



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

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

Bulletin N° 37
Septembre 2002

Paraît 2 fois par an
Tirage 10'000 ex.

Comité 2002

Membres d'honneur: Docteur Gentiane Burgermeister
Madame Jeanne Marchig

Président: Docteur Jérôme Sobel

Vice-Président: Monsieur Jean-Marc Denervaud

Membres: Madame Claire-Lise Cuennet
Monsieur Robert Estin
Maître Claude Narbel
Madame Dominique Roethlisberger
Docteur Pierre-Axel Ruchti
Docteur Jean Strasser
Madame Marianne Tendon
Monsieur William Walz

Membres adjoints: Monsieur Jean-Jacques Bise
Madame Janine Walz

SOMMAIRE

Editorial	Page 2
Assemblée générale 2002	Page 3
Protection pénale de la vie et autonomie du patient (Conférence de Mme Ursula Cassani).....	Page 20
Actualités internationales	Page 27
Témoignage: EXIT aide aussi à vivre	Page 29
Le médecin face à la mort volontaire	Page 31
Séminaire: La mort, une étape de la vie	Page 40

EDITORIAL

Plusieurs sujets de satisfaction pour EXIT

Ce printemps nous a offert quatre occasions de nous réjouir.

Nous avons appris tout d'abord que la Belgique s'est dotée d'une loi pour dépénaliser l'euthanasie. Le médecin qui procèdera à une euthanasie «ne commettra pas d'infraction» dès lors que son patient, affligé d'une «souffrance physique ou psychique constante et insupportable» des suites d'une «affection accidentelle ou pathologique incurable», «se trouve dans une situation médicale sans issue». Le praticien devra en outre s'assurer que le patient est «majeur et conscient», que sa demande est «formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée» et qu'elle ne «résulte pas d'une pression extérieure».

Au Luxembourg ensuite, nous avons appris qu'un projet de loi pour dépénaliser l'euthanasie a été déposé au parlement; ce projet sera débattu dans un délai de 2 ans.

En Suisse, les résultats des votations du 2 juin en faveur de la dépénalisation de l'avortement durant les 3 premiers mois confirment une évolution de notre société en faveur de l'autodétermination et de la liberté individuelle. Ce changement majeur des mentalités doit nous inciter à poursuivre notre lutte pour obtenir également une dépénalisation de l'euthanasie chez nous.

Dans le canton de Vaud enfin, un projet de nouvelle constitution sera soumis en votation populaire cet automne; son article 34 traite des soins essentiels et du droit de mourir dans la dignité. Il stipule que:

1. Toute personne a droit aux soins médicaux essentiels et à l'assistance devant la souffrance
2. Toute personne a le droit de mourir dans la dignité

Cet article confirme implicitement une complémentarité entre les soins palliatifs et les objectifs de notre association EXIT ADMD. Nous ne pouvons que nous réjouir de ce développement favorable qui constituerait en Suisse une grande première dans les constitutions cantonales.

Dr J. Sobel
Président

ASSEMBLEE GENERALE

A l'occasion du vingtième anniversaire de notre Association, l'Assemblée Générale ordinaire 2002 s'est tenue à Genève, à Uni Dufour, le samedi 16 mars 2002 à 15 heures.

Plus de 230 membres étaient présents et environ 3120 ont, par leur procuration, donné mandat au Comité de les représenter.

L'ordre du jour était le suivant :

1. Approbation du procès-verbal de l'Assemblée Générale du 24 mars 2001
2. Rapport du Comité
3. Rapport de la Trésorière
4. Rapport des Vérificateurs des comptes
5. Nomination des Vérificateurs des comptes
6. Cotation annuelle
7. Election du Comité
8. Conférence-débat de Madame la Professeure Ursula Cassani du Département de Droit Pénal de la Faculté de Droit de l'Université de Genève: *«Protection pénale de la vie et autonomie du patient: comment les concilier?»*
9. Propositions et Divers

Ouverture de l'Assemblée Générale 2002 par le Dr Jérôme Sobel, Président

Mesdames, Messieurs,

Je suis très heureux de vous voir si nombreux et de vous souhaiter la bienvenue à notre Assemblée Générale 2002. Votre présence témoigne de votre soutien et de votre intérêt pour notre cause et je vous en remercie.

Tous les membres du Comité sont présents et je salue tout particulièrement la présence de Madame Jeanne Marchig.

J'ai le plaisir de mentionner que nous avons reçu 3119 procurations de vote, ce qui est un chiffre considérable qui témoigne de l'intérêt de nos membres pour notre action.

Vous avez tous pu prendre connaissance du procès-verbal de notre dernière Assemblée Générale tenue à Lausanne le 24 mars 2001 qui a été publié dans notre bulletin n° 35 de septembre 2001. Est-ce qu'une personne de l'assemblée souhaite émettre une remarque sur ce procès-verbal ? Puisque tel n'est pas le cas, je vous demande de l'accepter à main levée. **Le procès-verbal de l'Assemblée du 24 mars 2001 est approuvé à l'unanimité** et le Dr J. Sobel remercie l'Assemblée.

Il passe ensuite à l'approbation de l'ordre du jour, tel qu'il a été publié dans bulletin n° 36. **Approuvé à l'unanimité.**

RAPPORT DU COMITE 2001/2002

Le point suivant de l'ordre du jour concerne le rapport du comité dont le Dr Sobel va présenter la première partie. La parole sera ensuite donnée à Monsieur Jean-Marc Denervaud, vice-président, puis à Madame Marianne Tendon, accompagnatrice et à Monsieur William Walz, informaticien.

Rapport du Dr Jérôme Sobel, Président

Je souhaite tout d'abord remercier très chaleureusement Mesdames Jacqueline Albert et Françoise Gottofrey, nos secrétaires si dévouées qui font un travail remarquable. Ces dames sont d'une disponibilité totale pour vous aider et elles sont à votre écoute pour répondre au mieux à vos demandes.

Je veux naturellement aussi remercier tous les bénévoles qui ont travaillé dans la plus grande discrétion pour le bien de notre Association. Enfin, je souhaite remercier le comité pour son action et son soutien à mon égard.

Mesdames, Messieurs, l'année qui s'achève ce jour a été particulièrement lourde et bien remplie comme vous allez le constater.

Notre Association a été très sollicitée pour défendre nos thèses et nous avons pu faire un gros travail de sensibilisation, d'information et de formation dans les domaines para-médicaux, médicaux, juridiques et éthiques.

EXIT ADMD a été invitée à animer une conférence-débat par l'Ecole d'infirmière de la Clinique Bois-Cerf à Lausanne. Une autre par l'Ecole du personnel soignant de Fribourg. Nous avons encore participé à un colloque dans le cadre de la Fondation de soins palliatifs de Rive-Neuve.

EXIT ADMD a été conviée par le Service de la Santé publique et la Polyclinique médicale universitaire à participer à un jeudi de formation de la Société vaudoise de médecine au CHUV sur la promotion de la santé et les soins aux personnes âgées. Nous avons animé deux séminaires sur les directives anticipées et la fin de vie.

EXIT ADMD a été entendue à l'Hôpital de Morges par la Commission d'éthique de l'ensemble hospitalier de la Côte.

Notre Association a été conviée à participer à Neuchâtel à un séminaire juridique organisé par le Commissariat au Droit de l'Homme du Conseil de l'Europe, sur le sujet: *«La protection des droits de l'Homme et la situation particulière des personnes âgées dans des maisons de retraite ou dans des institutions»*.

Sur la même problématique, nous avons été invités à Blonay par l'Association vaudoise des Etablissements médico-sociaux à un symposium *«Les EMS face à l'assistance au suicide; un débat, pas un procès»*.

EXIT ADMD a participé à Genève à un séminaire de droit pénal pour étudiants sur le même sujet.

Tout dernièrement, le Conseil de santé du canton de Fribourg nous a invités pour nous entendre avant de prendre prochainement position sur ce sujet éthique.

Comme vous le savez, nous avons été très actifs sur le plan politique national:

Madame Ruth Dreifuss, Conseillère fédérale, nous a longuement reçus en avril.

La Commission juridique du Conseil National nous a invités à participer à ses travaux en juillet sur les initiatives VALLENDER et CAVALLI. Ces initiatives, dont les buts étaient totalement opposés, ont fait l'objet d'un débat politique intense. Nous avons participé à ce débat en envoyant, à deux reprises, des dossiers à tous les Conseillers nationaux ainsi qu'aux journalistes parlementaires. Le 11 décembre 2001, le Conseil National a débattu de l'assistance au suicide et des pratiques des associations EXIT. Notre travail d'information a assurément contribué à faire rejeter l'initiative VALLENDER qui aurait signifié la fin de nos pratiques. Pour la première fois, l'assistance au suicide telle que nous la pratiquons a été légitimée par le monde politique. Nous avons obtenu un succès majeur qui va renforcer durablement notre association et son influence.

Notre succès aurait été complet si l'initiative CAVALLI pour une dépénalisation de l'euthanasie active avait été acceptée. Cela n'a pas été le cas et nous y retravaillerons dans le futur. Nous sommes cependant satisfaits du résultat déjà acquis dont les conséquences se font sentir puisque l'Académie suisse des sciences médicales a modifié son attitude face à l'assistance au suicide.

Durant cette année, notre Association a lutté pour permettre des autodélivrances dans le cadre des EMS. Grâce au courage et à la détermination d'une de nos membres, Madame Liliane Koradi, à laquelle nous avons apporté notre assistance dans le camion-caravane de sa fille sur une place de parc à Lavigny, la situation a favorablement évolué. Nous lui en sommes tous très redevables.

Notre Association a représenté les deux Associations EXIT de Suisse lors de la réunion européenne des Sociétés pour le droit de mourir dans la dignité à Haarlem en Hollande au mois de septembre dernier. Ce fait témoigne de l'excellence de nos relations avec EXIT Deutsche Schweiz.

