

SOMMAIRE

NOUVELLES DE L'ASP LOT :

- INFO.
- N'OUBLIEZ PAS...
- C'ETAIT HIER...

REFLEXION :

- Une philosophie des soins palliatifs
(par Michel DARNAUD)
- Communiqué de presse de la SFAP : Avis 121 du CCNE
- Lu dans la presse

Mot de la Présidente

« Est-ce qu'il y a des soins palliatifs dans le Lot ? » me demandait dernièrement une collègue. Quelques jours avant, un professionnel de santé, évoquant la situation de son patient, lâchait avec résignation « bon, il est en soins palliatifs... ». Et derrière ces quelques mots, on pouvait entendre un certain renoncement à s'engager dans une relation de soins. A chaque fois, les mêmes questions se posent : quelle idée ces personnes se font-elles des soins palliatifs ? Qu'en attendent-elles ? Que répondre ?

La SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs) nous indique que 63% des français se disent mal informés sur les soins palliatifs mais qu'ils sont tout de même 84% à penser que les soins palliatifs permettent aux personnes gravement malades ou en fin de vie de mourir dans la dignité. Ils ont donc une opinion favorable... sans vraiment trop savoir de quoi on parle !

Pourtant, depuis 14 ans, l'accès aux soins palliatifs est inscrit dans la loi qui en donne une définition précise* : des soins actifs (on est loin de l'abandon de soins), en équipe, pour soulager la douleur et les autres symptômes, en institution ou à domicile (oui, on peut recevoir des soins palliatifs dans les secteurs les plus reculés du Lot ! à condition toutefois de disposer d'une équipe formée...) et ces soins visent à soutenir le malade mais aussi son entourage.

Sur notre beau département, l'ASP existe depuis bientôt 14 ans et c'est sans relâche que ses membres diffusent des informations et répondent aux questions du public. Deux équipes mobiles de soins palliatifs œuvrent depuis 13 ans sur les hôpitaux de Cahors et Saint-Céré, et le réseau ICARE 46 vient d'entamer sa 11^{ème} année d'existence avec à son actif plusieurs centaines de malades, familles et professionnels accompagnés. Autant de personnes qui ont pu éprouver les soins palliatifs, en bénéficiant ou les voir dispenser.

Il reste encore des interrogations, des imprécisions ? Le public ne se sent pas suffisamment informé ? Alors continuons à parler et surtout à pratiquer les soins palliatifs. C'est sûrement la meilleure façon de faire comprendre ce que sont les soins palliatifs.

*art. 1110.10 du Code de la santé publique.

VIE ASSOCIATIVE

Adhésion 2013:

- 30 euros à titre individuel
- 80 euros pour les organismes

Le règlement doit être adressé à

ASP LOT
Maison des associations
Place Bessières
46000 CAHORS

L'association ASP LOT est composée de :

- 6 membres du bureau,
- 10 membres du Conseil d'Administration,
- 16 bénévoles d'accompagnement,
- 3 bénévoles administratifs,

Membres du bureau :

- Mme FOLTIER, Présidente
- Mme GILARD, Vice-Présidente
- Mme DARDY, Trésorière
- Mme COUDERC, Trésorière Adjointe
- Mme DUFEUTRELLE, Secrétaire Générale
- Mme SOPPELSA, Secrétaire

Membres du Conseil d'Administration :

- Mme BUSSIERE
- Mme CARRADE
- Mme CAZABAN
- M. CHERIF
- M. GEIGER
- M. LE GOFF
- Mme LESTRADE
- Mme PISTRE
- Mme VANDERMESSE
- Mme VERGNET
- ASP FONDATRICE
- ASP TOULOUSE

Permanence du bureau :

Lundi et vendredi : de 14h à 17h30

Mardi : de 8h30 à 12 h

Jeudi : de 8h30 à 12 h et de 13h30 à 17h30.

... Nouvelles de l'ASP...

INFO.

Mise en place de l'action médiation familiale en fin de vie

Soucieuse de favoriser la communication familiale dans le cas de maladie grave, l'ASP du Lot s'est proposée de compléter ses actions en innovant dans un projet dont l'objectif est de favoriser la communication familiale dans le cas de la maladie grave, avec le soutien du Fonds pour les soins palliatifs et le concours de Madame Catherine WIRTZ, médiatrice familiale.

Partant du constat fréquent qu'une situation de souffrance, physique ou psychique, peut révéler des difficultés de communication au sein des familles, l'ASP propose d'accompagner les personnes malades et leurs proches, pour apaiser les relations.

La visée n'est donc pas directement thérapeutique mais tend plutôt à privilégier la qualité de la vie au moment de cette épreuve.

Les lieux d'intervention sont le domicile, les EHPAD, les hôpitaux et les cliniques.

Comment bénéficier de ce soutien ?

En s'adressant - à l'ASP Lot (tél. : 05 65 22 21 70, mail : asplot@wanadoo.fr)

- auprès des professionnels de santé (Hôpitaux, cliniques, EHPAD, Réseau ICARE 46)

- aux associations partenaires (Ligue contre le Cancer, France Alzheimer, UDAF 46, Espace Personnes Agées)

Aucune contribution financière ne sera demandée aux familles.

