court rapport sur son activité de l'année (à envoyer en novembre ou décembre).

Pour votre information, les demandes de nos membres sont en général les suivantes:

- 1° Pouvoir contacter un membre de la région pour discuter, éclaircir un problème ou obtenir un renseignement sur notre association.
- 2° Certaines personnes solitaires recherchent un autre membre qui puisse leur servir de témoin, c'est-à-dire qui accepte de conserver une copie de leur Déclaration pour une mort digne (testament biologique).
- 3° La demande la plus importante émane de personnes qui souffrent de leur isolement ou qui ont besoin d'aide.

En souhaitant créer grâce aux sous-groupes locaux une entraide efficace et bienvenue, nous vous envoyons nos salutations les meilleures.

EXIT A.D.M.D.  
Le Comité

Annexe: Liste des membres de votre sous-groupe

Pour vous donner un exemple d'aide concrète, Madame Jacqueline Bonny nous a autorisé à reproduire la lettre qu'elle nous a envoyée dernièrement. Nous pensons que ce message pourra être utile à ceux d'entre vous qui s'intéressent à un sous-groupe local.

« A EXIT - Genève

J'accepte de représenter le sous-groupe local EXIT pour le canton de Neuchâtel.

J'ai envoyé la note suivante aux personnes intéressées par ce sous-groupe et dont vous m'avez communiqué l'adresse :

*Sous-groupe local: Neuchâtel*

Jacqueline Bonny (tél. : 038 / 25 63 35)

peut être contactée 24 h. sur 24 pour vous aider ou vous renseigner.

J'aimerais avoir un contact avec un responsable de Genève pour me donner quelques directives. Prière de m'envoyer le guide «Autodélivrance» afin de pouvoir renseigner et aider les membres.

Pour le cas de Monsieur X... de Neuchâtel (70 ans), je me suis rendue sur place pour aider ce Monsieur qui ne comprenait pas le guide «Autodélivrance». Il vit très isolé et souffre énormément d'une douleur dans la jambe. Il est très cultivé, a toutes ses facultés intellectuelles ainsi qu'une bonne vue; il marche un peu suivant les jours. Son problème est avant tout *l'isolement* et la lassitude d'avoir toujours mal.

J'ai fait venir le médecin de garde qui lui a fait une piqûre pour soulager sa douleur et va le prendre en charge (il est assuré); de mon côté, je vais prendre contact avec Caritas et le Centre Social Protestant pour qu'une personne vienne faire son ménage et ses repas. Je reste également en contact avec lui.

Recevez mes meilleures salutations.»

**LA MAIN TENDUE**  
**Jour et nuit quelqu'un à qui parler**

**TÉLÉPHONE 143**  
**pour toute la Suisse**

---

## NOUVELLES D'ICI ET D'AILLEURS

---

### **GENÈVE - Soins palliatifs**

La présidente et la vice-présidente ont participé à une journée consacrée aux soins palliatifs au Centre Médical Universitaire (CMU) de Genève. Cette journée, consacrée à la mémoire du Professeur J.-P. Junod, était organisée par les institutions universitaires de gériatrie, le 18 septembre 1986.

Le Dr. Ch.-H. Rapin, médecin chef du CESCO (Centre de Soins Continus) en était le principal animateur.

La veille, une conférence publique intitulée « Souffrance et cancer : quelles réponses ? » eut lieu au même endroit et passionna plus de 600 personnes. Elle fut donnée par deux pionnières des soins palliatifs et de l'accompagnement au mourant, Madame Dr Thérèse Vanier de l'Hospice St. Christopher de Londres et Madame Rosette Poletti, directrice de l'Ecole supérieure de soins infirmiers à Lausanne et chargée de cours à l'Université de Genève.

La journée elle-même groupait 650 participants, tous concernés par ces problèmes à titre professionnel; en plus des infirmiers, infirmières, aides-infirmières, assistants sociaux, aumôniers et bénévoles se chargeant d'accompagnement au mourant, 64 médecins y ont pris part, dont 15 faisant partie des institutions universitaires de gériatrie de Genève et 49 établis à Genève ou ailleurs.

Il est impossible de relater ici les 6 conférences, les 2 tables rondes et les 4 ateliers de cette journée.

En particulier, soulignons que le Dr Stjernswärd de l'OMS a introduit cette journée en commentant le dépliant que l'OMS vient de publier et veut diffuser le plus possible. Ce dépliant résume bien l'idée générale de la journée en abordant surtout le traitement en continu de la douleur cancéreuse, traitement parfaitement efficace à condition qu'il soit connu et appliqué par le corps médical de façon correcte. (Disponible auprès de la Division de l'information du public et de l'éducation pour la santé. OMS, 1211 Genève.)