EXIT ADMD a été invitée à Aarlborg au Danemark à un séminaire organisé pour le 50e anniversaire de l'Association internationale des étudiants en médecine. Nous avons accepté de participer à cette rencontre, car les étudiants en médecine d'aujourd'hui seront les praticiens et les professeurs de demain.

Enfin, nous avons été invités en janvier à Paris par l'ADMD France pour présenter la situation suisse lors d'un colloque organisé à l'Assemblée nationale en présence de M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé.

Mesdames, Messieurs, j'ai terminé ce rapport d'activité et je suis prêt à répondre à toute question que vous souhaiteriez me poser à ce sujet.

Le Docteur Jérôme Sobel remercie l'Assemblée pour ses acclamations et donne ensuite la parole à Monsieur Jean-Marc Denervaud, vice-président.

Rapport de Monsieur Jean-Marc Denervaud, Vice-président

Mesdames, Messieurs,

Comme j'essaie de seconder le Dr Sobel dans son travail d'information, de sensibilisation et de débat, je vais compléter son rapport concernant les activités que j'ai moi-même accomplies à Genève et en Suisse romande:

1. Le travail d'information, de sensibilisation et de débat

La médiatisation de l'assistance au suicide pratiquée par le Dr Sobel sur le parking de Lavigny, le débat au Parlement sur l'euthanasie, mais aussi et surtout le choix de nos membres d'accomplir avec nos accompagnateurs en toute transparence leur autodélivrance sont autant d'événements qui interpellent fortement l'opinion publique et, particulièrement, les professionnels de la santé et du social. Cela a pour effet que les demandes d'information et de discussion adressées à EXIT se multiplient. Ainsi, cette année, j'ai été appelé à intervenir pour présenter EXIT et débattre de son action:

- dans l'institution valaisanne pour personnes handicapées physiques «Valais de Cœur»,
- dans le cadre du «cycle d'approfondissement aux soins palliatifs» des Hôpitaux universitaires genevois,
- à l'université populaire de Bienne,

- dans les trois plus grands établissements médico-sociaux du canton de Genève: Val Fleuri, Vessy et le Bon Séjour à Versoix,
- au Centre d'action sociale et de santé de Versoix.

Et j'ai déjà deux demandes similaires le mois prochain de la part de centres sociaux et de soins à domicile de Vevey et du Grand Saconnex.

Cet afflux de demandes m'inspire trois réflexions:

- Exit a désormais acquis une véritable légitimité et des milieux qui nous diabolisaient jadis font aujourd'hui appel à nous pour des échanges qui, s'ils ont parfois encore vifs, n'en demeurent pas moins attentifs, respectueux et ouverts.
- Les professionnels de la santé et du social reconnaissent aujourd'hui qu'ils rencontrent des demandes lucides et déterminées d'assistance au suicide (ce qu'ils n'iaient souvent auparavant) et ils cherchent réellement à savoir comment ils doivent et peuvent y répondre.
- Des peurs, des réticences et des oppositions demeurent face à la question de l'assistance au suicide, mais le principe du «droit à l'autodétermination» des personnes dans leurs choix de fin de vie a fait un chemin considérable.

2. La situation dans les EMS

Cette évolution des mentalités est particulièrement perceptible dans les EMS et je voudrais m'y arrêter un instant. Jusqu'à récemment, les EMS étaient ce qu'on pourrait appeler un «territoire interdit» pour EXIT et cela inquiétait fortement nos membres. Or la situation est en train de changer de manière significative.

En effet, comme nous le signalions dans le bulletin qui convoquait à cette assemblée, plusieurs autorités, morales ou politiques, ont affirmé récemment le droit des personnes en EMS de faire appel à EXIT lorsqu'elles sont décidées à s'en aller avec son aide. Le Conseil d'Etat vaudois, la Ville de Zurich, la Commission d'éthique neuchâteloise, les associations faitières d'EMS genevoises et vaudoises et, tout récemment, l'Association des pensionnaires des établissements pour personnes âgées et de leurs familles (APAF - Genève)

expriment toutes le même avis, exprimé ainsi par cette dernière: *«Il ne nous appartient pas de nous prononcer pour ou contre l'euthanasie ou l'assistance au suicide. Par contre, nous devons défendre les droits et la dignité des pensionnaires pour lesquels l'EMS est devenu le domicile légal. La personne âgée en EMS doit pouvoir faire appel à l'association EXIT ou à son médecin traitant, s'il est consentant, pour lui apporter l'assistance au suicide dans sa chambre, comme si elle était restée chez elle. Ce n'est ni à la direction, ni au personnel de refuser ce droit.»*

Concrètement, mon expérience dans les EMS genevois me conduit à repérer trois attitudes possibles en leur sein:

- Certains EMS reconnaissent le droit de leurs pensionnaires à choisir leur mort et considèrent de leur devoir d'y répondre: c'est alors le médecin de l'établissement et/ou le médecin traitant de la personne qui pratiquent l'assistance au suicide.
- Certains EMS reconnaissent aussi ce droit, mais ne veulent pas que leur personnel intervienne lui-même et préfèrent que la personne recoure à EXIT.
- Certains EMS demeurent opposés par principe à l'assistance au suicide et s'attachent généralement à nier que la demande existe ou à la psychiatriser.

Il faut ajouter à cela une ambivalence certaine des personnels soignants à l'égard des demandes d'assistance au suicide: si la plupart reconnaissent à leurs pensionnaires le droit à l'autodétermination, ils ressentent quand même la demande comme un échec pour eux (elle marque la limite de leurs soins et de leur relation au malade), voire comme une dépossession (lorsque la personne recourt à EXIT).

De cela je retiens, pour nos membres qui seraient en EMS:

- Que l'expression claire, résolue et répétée de leur volonté est déterminante.
- Que celle-ci a de bonnes chances d'être entendue et respectée, soit par l'EMS lui-même, soit que celui-ci l'oriente vers EXIT.

- Que par précaution, il vaut mieux avertir préalablement EXIT de sa démarche au sein de l'EMS, afin qu'EXIT puisse intervenir et protéger la personne en cas de refus de l'EMS ou de tentative de psychiatisation.

3. Le guide d'autodélivrance

Pour terminer, je voudrais vous annoncer une nouvelle que beaucoup d'entre vous attendent. Au cours de cette année, le Docteur Jean Strasser et moi-même avons entièrement revu l'ancienne brochure «Dignité et fin de vie», qui peut servir de guide aux personnes qui veulent pratiquer seules leur autodélivrance. D'une part, cette révision tient compte de nos expériences et propose le mode d'emploi du produit qui nous paraît aujourd'hui le plus sûr (le pentobarbital sodique), en lieu et place des anciens médicaments. D'autre part, elle tient compte de la révision de nos statuts et de notre pratique de transparence: elle offre une solution pour nos membres qui ne répondraient pas aux critères qu'EXIT respecte pour intervenir en tant qu'association ou qui, tout simplement, veulent agir en toute autonomie.

La brochure a été soumise à l'approbation du comité et s'intitule désormais «Guide d'autodélivrance pour une mort choisie». Elle sera disponible en juin 2002. Comme auparavant, vous pourrez l'obtenir après trois mois de sociétariat et à titre strictement personnel (exemplaire numéroté).

Je vous remercie de votre attention.

Ndlr: Ce Guide est actuellement disponible. Prière de s'adresser au secrétariat d'EXIT

Rapport de Madame Marianne Tendon, accompagnatrice

Cet après-midi je vais vous parler de trois sujets qui me tiennent à cœur dans le cadre de mon engagement dans l'Association EXIT:

1. Bilan de terrain de l'accompagnatrice bénévole.

Depuis la dernière A.G., j'ai accompagné un peu plus d'une trentaine de personnes : 5 sont décédées de leur maladie, sans que j'aie eu besoin de donner suite à leur demande: soit elles avaient renoncé à leur demande d'autodélivrance, soit la mort est venue plus vite qu'elles ne l'imaginaient.

Une de ces personnes était en E.M.S. et lorsque la Direction et le personnel soignant ont eu connaissance de sa décision, la personne a été mise sous antidépresseurs. Il est regrettable que cette institution ait considéré cette personne de 96 ans comme dépressive. Alors qu'en réalité, elle était malentendante, quasiment aveugle, en fauteuil roulant et dépendante entièrement du personnel pour sa toilette et son alimentation. Ces faits remontent à une année environ et depuis, heureusement, les choses ont évolué et je pense que ce cas malheureux ne se reproduira plus.

Par ailleurs, j'ai assisté 15 personnes à l'autodélivrance. Tous ces cas se sont parfaitement déroulés et je tiens à relever ici, car c'est un fait nouveau, que 3 médecins ont désiré être présents en ma compagnie lors de l'autodélivrance de leur patient. Ce fait est une première. Ces médecins voulaient honorer leur mandat jusqu'à la fin, au côté de la personne qu'ils suivaient depuis longtemps. Je me réjouis de constater que ces médecins semblent mieux comprendre le sens de notre association EXIT A.D.M.D..

Actuellement, j'accompagne 12 personnes, dont 6 ont un dossier complet, c'est-à-dire:

- a) un dossier médical en bonne et due forme justifiant la demande de l'autodélivrance.
- b) l'ordonnance rédigée est en mes mains.
- c) ainsi que la lettre manuscrite dans laquelle la personne exprime sa décision de pratiquer l'autodélivrance.

Dès lors, à partir de ce dossier, ces personnes attendent que leur état empire jusqu'aux douleurs insupportables ou une péjoration insoutenable du corps physique.

Je dois dire que pour de nombreuses personnes qui souffrent et qui répondent aux critères d'accompagnement de l'association EXIT,

elles sont heureuses de pouvoir choisir leur jour et ce réconfort leur permet souvent de faire encore un bout de chemin de vie.

Une de ces personnes me disait : «Vous êtes mon parachute», et je lui ai dit que cette idée était pertinente. Cela m'a réjoui le cœur, sorte de confirmation de l'utilité et du réconfort qu'apporte le travail d'accompagnateur-trice.

2. Animation du séminaire: LA MORT, UNE ETAPE DE VIE.

Depuis plus de 10 ans, j'anime des séminaires dont le thème est la mort. Dans le cadre de l'association EXIT, j'ai eu le bonheur d'animer le premier séminaire à la fin de l'année 2000. Les participants sont surtout des personnes âgées, des plus jeunes aussi, des personnes gravement atteintes dans leur santé et certaines qui s'intéressent à pratiquer l'accompagnement en fin de vie et l'autodélivrance.

L'une d'elle, Barbara, une jeune femme de 42 ans souffrait d'un cancer et avait très peur de la mort, mais pas de mourir. Elle s'effondrait en larmes à chaque fois qu'elle disait sa peur. Le groupe lui a été d'un grand soutien non seulement durant le séminaire, mais également après et jusqu'au jour de son autodélivrance. Ce jour-là, elle m'a dit en riant qu'elle avait encore un petit peu peur seulement: «Plus de l'inconnu que de la mort et qu'elle me raconterait ses impressions après l'expérience de l'autodélivrance, à notre prochaine rencontre...».

Merci Barbara de la démonstration de ton courage et de ton humour. De là où je suis, je t'envoie mes cordiales salutations vers là où tu es.

J'ai une nouvelle qui me fait chaud au cœur à partager avec vous: Deux personnes après s'être inscrites au séminaire ont demandé à faire de l'accompagnement. L'une est à la retraite et a déjà de l'expérience dans ce domaine et l'autre personne sera à la retraite en tant que psychiatre (cabinet privé) à la fin juin de cette année. Je vais donc les aider, les soutenir et les superviser dans leur formation.

3. Groupe de parole liée à la perte d'un proche par l'autodélivrance.

Dernièrement, lors du jour J de plusieurs autodélivrances, certains proches me faisaient cette réflexion «la personne qui s'en va a eu droit à tous les égards... et puis nous?»

Sous d'autres formes, à plusieurs reprises, des personnes endeuillées m'ont fait la même remarque. Dans un premier temps, j'ai pensé qu'il y a déjà beaucoup de groupes de deuil et que tous leurs besoins étaient couverts.

En effet, à Genève, il existe environ 10 groupes qui abordent le sujet. Un proche d'une personne qui avait choisi l'autodélivrance me faisait la réflexion suivante après que je lui eu suggéré d'aller dans un tel groupe : «Vous pouvez imaginer la réaction de certaines personnes quand je dirai: je tenais la main de ma mère et lui disais que je l'aime, au moment où elle avalait la potion létale?» J'ai donc compris que pour certains c'est très difficile de parler à leurs amis de l'autodélivrance. Ce sujet reste encore tabou, même si les mentalités changent. Cela m'a fait réfléchir et vu les demandes pressantes, j'ai soumis la question au Comité qui se prononcera prochainement. Je vous remercie de votre attention.

Question d'un participant:

Quels sont les EMS qui n'acceptent pas l'autodélivrance?

Réponse: Nous n'avons pas de liste à ce sujet. Mais le principe du droit à l'autodétermination doit être reconnu, ainsi que le fait de résider dans un EMS constitue le lieu du domicile légal. (Voir en page 8, point 2).

Rapport de Monsieur William Walz, informaticien

Je vais vous présenter très brièvement le site Internet de l'Association EXIT ADMD Suisse romande (www.exit-geneve.ch) qui a été créé le 9 juin 1998. Depuis 4 ans, ce site est à votre service. Mon épouse et moi-même n'arrivons malheureusement pas à accorder autant de temps que nous le voudrions à l'Association et, de toute façon, pas autant que celui consacré par le président, le Dr Sobel et le vice-président, M. Denervaud, ainsi que par les autres membres du Comité. Je tiens à souligner au passage qu'EXIT a la chance d'avoir une équipe de dirigeants très dynamiques, dévoués et qui offrent de leur temps sans compter. Ceci est assez rare pour être souligné.

Je rappelle qu'à l'époque de la création du site, nous n'avions pas pu utiliser uniquement le nom «exit», puisqu'il avait déjà été réservé par l'Association EXIT Suisse alémanique. Nous avons donc eu recours à un compromis en choisissant «exit-geneve» afin de déposer un nom cohérent et facile à retenir.

Sur notre site existait aussi une boîte aux lettres électronique (exit@freemail.ch). Cette boîte est maintenant domiciliée sur le site et vous devez utiliser l'adresse suivante pour votre courrier: info@exit-geneve.ch. Il vous est ainsi possible de dialoguer dans de bonnes conditions avec le secrétariat qui vous répond très rapidement.

Depuis sa création, nous avons reçu environ 7'775 visites. La moyenne des demandes d'adhésion via notre site est d'environ 15 par mois. Ceci n'est pas énorme, mais démontre cependant bien qu'Internet est devenu incontournable et qu'il permet à de nombreuses personnes de nous localiser et d'adhérer à EXIT ADMD. Je précise encore que le site a été créé de façon assez simple, il n'a aucune prétention et a été écrit volontairement avec de gros caractères afin de rendre la lecture aisée pour tous. Je voudrais relever que le site est hébergé gracieusement par le fournisseur d'accès qui a jugé que les associations à but humanitaire pouvaient bénéficier d'un hébergement gratuit. Bien-entendu, mon épouse et moi-même sommes aussi des bénévoles. Nous avons créé et gérons le site gratuitement.

Le Dr Sobel remercie Monsieur William Walz et donne la parole à Madame Claire-Lise Cuennet, notre trésorière, pour son rapport:

Rapport de la trésorière

Mesdames et Messieurs,

La comptabilité de notre Association a été tenue jusqu'à fin 2000 de façon manuscrite, sans support informatique. Dès 2001 et sur les conseils de nos vérificateurs des comptes 2000, nous avons passé la comptabilité sur logiciel. Ce transfert s'est parfaitement bien effectué grâce à l'initiation et aux excellentes instructions qui m'ont été données par Monsieur Francis Hauser, membre de notre association et vérificateur des comptes 2000. M. Hauser n'a pas été avare de son

temps pour la mise en route de ce nouveau système et m'a beaucoup aidée. Je tiens à la remercier vivement de sa collaboration, de sa patience et de la façon fort pédagogique avec laquelle il m'a transmis ses connaissances sur le système informatique.

Je vous donne lecture des comptes 2001 (prière de consulter les comptes en page 16).

Je passe la parole à la vérificatrice des comptes, Madame Madeleine Zbinden qui va vous donner connaissance du rapport de vérification.

Rapport des vérificateurs des comptes pour l'exercice 2001

Mesdames, Messieurs,

En exécution du mandat qui nous a été confié par l'Assemblée Générale, nous avons procédé à la vérification des pièces comptables, des comptes et du bilan de l'Association, arrêtés au 31 décembre 2001.

Nous avons constaté leur concordance avec les comptes tenus.

Le résultat de l'exercice 2001 fait apparaître un excédent final de

CHF 2.938.00

Ce qui porte le capital au 31 décembre 2001 à **CHF 152.293.56**.

Nous remercions très vivement la trésorière, Madame Claire-Lise Cuennet, pour son aimable assistance au cours de cette procédure de vérification et nous tenons à la féliciter pour la qualité de son travail, toujours accompli à la perfection.

Nous vous demandons, en conséquence, d'approuver les comptes de l'Association EXIT qui vous ont été présentés et de donner décharge à la trésorière ainsi qu'au comité et à la commission de vérification.

Genève, le 16 mars 2002

Les vérificateurs:

Madeleine Zbinden

Edouard Pittet

RESUME DES COMPTES DE 2001

RECETTES

Cotisations	229 400,00
Dons	17 787,30
Médailles	35,40
Produits financiers	11 349,55
total des recettes	<u>258 571,95</u>

DEPENSES A/ charges récurrentes

Charges de personnel, secrétariat, enregistrement des cotisations, frais postaux, de bureau, téléphones, Assemblée générale, etc.	147 371,15
Charges des locaux	23 607,30
Imprimés	14 595,95
Bulletins Exit	23 410,65
Frais de conférences, rencontres, congrès, comités	7 387,40
Assistance sociale aux membres	7 537,20
Livres et documents	391,70
Divers, cotisations, cadeaux	1 745,95
total des charges récurrentes	<u>226 047,30</u>

B/ autres dépenses

Dépréciation sur titres	4 317,50
Action auprès du Conseil National et des Etats	5 269,15
total autres dépenses	<u>9 586,65</u>

Total général des dépenses **235 633,95**

Excédent général des recettes **22 938,00**

Dont à déduire

Attribution au Fonds provision collaborateurs (15 000,00)

Attribution au Fonds Editions publiques + relations publiques (5 000,00)

Bénéfice net de l'exercice 2001, viré à Capital **Fr. 2 938,00**

BILAN AU 31 DECEMBRE 2001

ACTIF

Caisse bureau	900,00
Compte de Chèques postaux	48 227,56
UBS, comptes à vue	61 822,70
UBS, compte garantie loyer	4 954,45
Ubs, comptes à terme	420 000,00
Obligation de caisse et titres	104 468,00
Charges payées d'avance	1 743,00
Fr. 645 279,96	

PASSIF

Créanciers factures à payer ...	10 926,40
Cotisations encaissées d'avance	5 060,00
Fonds juridique	137 000,00
Fonds prov. collaborateurs ...	70 000,00
Fonds de recherche	50 000,00
Fonds campagnes futures	150 000,00
Fonds Edit. publ. + relations publ.	70 000,00
Capital	152 293,56
Fr. 645 279,96	

Mouvement du compte Capital

Capital au 31 décembre 2000	149 355,56
Bénéfice de l'exercice 2001 viré à Capital	2 938,00
Capital au 31 décembre 2001	Fr. 152 293,56

Le Comité remercie vivement Madame Madeleine Zbinden et Monsieur Edouard Pittet pour leur rapport ainsi que pour leur travail de vérification.