### **SUISSE - La douleur chronique chez les malades incurables**

Tel était le thème du symposium qui s'est tenu en novembre 1985 sous la direction du médecin-chef du département de médecine à l'Hôpital régional de Hérisau.

La douleur est un phénomène auquel nul ne saurait se soustraire, elle est inhérente à l'être humain. Le malade incurable y est particulièrement confronté, sans toutefois tomber à sa merci. Les travaux du symposium ont fait apparaître qu'atténuer ou supprimer la douleur n'est pas le domaine exclusif d'une seule discipline médicale, mais se traite au niveau interdisciplinaire. Que ce soit en clinique ou en cabinet, chaque médecin doit faire face à des patients tourmentés par la douleur et

son devoir prioritaire est de les soulager. Le médecin n'est pas seul à se pencher sur ce problème, qui concerne tant le philosophe que le psychologue.

Le Bulletin des médecins suisses a publié, en octobre 1986, le texte des exposés principaux de ce symposium.

### ***Hollande : Une semaine de détention pour un médecin ayant pratiqué l'euthanasie***

Un tribunal de la ville hollandaise de Haarlem a condamné à une détention d'une semaine un médecin de 61 ans pour « euthanasie active »; il est vrai que la peine a été prononcée avec sursis. Cela s'était passé en automne 1983.

Après avoir consulté la famille de sa malade, le médecin avait fait une injection mortelle à une vieille dame de 93 ans, qui se trouvait dans le coma à la suite d'une chute.

Le médecin ne voulait pas la laisser se réveiller, car à son avis elle aurait alors dû endurer des douleurs intolérables. Le tribunal estimait au contraire que la vieille dame aurait dû demander l'euthanasie à son médecin de façon formelle. La patiente avait cependant fait savoir à plusieurs reprises qu'elle ne désirait plus vivre.

L'euthanasie active est encore interdite par le Code pénal néerlandais. Mais en Hollande, on s'efforce de la faire admettre dans certains cas.

Bulletin des médecins suisses du 11.6.1986

#### **A PROPOS DES MÉDICAMENTS**

- **Tout ce que nous savons sur les médicaments est contenu dans le GUIDE AUTODÉLIVRANCE**
- **Il nous est impossible de répondre à des demandes d'informations complémentaires**

### ***RFA - Juristes favorables à l'euthanasie pour les malades incurables***

Au mois de septembre 1986, à l'occasion de leur congrès annuel à Berlin-Ouest, des juristes ouest-allemands ont lancé une offensive en faveur du droit à l'euthanasie pour les malades incurables.

Un groupe de 22 juristes a proposé un « projet de loi », qui prévoit que les médecins ne seront plus punis lorsque, à la demande d'un malade incurable, ils interrompent

son traitement, lui donnent les moyens de se suicider, ou encore lorsqu'ils interviennent pour mettre fin eux-mêmes à sa vie « lorsque la mort arrête des souffrances insupportables qui ne peuvent être atténuées ».

Ces partisans de l'euthanasie (même active) suivent la voie tracée par le professeur Julius Hackethal, qui mène le combat pour le « droit à mourir » des grands malades.

### ***ÉTATS-UNIS - Les juges autorisent la « mort dans la dignité »***

La Cour suprême de l'Etat de Massachusetts a pris une décision importante au sujet d'un malade inconscient qui ne pouvait être nourri qu'artificiellement et dont le cerveau était atteint sans espoir de guérison ni d'amélioration; les juges ont décidé que ce patient devait être reconduit à son domicile, pour y mourir de dénutrition.

C'est à une faible majorité que les juges ont acquiescé à la requête de sa femme; celle-ci réclamait que l'on cesse d'alimenter artificiellement son mari qui se trouvait dans le coma depuis trois ans.

Le tribunal a décrété ce qui suit : « La loi reconnaît à l'homme le droit de garder sa dignité d'être humain, même si cela correspond au fait de laisser s'accomplir l'évolution du processus de mort afin de permettre une mort digne ».

C'est la seconde fois qu'une Cour suprême prend une telle décision. Un premier cas identique s'était présenté dans l'Etat de New Jersey, où une femme mourut avant que le tribunal n'ait rendu son jugement à son sujet.