Le Dr Sobel invite l'Assemblée, après avoir demandé s'il y avait des questions, à approuver les comptes tels qu'ils ont été présentés, en donnant décharge à la trésorière, au comité ainsi qu'à la commission de vérification.

Les comptes sont approuvés (une abstention).

Nomination des vérificateurs des comptes pour 2002

Madame Madeleine Zbinden ne souhaite pas se représenter vu l'éloignement de son domicile. Monsieur Edouard Pittet reste donc vérificateur pour l'an prochain, Monsieur René Papaux nommé suppléant l'an passé devient deuxième vérificateur. Nous avons donc besoin d'un suppléant ou une suppléante. Cette vérification demande environ deux heures et elle a lieu peu de temps avant l'Assemblée Générale. Quelqu'un peut-il se proposer ?

Madame Françoise Yerly se présente et le Comité la remercie.

Cotisation annuelle 2003

Le Comité propose de maintenir la cotisation à Fr. 30.- par membre, ou Fr. 25.-pour les membres à l'AVS/AI. La cotisation pour les membres résidant à l'étranger est maintenue à Fr. 60.—.

Selon décision de l'Assemblée Générale, les cotisations restent inchangées pour l'exercice 2003.

Election du Comité

Madame Jeanne Marchig demande, pour raison de santé, à quitter le comité. Le Dr Sobel rappelle que Madame Marchig fait partie des membres fondateurs d'EXIT ADMD et qu'elle a donc travaillé pendant 20 ans pour le bien de notre Association. Elle a œuvré avec beaucoup de persévérance et d'efficacité. Elle a obtenu la reconnaissance des directives anticipées. Pour toute cette activité, nous vous disons: Merci Madame ! Et nous n'oublierons pas ce que nous vous devons.

Madame Marchig est chaleureusement applaudie par l'Assemblée et est nommée Membre d'honneur de l'Association.

Elle adresse ensuite ses remerciements au Président, au Comité ainsi qu'à toute l'Assemblée pour leur reconnaissance en évoquant avec émotion les 20 ans passés au Comité d'Exit, «20 années de lutte difficile» dit-elle. Elle souhaite à cette occasion rendre hommage à tous les anciens, à tous ceux qui ont œuvré afin qu'EXIT devienne ce qu'il est aujourd'hui, en évoquant le premier président, M. Jean-Charles Burki, puis la Doctoresse Gentiane Burgermeister à laquelle elle a succédé en 1990.

Elle déclare être contente de laisser au comité actuel une situation saine, une assise financière solide et souhaite au Président et à tous les membres du Comité beaucoup de succès pour l'accomplissement de notre idéal à tous.

Le Docteur Sobel annonce ensuite que les autres membres du comité se représentent. Il les en remercie tous, car ils ont beaucoup travaillé durant cette année. Madame Dominique Roethlisberger ainsi que Messieurs William Walz et Robert Estin, qui étaient membres adjoints, se présentent pour entrer dans notre comité en tant que membres à part entière. Madame Janine Walz reste, selon son souhait, membre adjointe. Monsieur Jean-Jacques Bise, juriste à la Chaux-de-Fonds, sera intégré dans notre comité en tant que membre adjoint durant un an, selon nos usages.

Quant à moi, déclare le Dr Sobel, je souhaite poursuivre mon action en tant que président pour un an encore, si vous le voulez, et j'espère que l'année qui vient sera un peu plus calme que l'année qui s'achève.

Le premier vote concerne donc le poste de président et le Dr Sobel demande à l'Assemblée de lever la main à son appel si elle souhaite qu'il continue son action.

Le Dr J. Sobel, Président, est réélu par acclamations. Il remercie l'Assemblée pour sa confiance.

Le deuxième vote concerne le poste de vice-président. M. Jean-Marc Denervaud accepte de reconduire son mandat.

M. J.-M. Denervaud est réélu au poste de vice-président par acclamations.

Puis, vote en bloc pour reconduire le comité qui souhaite poursuivre son action pour une nouvelle année. Le Dr Sobel demande à l'Assemblée de lever la main si elle accepte le comité tel que présenté.

L'Assemblée reconduit le Comité dans son ensemble et le Dr J. Sobel remercie les membres présents pour la confiance ainsi accordée.

Exposé de Madame la Professeure Ursula Cassani

Le Dr Sobel présente Madame la Professeure Ursula CASSANI du Département de Droit pénal de la Faculté de Droit de l'Université de Genève qui a été très active dans le groupe d'experts de la Commission fédérale «Assistance au décès».

Il la remercie et lui cède la parole.

(On trouvera le texte de sa conférence dans les pages qui suivent)

Propositions et divers

Le Docteur Sobel répond ensuite aux questions des membres parvenues par écrit ainsi qu'à celles de l'Assemblée.

Puis, Madame Dominique Roethlisberger, accompagnatrice dans le canton de Neuchâtel, témoigne de l'extrême solitude de certains membres auxquels elle rend visite et qui espèrent obtenir une assistance à l'autodélivrance que nous ne pouvons évidemment pas leur apporter pour cette unique raison. Afin de pallier cet isolement, elle lance un appel pour recruter des bénévoles qui pourraient répondre aux demandes de visite et de soutien. Elle les en remercie d'avance.

Avant de clôturer la séance, le Docteur Sobel invite les participants au verre de l'amitié tout en leur souhaitant d'ores et déjà un bon retour dans leur foyer et en se réjouissant de les retrouver l'an prochain à Neuchâtel.

«PROTECTION PENALE DE LA VIE ET AUTONOMIE DU PATIENT: COMMENT LES CONCILIER?»

Professeure Ursula CASSANI

Mesdames, Messieurs.

C'est avec un plaisir tout particulier que j'ai accepté l'invitation du Dr. Jérôme Sobel à faire un exposé à l'occasion de l'Assemblée générale d'EXIT A.D.M.D. Plus que toute autre organisation, la vôtre a contribué à imposer les droits du patient face à la médecine contemporaine, et cela jusqu'à la liberté ultime qui consiste à choisir le moment de sa mort, lorsque la vie est devenue un fardeau trop lourd. Mon exposé comportera deux parties. Tout d'abord je vous parlerai de l'autonomie du patient face aux différents actes d'assistance au décès, de l'assistance au suicide qui est au cœur de vos préoccupations, mais aussi de l'euthanasie passive, active, directe et indirecte.

L'autonomie du malade et la protection pénale de la vie

Le malade est un être libre en droit.

Associer maladie et liberté peut paraître paradoxal: si une bonne fée accordait un vœu à chaque personne dans cette salle, je suis prête à parier que la plupart d'entre nous useraient de cette liberté pour demander une bonne santé, pour nous-mêmes et nos proches, aussi longtemps que possible.

Etre malade, c'est forcément être privé d'une partie de sa liberté, c'est, lorsque la maladie est grave, ne plus pouvoir aller et venir comme on veut, ne plus envisager l'avenir comme une étendue d'années pleines de la promesse d'une multitude de choix et d'expériences nouvelles.

C'est dépendre des autres pour les gestes les plus anodins et les plus intimes de la vie quotidienne, c'est la douleur, parfois la solitude ou le sentiment de ne plus servir à rien, d'être un poids pour les autres.

S'il subit ainsi des limitations de sa liberté du fait même de son état de santé, le malade n'en est pas moins un citoyen à part entière, qui jouit de toutes les garanties découlant des droits humains. Parmi ces libertés fondamentales, le droit à la vie, à la dignité humaine, au respect de la vie privée, à la liberté personnelle, ainsi que l'interdiction d'un traitement cruel et inhumain, forment le canevas devant lequel les droits de l'être humain en fin de vie doivent être analysés.

Cette analyse juridique se structure autour du concept central de l'autonomie de la volonté, de l'autodétermination du patient. Cependant, le droit - et avant tout le droit pénal - impose certaines limites socio-éthiques à l'exercice de cette autonomie, qui se concrétisent dans l'interdiction de l'homicide.

Euthanasie passive

L'autonomie du patient est pleinement reconnue s'agissant de son choix de ne pas subir des soins. Lorsque le patient ne souhaite plus un traitement ou une mesure de survie, le médecin a non seulement le droit, mais le devoir d'y renoncer. Il est interdit d'imposer des soins par la contrainte, sous réserve d'exceptions en matière de soins psychiatriques qui sont étroitement définies et nécessitent une base légale précise.

En dehors de ces situations exceptionnelles, le traitement coercitif est constitutif de contrainte, de lésions corporelles, voire même de séquestration.

Le patient est en droit de se soustraire en tout temps à des soins, même lorsque son refus entraînera sa mort certaine et imminente. On parle alors d'euthanasie passive, définie comme la renonciation à des mesures prolongeant la vie, en conformité avec la volonté expresse ou présumée du patient; le patient est laissé au processus naturel qui le conduira à la mort.

Lorsqu'un médecin donne suite au désir de son patient de ne plus subir des actes thérapeutiques ou des mesures de survie, il n'est pas punissable, puisqu'il se contente de se conformer à un devoir juridique qui lui est imposé. Cela vaut à n'importe quel moment de la relation thérapeutique, mais l'interdiction des soins coercitifs prend évidemment une signification particulière en fin de vie, lorsque la renonciation ou l'interruption d'une mesure a pour conséquence le

décès du patient. L'euthanasie passive constitue ainsi un droit subjectif du patient, qui dispose en quelque sorte d'un *droit de veto* contre des manipulations non librement consenties de son corps, découlant de ses libertés fondamentales, telles qu'elles sont garanties par la Constitution fédérale et la Convention européenne des droits de l'homme. Il s'agit du même droit reconnu par la Cour Suprême des États-Unis d'Amérique dans son fameux arrêt Cruzan du 25 juin 1990, soit d'un «*constitutionally protected liberty interest in refusing unwanted medical treatment*».

Euthanasie active indirecte

Lorsque le patient ne peut ou ne veut plus être soigné dans la perspective d'une guérison ou d'une survie, il a le droit de bénéficier des soins palliatifs appropriés pour améliorer son confort. S'il éprouve des douleurs, il doit pouvoir obtenir des analgésiques en quantité suffisante. Il y a droit même si ces analgésiques ont pour conséquence prévisible de rapprocher l'échéance de la mort. On parle alors d'euthanasie active indirecte ou d'euthanasie palliative.

Il s'agit d'un comportement actif dont le but premier est de soulager des souffrances, mais dont l'auteur sait néanmoins qu'il est susceptible d'abrégé la vie. Cet acte est parfaitement licite, car il est justifié par le devoir professionnel du médecin. Le médecin s'engage à soigner son malade de la meilleure manière possible, et l'atténuation des souffrances fait incontestablement partie de l'art médical. L'obtention d'analgésiques constitue donc un droit subjectif, même lorsque leur administration risque de raccourcir la vie.

Assistance au suicide

Enfin, le droit à l'autodétermination dont jouit l'être humain est aussi celui de mettre fin à sa propre vie par le suicide. Les droits contemporains reconnaissent le caractère licite du suicide. Le droit suisse estime aussi que celui qui prête assistance au suicide d'une personne capable de discernement doit rester impunissable, à condition qu'il n'agisse pas dans un but égoïste. Cela découle de l'art. 115 CP, disposition qui sert de cadre juridique à l'activité de votre association en matière d'aide à l'autodélivrance.

Que l'assistance au suicide soit impunissable ne signifie pas, pour autant, que celui qui veut se suicider dispose d'un droit subjectif d'être aidé à commettre son acte. Un tel droit n'existe ni à l'égard d'un proche, ni à l'égard du médecin, et encore moins à l'égard de l'État, même lorsque la situation médicale paraît désespérée. L'assistance au suicide ne peut pas faire l'objet d'une obligation juridique ; un contrat conclu dans ce but serait considéré comme nul. Cet acte d'assistance ultime résulte donc nécessairement de la convergence de deux volontés libres.

Il est, par conséquent, essentiel que celui qui souhaite s'assurer qu'il sera accompagné par son médecin dans l'éventualité d'un suicide, engage le dialogue avec celui-ci, afin de connaître son attitude à l'avance et de savoir s'il pourra un jour compter sur lui pour l'aider à mettre fin à ses jours.

Euthanasie active directe

Le droit suisse fait donc une large place à l'autodétermination du malade. Il pose néanmoins une limite stricte: l'autonomie n'est pas reconnue en matière d'euthanasie active directe.

Cette dernière est définie comme un comportement actif dont le but direct est de provoquer le décès d'un être humain, afin de mettre fin à ses souffrances et de sauvegarder sa dignité humaine. La distinction par rapport à l'euthanasie active indirecte réside dans le fait que le décès constitue le but premier et non la conséquence non souhaitée mais néanmoins envisagée et acceptée de l'acte.

L'euthanasie active directe est punissable comme homicide, soit comme meurtre au sens de l'art. 111 CP ou comme meurtre sur la demande de la victime au sens de l'art. 114 CP.

A cet égard, la vie est donc soustraite à la libre disposition de l'individu. Alors que pour tous les autres délits, le consentement de la victime vaut fait justificatif, tel n'est pas le cas en matière d'homicide. Cela découle sans aucune ambiguïté de l'art. 114 CP, qui déclare punissable le meurtre à la demande instante et sérieuse de celui qui va mourir. La vie est un bien juridique qui est protégé de manière absolue, même lorsque celui qui en bénéficie ne souhaite plus cette protection; on ne peut pas valablement y renoncer.

Le paradoxe de la loi actuelle

Le droit suisse porte donc un regard très différent sur l'assistance au suicide et sur l'euthanasie active directe : la première est impunissable, à moins qu'il n'y ait un mobile égoïste, alors que la seconde est punissable, alors même que l'auteur agit par compassion.

La raison d'être de cette différence de traitement réside dans le fait que le législateur suisse a estimé qu'en matière de suicide, celui qui porte atteinte à sa propre vie illustre par l'acte qu'il exécute lui-même qu'il est fermement résolu à mourir, alors que cette preuve n'existe pas en cas d'euthanasie active.

On peut se laisser convaincre par ce raisonnement, sans toutefois perdre de vue le paradoxe auquel il mène dans les situations extrêmes, que les membres et accompagnateurs d'EXIT A.D.M.D. connaissent douloureusement: on est ainsi en droit d'aider celui qui peut encore s'aider lui-même mais non celui qui est atteint dans sa santé au point de ne plus pouvoir mettre fin à ses jours.

Au-delà de ce paradoxe irréductible se pose la question de la délimitation entre assistance au suicide et homicide. Les juristes admettent que le critère est la maîtrise de l'acte. Il y a suicide, lorsque celui qui meurt a lui-même la maîtrise - tant physique qu'intellectuelle - sur le déroulement de l'acte qui provoque la mort, alors qu'il y a homicide punissable lorsque ce n'est pas le cas. Concrètement, la ligne de partage peut toutefois être difficile à tracer, lorsque celui qui meurt a encore la volonté de se suicider, mais qu'il n'est plus physiquement capable d'exécuter cette volonté de manière autonome.

Les deux notions - assistance au suicide d'une part et euthanasie active de l'autre - peuvent donc viser des actes et des situations extrêmement proches et soulèvent des questions et des enjeux éthiques semblables.

C'est la raison pour laquelle la majorité du groupe de travail «Assistance au décès» nommé par l'Office fédéral de la justice en 1997 a proposé une dépénalisation très prudente et partielle de l'euthanasie active directe, préconisant la renonciation à poursuivre l'auteur qui a aidé autrui à mourir dans des situations d'extrême détresse. Je ne crois pas trahir le secret de nos délibérations en vous révélant que le Dr. Sobel et moi-même étions parmi les défenseurs de cette solution.

On se souviendra que le Conseil fédéral s'est rangé du côté de la minorité et qu'il a refusé cette proposition, en invoquant, pour toute argumentation, les fondements de l'éthique sociale chrétienne. Cela n'a pas mis fin au débat public, puisque le conseiller national et oncologue Franco Cavalli a repris à son compte les conclusions de la majorité du groupe de travail, pour en faire une initiative parlementaire. Le Conseil national a rejeté cette initiative en décembre 2001. Il n'en reste pas moins que le débat public qui a entouré la proposition de révision de la loi a fait progresser la réflexion sur l'assistance au décès et que la nécessité d'un réexamen critique de certains choix considérés jusqu'à présent comme relevant de l'évidence s'est imposée.

Pour faire contrepoids à l'initiative Cavalli (ou en quelque sorte à titre de réponse de la bergère au berger), la conseillère nationale appenzelloise Dorle Vallender a déposé une initiative visant à préciser les conditions dans lesquelles l'incitation et l'assistance au suicide sont licites. Très confuse, cette initiative prétendait notamment rendre le suicide médicalement assisté punissable dans tous les cas, tout en permettant aux proches de pratiquer l'aide au «suicide» d'une personne même incapable de discernement, ce qui aurait constitué un élargissement considérable par rapport au droit actuel. Cette initiative a été refusée par les parlementaires, qui ont apparemment estimé que l'art. 115 CP régissant l'incitation et l'assistance au suicide était satisfaisant dans sa teneur actuelle. Il n'est pas abusif de voir dans ce rejet de l'initiative Vallender une confirmation du fait que nos parlementaires jugent que les pratiques actuelles des organisations d'aide au suicide comme EXIT A.D.M.D. sont conformes au droit et qu'elles ne nécessitent aucune intervention du législateur.

Comment imposer l'autonomie du patient face au monde de la médecine ?

En premier lieu, l'autonomie du patient suppose qu'il soit *convenablement informé*. Il s'agit là d'un droit du patient et d'un devoir qui incombe à son médecin. Le droit à l'information est celui d'être renseigné de manière complète et claire, en des termes compréhensibles et adaptés aux facultés du patient. L'information doit porter sur le diagnostic et le pronostic, soit l'évolution future de la maladie, l'es-

pérance de vie et la qualité de vie dont jouira le patient. Elle doit aussi porter sur le traitement et les risques qui lui sont liés, ainsi que les limitations qui en découlent pour la vie quotidienne du malade.

Cette information suppose en premier lieu l'instauration d'un dialogue entre le médecin et son patient. Mais elle suppose aussi que le patient ait accès au *dossier médical*. Il s'agit là d'un droit essentiel du patient, face à la médecine pratiquée dans un cadre privé comme dans un établissement public, garanti par la législation fédérale en matière de protection des données ou par le droit public cantonal. Dans un cas comme dans l'autre, le patient a le droit de consulter le dossier et d'obtenir des photocopies de son dossier.

Enfin, le droit fondamental est celui de *refuser l'acte médical*. Aussi longtemps qu'il sera capable de discernement, la volonté exprimée oralement par le patient lie le médecin.