### ***Le cas de nouveaux-nés anormaux***

Le gouvernement américain vient d'adopter une réglementation sur l'euthanasie passive des nouveaux-nés anormaux, après plus de quatre ans de polémique au sujet de ce problème si délicat. Elle a été suscitée, notamment, par le cas d'une petite fille nommée Baby Jane Doe, atteinte d'une hernie de la moelle épinière (spina bifida). D'après les pédiatres, quoi que l'on ait tenté, l'enfant était promise à un retard mental profond, accompagné de crises d'épilepsie, de paralysie totale des membres inférieurs et d'incontinence. Les parents décidèrent de s'opposer à toute intervention médicale qui, estiment-ils, ne pourrait qu'aggraver les souffrances de l'enfant.

Selon les termes du compromis édicté actuellement par le gouvernement américain, les médecins ont l'obligation d'apporter aux nouveaux-nés « les traitements (incluant nutrition, hydratation et médicaments appropriés) qui, selon le jugement raisonnable des praticiens, promettent d'être les plus appropriés pour améliorer ou corriger les conditions menaçant la vie de l'enfant. »

« Cette règle générale ne s'applique pas dans trois types de situations médicales, soit lorsque :

- 1) l'enfant est chroniquement et irréversiblement plongé dans le coma;
- 2) l'application du traitement ne conduirait qu'à prolonger l'agonie et ne serait pas efficace pour améliorer ou corriger toutes les conditions menaçant la vie de l'enfant;
- 3) l'administration du traitement ou de l'intervention serait virtuellement futile en ce qui concerne la survie de l'enfant et que le traitement lui-même serait inhumain dans ces conditions.»

## **NOUVELLE-ZÉLANDE**

Monsieur Leo Stack, ancien président et secrétaire honoraire actuel de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité VES Auckland, a été arrêté au printemps 1986, à l'âge de 76 ans, accusé d'aide au suicide.

L'accusation est basée sur une loi introduite en 1961 qui prévoit une peine maximale de 14 ans de réclusion. C'est le premier cas de ce genre en Nouvelle-Zélande.

La police a confisqué à cette occasion la liste des noms et adresses des 700 membres de VES Auckland ainsi que toutes ses archives. En attendant le procès, Monsieur Stack a été libéré provisoirement sous caution.

L'A.D.M.D. Suisse romande a envoyé à VES Auckland une lettre de soutien et de sympathie.

## **AFRIQUE DU SUD: Respect de la volonté du patient**

L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité de ce pays rappelle que son Testament de vie a force de loi et oblige le médecin qui a accepté de soigner un malade à respecter sa volonté ainsi exprimée. Il faut évidemment que le testament soit entre les mains du docteur. C'est à cela qu'il y a lieu de veiller. En effet, un médecin a le droit de donner les soins d'urgence nécessaires quand le patient n'est pas en état de donner son consentement au traitement préconisé, y compris une intervention chirurgicale, sauf s'il existe une déclaration exprimant la volonté du patient. Celle-ci doit alors être respectée.

### **A PROPOS D'UNE LISTE DE MÉDECINS**

- Nous ne possédons pas de liste de médecins favorables à notre association
- Notre but est avant tout de sensibiliser le corps médical à nos idées
- Le **DIALOGUE** entre le patient et son médecin est un point essentiel

---

## VOUS POURRIEZ LIRE...

---

De Mary Anna Barbey :

«*NOUS ÉTIIONS DEUX COUREURS DE FOND*»

Ed. Zoé, 1985. Prix Fr. 21.-

...Ils étaient comme deux coureurs de fond. Depuis des jours et des années ils couraient ensemble... Subitement il s'était arrêté, au bord du chemin, et elle, qui n'avait jamais couru sans lui, devait continuer, c'était comme ça...

Dans ce récit autobiographique, Mary Anna Barbey évoque la maladie de son mari, cancéreux lucide, et la lente séparation des conjoints : la découverte de la vie hospitalière, l'espoir et le désespoir, l'arrachement, puis les mois de deuil par lesquels elle a dû passer pour trouver une nouvelle force de vivre.

G. Versel

---

### NOUVEAUX MEMBRES

Aidez-nous à recruter de nouveaux adhérents; c'est par leur nombre que nous pourrions faire avancer nos idées!

Découpez ce coupon et donnez-le à l'un de vos amis intéressés.



### COUPON

à renvoyer à A.D.M.D., Case postale 100, 1222 VÉSENAZ

Je désire recevoir gratuitement toutes informations concernant l'association EXIT – A.D.M.D. Suisse romande.

Nom : .....

Prénom : .....

Rue et No : .....

No postal/Localité : .....

Date : .....

Signature : .....