La situation est plus délicate lorsque le patient n'a plus la capacité de discernement, en particulier, lorsqu'il a perdu cette faculté de manière durable. C'est cette hypothèse qui préoccupe sans doute la plupart des patients actuels et futurs que nous sommes tous. Comment se prémunir contre des actes qui n'ont plus aucun sens à nos yeux ? Comment assurer que notre conception de la dignité humaine soit respectée et que notre corps, une fois que notre volonté ne sera plus en mesure de s'exprimer pour le défendre, fasse l'objet d'acharnement thérapeutique, qu'on lui impose des souffrances qui ne riment plus à rien ?

L'autonomie du patient reste le principe directeur, même lorsque le patient n'est plus capable de discernement. Dans ces situations, en l'absence de la possibilité d'un dialogue avec le malade, le médecin aura à rechercher la volonté présumable de celui-ci. C'est dans ce cadre que les *directives anticipées* (testament de vie, testaments biologique) prennent tout leur sens. Ces directives lient le médecin, à moins qu'il n'y ait des motifs sérieux de supposer qu'elles ne correspondent plus à la volonté présumable actuelle du patient. Sauf indice particulier qui donnerait à penser que le patient aurait changé d'avis, le médecin doit se conformer strictement aux volontés exprimées, dans les limites de la légalité telles que je viens de les décrire.

Il est donc essentiel de rédiger des directives, tant qu'il est encore temps, et d'en remettre copie à une ou plusieurs personnes de

confiance qui pourront les produire et en imposer le respect, lorsque le malade lui-même ne sera plus en mesure de le faire, par exemple au médecin traitant, au conjoint, à un enfant ou à un ami. Il est essentiel aussi que la possibilité de rédiger de telles directives soit connue de tous. EXIT A.D.M.D. a beaucoup contribué à les faire connaître et à en imposer le respect: en m'adressant à vous, je prêche donc à des convaincus, mais il est des certitudes que l'on n'énoncera jamais assez.

Il en va d'une préoccupation qui est au cœur de l'activité de votre association: ne pas se laisser déposséder de sa mort.

ACTUALITES INTERNATIONALES

Des avancées significatives

Pays-Bas: Entrée en vigueur de la loi sur l'euthanasie

On avait beaucoup parlé de la loi hollandaise sur l'euthanasie lors de son adoption en avril 2001. On sait moins que cette loi est effectivement entrée en vigueur une année plus tard, en avril 2002.

Le texte stipule que les médecins pourront pratiquer l'euthanasie sans risque de poursuites judiciaires s'ils respectent certains «critères de minutie». Le patient doit notamment avoir fait une demande claire d'euthanasie et être atteint de souffrances incurables et insupportables. Le médecin doit demander l'avis d'un confrère indépendant avant de procéder à l'acte. Tous les cas d'euthanasie seront transmis à des commissions composées d'un juriste, d'un médecin et d'un spécialiste en éthique qui vérifieront le respect des critères

de minutie. En cas de non-respect, le dossier sera transmis à la justice et le médecin passible de poursuites. Très critiquée à l'étranger, la loi bénéficie d'un large soutien au sein de la société néerlandaise et du monde médical. Les médecins néerlandais rappellent que l'euthanasie est souvent pratiquée en catimini dans d'autres pays sans qu'aucune législation ne vienne réglementer cet acte controversé.

Belgique: Soins palliatifs ET assistance au décès

Date historique en Belgique: le 16 mars 2002, le Parlement belge adopte en même temps une loi dépénalisant l'euthanasie et une loi sur le développement des soins palliatifs, entérinant ainsi le fait qu'il n'y a pas contradiction, mais complémentarité entre les deux approches. Le texte complet de la loi belge sur l'euthanasie, qui compte plus de cinq pages, est disponible au secrétariat. On notera que l'article 4 de la loi, qui concerne les directives anticipées, prévoit que celles-ci sont également valables pour obtenir une euthanasie lorsque la personne est inconsciente.

France: Un texte consensuel sur l'assistance au décès

On sait que la France est très en retard pour tout ce qui concerne l'assistance au décès. A l'initiative de Bernard Kouchner, un progrès important vient d'être réalisé dans ce domaine. En effet, le 16 avril dernier, après un vif débat, cinquante personnalités du monde médical ont adopté une déclaration commune qui reconnaît la complémentarité entre soins palliatifs, assistance au suicide et euthanasie active. Le texte exprime les choses ainsi :

«Au cours de l'accompagnement d'un patient, tout au long de sa vie et jusqu'à ses derniers instants, la question peut être posée, y compris par lui, de l'arrêt, du retrait ou de la non-mise en œuvre de traitements vitaux, même si une telle décision est susceptible de hâter la mort. Chez d'autres, le soulagement des souffrances peut conduire à rapprocher l'échéance de la mort. La finalité palliative ne doit pas occulter ses conséquences éventuelles sur la fin de la vie»

TEMOIGNAGES

EXIT aide aussi à vivre

A sa demande et à celle de ses enfants, nous avons récemment reçu une personne âgée, membre d'EXIT et séjournant en EMS, pour discuter avec elle de sa demande de «l'aider à mourir». A la suite de cette entrevue et de celles qui ont suivi avec un médecin d'EXIT, nous avons reçu la lettre suivante de sa fille, qui démontre que *l'écoute attentive* de toutes les demandes d'assistance au suicide est d'une importance capitale pour les personnes qui les formulent :

«Bonsoir,

Nous nous permettons de vous envoyer ce message pour vous dire à quel point notre maman, Mme M. est heureuse de ses rencontres avec le Dr. Y.

Elle a un très bon contact avec lui et pour nous c'est très précieux. Il est devenu une personne-ressource pour elle.

Par ailleurs, depuis qu'elle vous a rencontrés à EXIT et qu'elle visite le Dr Y. elle a vraiment changé: elle est plus présente, plus «incarnée», plus vivante... ce qui peut sembler paradoxal pour quelqu'un qui désirait s'approcher de la mort.

Tout se passe comme si d'avoir pu vous voir, vous entendre, d'avoir été prise au sérieux et surtout de savoir qu'un jour quelqu'un pourrait vraiment l'aider à s'en aller... cela lui aurait enlevé un immense poids, cela lui aurait permis un formidable espoir, cela enfin lui aurait donné un sens à sa vie.

Dans l'EMS où elle a raconté ici ou là son cheminement, le personnel nous prenait d'abord pour des personnes assez étranges: qui sont ces enfants qui accompagnent leur maman dans ce chemin «vers la mort»? Puis, vint la sidération de leur part : Mme M. nous explique qu'elle a trouvé des réponses à son désir de mourir, même très concrètes, et depuis... elle va beaucoup mieux!!!!

Bref, nous avons prié le personnel de l'EMS pour qu'il laisse notre maman traverser ce parcours à sa manière et de ne pas l'influencer, du genre : «mais ma petite dame, vous qui allez tellement mieux que tant d'autres personnes ici présentes, vous n'allez tout de même pas nous dire que vous voulez mourir !»

Et que cela en vaud la peine, puisque le bénéfice secondaire de cette démarche particulière est qu'elle s'en porte plutôt bien.

(...)

Vous avez accueilli notre maman et vous l'avez ainsi autorisée à réellement vivre le temps qu'elle choisit de vivre encore, plutôt que de la refuser et de la laisser dans son néant, dans sa parenthèse... ni dans la vie, ni dans la mort.

Toute la démarche a été très formatrice pour nous aussi et nous pouvons donc dire aujourd'hui qu'EXIT a aidé à accompagner la vie et non la mort!

Le chemin c'est le but.

Avec notre très grande gratitude et tous nos plus cordiaux messages».

Association Alzheimer Suisse

Une erreur s'est glissée dans notre précédent bulletin au sujet du numéro de téléphone de l'Association Alzheimer Suisse.

Nous apportons ici le rectificatif:

Téléphone: **024 426 20 00**

Adresse: **Rue des Pêcheurs 8 - 1400 Yverdon-les-Bains**

LE MEDECIN FACE A LA MORT VOLONTAIRE

Docteur Jean Martin

Dans son numéro du 3 avril 2002, le journal «Médecine et Hygiène» fait une large place à la question de l'attitude des soignants face à l'assistance au suicide. Suite au témoignage du fils d'une personne accompagnée par EXIT ADMD, le Dr Jean Martin, médecin cantonal vaudois, développe une réflexion riche et nuancée qui peut être fort utile à chacun de nous en pareille circonstance.

Témoignage

Henri Roth

«La plus volontaire mort, c'est la plus belle», a écrit Montaigne (Essais II.3), ajoutant que «la vie dépend de la volonté d'autrui, la mort de la nôtre».

La liberté de choisir la mort pour abrégé des souffrances est de plus en plus reconnue sur le plan international. En Suisse, organisée avec l'association EXIT, elle est légale. Ma mère a fait ce choix. Un médecin a hélas terni ce moment si grave, peut-être par manque d'information. Je souhaiterais sensibiliser le corps médical aux attentes d'une famille dans une telle situation.

Ma mère souffrait d'un cancer du pancréas et de l'intestin pour lequel une opération, des radiothérapies et des chimiothérapies ont été effectuées en vain. Elle a bu son poison chez elle en fin d'après-midi, en présence de son mari, de ses enfants et d'une accompagnatrice d'EXIT. Cette dernière connaissait bien les procédures à suivre en pareil cas.

Une fois ma mère décédée, trois de ses petits-enfants sont arrivés pour voir son corps. Le médecin de famille, que nous avons appelé pour constater le décès, est arrivé juste après, l'air hostile. Gardant

ses condoléances pour après (trop tard pour paraître sincère), il a ordonné d'évacuer la pièce de la défunte où étaient en train d'entrer les petits-enfants. Il s'y est enfermé avec mon père, refusant de s'adresser à l'accompagnatrice. Il a d'abord proposé de faire passer le décès pour naturel, ce que personne ne souhaitait. Il s'est ensuite enfermé dans une autre pièce pour faire des téléphones, nous plongeant dans l'incertitude, voire la peur. Un des événements les plus intenses et difficiles de notre existence, vécu dans une grande solidarité jusque-là, était profondément perturbé.

Le docteur a contacté la médecine légale, acte inutile dans ce cas. Il a finalement appelé la police avant de se résoudre à faire ce que nous attendions de lui, c'est-à-dire établir un certificat de décès en indiquant qu'il s'agissait d'un suicide.

Alors que l'accompagnatrice a pour habitude de faire venir des policiers en civil dans une voiture banalisée, des gendarmes en uniforme sont arrivés, dramatisant davantage encore la situation. Très compréhensifs, pleins de tact, ces gendarmes ont appelé des inspecteurs qui ont rapidement achevé des formalités visiblement familières pour eux.

C'est ainsi que nous avons tous retenu l'image de policiers compétents et sensibles et d'un médecin pour le moins mal préparé. On peut comprendre qu'un membre du corps médical s'oppose à la mort volontaire, mais pas qu'il manque d'humanité, qu'il refuse le dialogue et surtout qu'il complique la vie d'une famille confrontée à une épreuve pareille. Informé de longue date du choix de ma mère, qu'il avait dit désapprouver, il aurait peut-être dû proposer qu'un autre médecin s'occupe de ce cas.

Dans la mesure où la médecine poursuit ses progrès pour prolonger la vie à tout prix, il est logique que le droit de refuser ces prolongations se développe parallèlement. Il me paraît dès lors souhaitable que le corps médical soit mieux informé des conditions pratiques de ce choix afin d'éviter des maladroites néfastes pour sa réputation.

H. R.

Quand le soignant est mal à l'aise vis-à-vis de l'autonomie du soigné et d'une intention de mort volontaire¹

Docteur Jean Martin

Pourquoi une telle attitude?

Que dire devant le témoignage de ce fils à propos de la mort de sa mère intervenue dans la sérénité, dans le cadre familial, sur la base d'un choix licite (plus aucun pays comparable au nôtre ne condamne le suicide et l'assistance au suicide est licite en Suisse à condition de n'être pas motivée par des mobiles égoïstes) ? Dans le registre de l'éthique, où il n'y a pas de vérité unique ou ultime, où donc on a le droit d'avoir des options différentes, le choix possible de la mort volontaire est aussi largement accepté aujourd'hui, s'agissant de personnes en fin de vie, sans espoir de rétablissement et souffrant gravement.

A propos de ce qui est dit de l'attitude et du comportement du médecin, il y a lieu de considérer les éventualités suivantes:

- D'abord, il se peut que ce praticien ait une position philosophique ou spirituelle personnelle qui refuse absolument le suicide, jugeant que l'individu n'a jamais, en aucune circonstance, le droit de décider de sa vie ou de sa mort (pourtant, la notion qu'une des caractéristiques fondamentales de la personne est son autonomie apparaît universellement reconnue - Pourquoi lui refuser l'exercice de *La dernière liberté*, selon le titre d'un livre récent de François de Closets ?). Si c'est le cas, ce médecin a le droit de faire valoir la *clause de conscience*; cependant, il ne sau-

¹ Les précisions suivantes doivent être gardées à l'esprit à la lecture de ce texte :

- Nous parlons ici, comme l'auteur du témoignage ci-dessus, d'assistance au suicide dans le sens de ce que l'Association EXIT/Association pour le droit de mourir dans la dignité appelle «auto-délivrance»; dans le cadre d'une détermination prise par un patient en fin de vie doué de discernement, marquée par une constance dans l'intention affichée et qui a inclus un certain délai de réflexion.
- On ne parle pas ici de la situation de personnes qui n'ont plus leur discernement, démentes par exemple, ni d'euthanasie active (certains éthiciens estiment qu'il est artificiel de séparer la discussion de l'assistance au suicide de celle de l'euthanasie - nous le faisons ici).

rait alors se permettre un comportement inapproprié, jugeant, vis-à-vis de la famille en deuil. Il déclinera de réaliser la prestation souhaitée, indiquant qu'il préfère qu'on fasse appel à un confrère (même, si c'est là son problème, s'il s'agit seulement de remplir une constatation de décès).

- Peut-être s'est-il renfrogné sous l'empire d'une impression que la détermination funeste de cette patiente, bien qu'appartenant à elle seule, était une façon de sous-estimer (de mépriser ?) l'engagement de son médecin et d'autres soignants qui s'étaient appliqués à la traiter et à l'entourer, au mieux de leurs compétences? Est-il nécessaire de souligner qu'un tel sentiment de dévalorisation n'a pas lieu d'être. Dans ces cas, la décision de mettre un terme à ses jours est le résultat d'une délibération personnelle, mettant en balance les perspectives de la vie encore à vivre, pour quelque temps, et la souffrance, la dépendance, la tristesse qui marqueront cette (sur-)vie. Il est bien admis que l'excellence des soins, notamment la disponibilité de soins palliatifs de qualité, diminue le nombre de souhaits ou de concrétisations de suicide, mais elle ne les élimine pas tous. Le fait que certains se déterminent néanmoins dans ce dernier sens n'implique pas alors que la prise en charge antérieure était inadéquate.
- Une autre possibilité est qu'il s'agisse d'un confrère qui n'a pas accepté/intégré l'évolution majeure des trente dernières années dans la relation soigné-soignant, le fait qu'elle est de la nature d'un contrat de mandat entre partenaires à égalité (sous réserve des compétences scientifiques du praticien, qui ne sont pas disputées). C'est le professionnel qui n'admet pas que, en réalité, le malade est au moins aussi bien placé que lui pour apprécier les bénéfices qu'il tire de son existence actuelle, respectivement ses difficultés à la vivre; vision directive paternaliste (étant entendu qu'un certain paternalisme bienveillant n'est pas toujours hors de propos s'il est attentif à préserver l'autonomie du malade - mais sa modalité autoritaire l'est).
- Variante de ce dernier point, il peut s'agir d'une manifestation d'intolérance en rapport avec une conviction que l'appartenance à un corps professionnel libéral, héritier d'une tradition déontologique de plus de 2000 ans, fait qu'on sait de toute manière mieux que les autres ce qui est bon pour eux (et que cela donne le droit de *juger* ce qu'ils font ou ont l'intention de faire).

- Enfin, plus simplement peut-être, ce qui s'est passé dans le cas rapporté peut être lié à ce que le médecin était déconcerté, désécurisé au plan humain comme au plan technique (médico-légal) et qu'il s'est montré cassant pour cacher un désarroi².

Il importe ici de rappeler quelques éléments principaux en rapport avec ces situations, qui ne sont plus exceptionnelles encore que personne n'ait de chiffres précis (il devrait s'agir de quelques dizaines - trois dizaines, cinq ? - en Suisse romande annuellement).

Rappel médico-légal

L'article 115 du Code pénal suisse dispose que l'assistance au suicide n'est pas punissable si elle n'est pas liée à des mobiles égoïstes. Pour autant que les circonstances soient claires, le médecin constatant le décès n'a donc pas à craindre d'être devant un acte illicite.

Pratiquement, il est important de savoir que la constatation de décès doit être remplie en indiquant qu'il ne s'agit *pas* d'une mort naturelle. Dans le formulaire vaudois actuel, l'alternative est entre mort naturelle et violente; il convient donc de cocher *mort violente*³.

La constatation de décès portant mort violente/non naturelle entraîne comme conséquence automatique d'être signalée à l'autorité judiciaire, à un Juge d'instruction. Ce dernier prendra connaissance de la situation et, dans la mesure où le suicide voulu par le patient est un événement préparé, il entendra des explications sereines et précises, se verra soumettre (c'est souhaitable) une déclaration écrite de la personne décédée confirmant son intention de mettre fin à ses jours. Souvent, le médecin traitant est au courant des intentions du malade et pourra apporter une confirmation supplémentaire. Dans ces circonstances le Juge d'instruction rendra une ordonnance

2 A noter que, selon le témoignage, le médecin a évoqué la possibilité d'établir un faux certificat disant mort naturelle. Cela aurait été punissable pénalement et disciplinairement.

3 Qu'on ne s'étonne pas de cet adjectif, qui pourrait être modifié à l'avenir : par mort violente, il faut entendre mort non naturelle, à savoir liée à l'intervention d'un tiers facteur, qui peut être l'instrument utilisé en vue de suicide, la voiture qui écrase, le meurtrier qui tue, ou encore les gestes impliqués dans ce qu'on appelle une «mort sur table d'opération», voire le traitement dont des effets secondaires aigus majeurs entraînent le décès du malade. Se souvenir que le fait qu'un décès soit lié à un tiers facteur ou une tierce personne ne veut pas dire en soi qu'il y ait faute: le suicidant n'est pas punissable; une mort sur table n'est pas forcément liée à une erreur médicale (souvent elle ne l'est pas).

de non-lieu et il n'y aura pas de suite particulière (en particulier, souvent, pas d'autopsie médico-légale). Les démarches funéraires pourront être réalisées sans difficulté ou retard.

Sous réserve du comportement du médecin, qui a gêné la famille, c'est ce qui s'est passé dans le cas décrit. Les gendarmes et inspecteurs, apparemment préparés à de telles circonstances, se sont montrés compétents et sensibles dit le témoin. A notre connaissance, les intervenants d'EXIT sont eux aussi habituellement bien formés (conscients qu'ils sont, entre autres, du fait que des attitudes inadéquates, prosélytes par exemple, susciteraient des critiques justifiées et contre-productives - de leur point de vue). Répétons que nous traitons ici de la situation où la mort volontaire est choisie après mûre réflexion (le cas échéant avec l'entourage) et en toute connaissance de cause par le malade doué de discernement. Il est clair que des éléments faisant penser qu'on a fait pression sur une personne pour qu'elle envisage le suicide, qu'elle ne s'est pas déterminée de son plein gré, demanderaient vérification et une attention critique de la part des pouvoirs publics (autorité judiciaire et, pour ce qui concerne des professionnels de santé impliqués, autorité sanitaire).

Besoins de formation

Il importe que les médecins et autres soignants soient dans ces circonstances pour le moins aussi adéquats que les malades, la famille de ces derniers ou les policiers et juges. Des apports appropriés doivent intervenir dans la formation de base (dans l'enseignement de la médecine psycho-sociale, de l'éthique, de la médecine générale ou interne ou oncologique, des soins palliatifs, de la médecine légale) et dans le perfectionnement/formation continue, y compris Groupes Balint et dispositifs comparables. Pour cela, il convient évidemment que les enseignants soient convaincus de la pertinence et de l'importance de la problématique et ne se sentent pas contraints de parler de thèmes qu'ils estiment négligeables ou discutables, ou même à quoi ils sont formellement opposés. L'espace ne permet pas de chercher à détailler ce qui peut être fait. Dialogue et débat sur les éventualités décrites ci-dessus permettront d'avancer dans la sensibilisation nécessaire des étudiants et des jeunes professionnels aux enjeux psychologiques, relationnels, éthiques, pratiques, de la fin de vie; notamment celle où un patient, «bilan fait» (comme on peut dire expérience faite), décide de mettre un terme à ses jours.

L'accompagnement d'un «suicide-bilan» en fin de vie est-il une tâche médicale/de soignant ?

D'abord, qu'il soit clair que la médecine et la santé publique ont parmi leurs tâches de faire, autant que possible, œuvre de prévention du suicide. Si ce dernier n'est pas punissable (et qu'on peut même parler d'un «droit au suicide»), il reste que c'est un problème auquel le système de santé, les professionnels en son sein, les décideurs doivent consacrer des ressources humaines et matérielles, et qu'il faut mieux connaître par la recherche scientifique (nous avons apprécié à cet égard, le 10 janvier 2002 à la Clinique psychiatrique universitaire de Cery, un exposé du Professeur Jean-Louis Terra, de Lyon, un des concepteurs d'un plan français de lutte contre le suicide).

Cela étant, comment nier qu'il y a des différences significatives entre le geste suicidaire de l'individu jeune ou adulte qui a potentiellement devant lui, physiquement, personnellement, professionnellement, au plan social et de son entourage, un avenir statistiquement long et qualitativement prometteur (malgré les difficultés qui peuvent assombrir ponctuellement sa situation), et l'envie de voir sa vie se terminer d'une personne (très) âgée et malade; d'une personne qui a bénéficié de l'essentiel des potentialités de l'existence et pour qui le futur est fait de grande dépendance, souvent de douleur, pas rarement de perte des repères familiaux et de solitude. Hors de considérations morales ou de positions idéologiques (qu'on garde le droit d'avoir), comment refuser que la détermination dans de telles circonstances d'aller vers un «suicide-bilan» peut être une démarche rationnelle, compréhensible. Qui est légitimé à s'opposer à l'autonomie de la personne et à faire le bonheur («faire la vie») du patient contre son gré ?

Dans les demandes d'avis, les dialogues et les témoignages que nous avons vécus depuis une dizaine d'années à ce sujet (Martin, 1997), nombreux ont été ceux qui disent être mal à l'aise vis-à-vis de l'intention funeste du malade mais ajoutent quelque chose comme «Nous de l'équipe soignante voyons que cette personne a raison quand elle dit qu'elle se dégrade physiquement et mentalement, et réalisons avec elle que la suite va être de plus en plus lourde et difficile; son intention est compréhensible - même si nous la regrettons; dans ces conditions, nous préférerions être à ses côtés lorsqu'elle absorbe un médicament létal plutôt que de la laisser seule en chambre avec son problème et son geste ultime». Peut-on dire que

de telles attitudes méprisent les principes fondamentaux de nos déontologies professionnelles ? Accepter cette détermination du malade, quand les circonstances font voir qu'il y a eu mûre réflexion, est-il totalement étranger à la phrase d'Ambroise Paré «Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours»?

Il nous semble aussi qu'on doit prendre acte du fait que, depuis un demi-siècle, les caractéristiques de la fin de vie dans les pays industrialisés ont beaucoup changé. Jusqu'aux antibiotiques et depuis les origines de l'humanité, la mort survenait sans grand délai à partir du moment où l'on était dans une situation marquée par la fragilité et la dépendance (cf. la formule «La pneumonie est l'amie du grand vieillard»). Aujourd'hui, qu'on nous fasse l'honneur de croire que nous ne le disons pas de façon cynique, n'est-il pas vrai que chacun voit des cas où des personnes très dépendantes «n'en finissent pas de mourir»; des situations où des entourages aimants souhaitent pour et avec leur proche que la mort survienne ne sont pas exceptionnelles.

Dans les années 1990, des instances préoccupées d'éthique et des associations professionnelles (Académie suisse des sciences médicales, Fédération des médecins suisses, Association suisse des infirmières et infirmiers, pour ce qui concerne notre pays) ont dit que, à leur sens et dans la ligne de ce qui prévalait depuis Hippocrate, l'accompagnement d'une personne dans son suicide n'était pas une tâche médicale, respectivement soignante. On peut se demander s'il ne s'agit pas d'une problématique où, comme souvent, les modifications concrètes interviennent avant celles de la morale et de la loi. L'Académie suisse des sciences médicales, tout en réitérant son opposition à l'euthanasie active, vient en effet de déclarer «Contrairement à sa position antérieure, l'ASSM considère aujourd'hui que, dans certains cas, l'assistance au suicide peut être considérée comme faisant partie de l'activité du médecin: un soutien compétent et compréhensif sur la voie vers le dernier grand pas de la vie à la mort. Ce pas, le mourant ne le délègue pas au médecin, mais l'effectue lui-même selon son libre choix» (ASSM, 2002).

A ce propos, nous citons un passage de la réponse du Conseil d'Etat vaudois, en 1999, à une interpellation du député-médecin Ph. Vuillemin sur la problématique EXIT : «Par ailleurs, les professionnels de la santé notamment soulignent qu'il est faux de rejeter les défis que lance à l'Homme, depuis toujours, le mystère de la mort;

et ce n'est pas la meilleure manière de vivre que d'en occulter l'idée, le cas échéant de ne pas vouloir s'y préparer. C'est dire, s'agissant d'établissements dans lesquels la moyenne d'âge des résidents est de l'ordre de 80 ans, qu'il est judicieux d'accepter, si on est ainsi sollicité, de discuter la problématique du décès. Refuser d'entrer en matière vis-à-vis de patients qui parlent de leur mort (ou de celle des autres), voire expriment le souhait de la voir survenir, n'est pas répondre aux préoccupations de ces personnes et leur montrer du respect. C'est une sorte d'échappatoire».

Extrait d'une prise de position de 2001 de la Commission cantonale neuchâteloise d'éthique sur l'assistance au suicide dans les EMS «L'éthique impose toutefois aux soignants de ne pas rejeter un patient qui défend une position contraire à la leur. Dans ce sens l'idée qu'un patient soit renvoyé d'une institution et «prié d'aller se suicider ailleurs» n'est pas tolérable. Les désaccords doivent être abordés et discutés de manière à favoriser les solutions les plus humaines possibles et à respecter la volonté du patient».

On est là clairement dans une de ces situations, dont la fréquence se marque actuellement, où entrent en tension, et parfois en contradiction vive, *la mission/vocation de bienfaisance du soignant*, d'une part, et d'autre part *l'autonomie du patient doué de discernement*, qui garde à tout moment le droit strict d'accepter ou de refuser les soins qu'on lui propose.

Nous aimerions enfin mentionner une autre dimension en rappelant que, tout en ayant des compétences professionnelles et scientifiques particulières, les médecins et les autres soignants sont aussi des «confrères en humanité» de leurs patients. En rapport avec l'assistance au suicide, Alex Mauron a écrit «Face à une telle demande, le médecin et son patient sont d'abord renvoyés à leur commune humanité plutôt qu'à des rôles sociaux prédéterminés» (Mauron, 1997). Juste; il convient donc aussi d'éviter de «médicaliser» indûment la problématique.

Adresse de l'auteur:

Dr Jean Martin, médecin cantonal
Cité-Devant 11, 1014 Lausanne

Séminaire de 6 rencontres sur le thème de:

LA MORT, UNE ETAPE DE LA VIE

- Proposition d'un concept de la mort
- Notre propre mort, notre propre vie
- La mort de l'autre, la vie de l'autre
- Le deuil et l'accompagnement

Ce séminaire comprendra des temps de partage - des témoignages - vécu personnel - visionnement d'un film sur le deuil.

Il n'a pas la prétention de répondre à toutes les questions, mais de nous faire nous poser les bonnes questions.

Dates: A: 6 lundis: 4-11-18-25 nov. 2-9 déc. 2002

B: 6 jeudis: 16-23-30 janv. 6-13-27-fév. 2003

Horaires: A: de 15 à 17h à Genève dans nos locaux

B: de 16 à 18h en région de Lausanne ou Yverdon

Prix: pour les membres d'EXIT ADMD Fr. 250.-

pour les non-membres Fr. 300.-

(Réduction Fr. 50.- pour les personnes à l'AVS)

Inscription à retourner à EXIT ADMD, Case postale 110, 1211 Genève 17



Je m'inscris au séminaire LA MORT, UNE ETAPE DE LA VIE

A

B

et je m'engage à le suivre dans sa totalité. Je réglerai le montant du séminaire à réception de la confirmation.

Nom Prénom

Rue et numéro

NP Localité

Téléphone Date de naissance: J..... M..... A

Date Signature