Deux conférences animées par Mmes WIRTZ, médiatrice familiale, et CAUMONT, membre de l'ASP Lot, ont été organisées pour présenter cette action : le 2 mars 2013 à CAHORS, pour laquelle vous pourrez trouver en page 4 un article paru dans « La Vie Quercynoise » du 07/03/13 et le 19 novembre 2013 à FIGEAC.

Création d'un nouveau site Internet

Un nouveau site Internet sur lequel vous trouverez toutes les réponses à vos questions concernant les soins palliatifs et l'accompagnement par des bénévoles, formés par nos soins, vient d'être créé. Ce site fait référence aux ressources en soins palliatifs dans le Lot. C'est ainsi que vous trouverez, dans l'onglet " Soins palliatifs " rubrique "carte du Lot" les équipes mobiles de soins palliatifs et les lits identifiés.

Afin de permettre à notre site un meilleur référencement, nous vous invitons à cliquer régulièrement sur celui-ci. Le nombre de "clics" va en effet déterminer sa position.

Adresse du site : www.asp46.fr

Création d'un nouveau logo

L'ASP Lot a souhaité également donner une note de modernité à son logo que vous trouverez dorénavant présent sur tous les supports de communication.

Comité de Rédaction du bulletin

Deux nouveaux membres ont intégré le Comité de Rédaction de notre bulletin : Sophie BULIT et Marie-Christine ZANON :

Sophie BULIT

« Je suis bénévole d'accompagnement depuis mars 2013 à l'Hôpital de CAHORS en service pneumologie.

J'ai travaillé pendant 8 ans dans une EHPAD et plus d'un an dans un Centre pour Handicapés moteurs et déficients intellectuels (ADAPEI).

Actuellement, je réalise une V.A.E. (Validation des Acquis de l'Expérience) pour obtenir un diplôme d'aide-soignante.

Cet engagement, dans l'aide aux personnes isolées, atteintes de maladies graves, s'est confirmé et développé avec les années, autant par le sens pour moi de cette action au profit d'autrui que par le développement de ces situations de souffrance dans notre société ».

Marie-Christine ZANON :

« Bénévole d'accompagnement depuis 2006 à l'Hôpital de CAHORS en service MIA (Médecine Interne A), j'accompagne les personnes en fin de vie ou souffrant de maladie grave ainsi que leurs familles ou accompa-

N'OUBLIEZ PAS.....

PROCHAINE SESSION DE FORMATION DE BASE EN SOINS PALLIATIFS : Du 22/03/14 au 21/06/14

.... Nouvelles de l'ASP....

C'ETAIT HIER...

Lors de notre Assemblée Générale du 15 avril 2013, deux nouveaux membres ont rejoint le Bureau : Mmes Marie-France GILARD, en qualité de Vice-Présidente, et Madame Léa COUDERC en qualité de trésorière adjointe, en remplacement de Madame Françoise CAUMONT, que nous remercions chaleureusement pour son dévouement à l'ASP. Nous saluons également l'arrivée de Mesdames BUSSIERE et VANDERMESSE parmi les membres du Conseil d'Administration et remercions Mme FEICHE pour ses années de participation au sein de l'Association.

gnants ».

Nos bénévoles d'accompagnement

L'antenne ASP FIGEAC se développe avec actuellement 4 bénévoles d'accompagnement. 3 autres bénévoles vont débiter dans les prochaines semaines.

9 bénévoles sont actuellement en activité sur le secteur de CAHORS.

En 2012, 739 patients ont pu bénéficier d'un accompagnement en structure, en EHPAD et au domicile.

Conférence-débat « Droits des patients en fin de vie » à MONTAUBAN, par le Dr Jean Leonetti

Une conférence-débat se déroulait le 18 avril dernier à MONTAUBAN. Le Dr Jean LEONETTI est venu nous parler de la manière de concevoir les soins palliatifs.

La société ayant changé son regard sur la fin de vie, il y a eu désolidarisation de son contexte familial.

Il est très complexe de parler de la mort car pour soi, c'est une expérience impossible, on ne peut imaginer la mort qu'à travers l'autre. La mort donne son sens à la vie, c'est un reflet de destinée.

Deux questions se posent :

- La peur de mourir

- La peur irraisonnée du monde médical, cela amène aux justes soins.

Débat éthique

- Morale / sciences

- Bien / mal

- Vie / liberté

Il faut changer de volonté.

La médecine palliative comble le vide.

En fin de vie d'une personne, il faut réfléchir ensemble : soignants, familles, proches et le patient si possible. Le dialogue, la parole sauvent le corps médical, le malade, la famille.

Les directives anticipées sont essentielles ainsi que le choix de la personne de confiance.

La loi française, non parfaite, soulage et accompagne.

Le rapport du Professeur SICARD ne souhaite pas une nouvelle loi (1999-2002-2005). Cette loi existante est mal connue et mal appliquée. 30 % des personnes meurent dans de mauvaises conditions.

Le discours du Dr LEONETTI a été ponctué de diverses anecdotes, dites avec beaucoup d'humour. Entre autres : Alphonse ALLAIS « La meilleure mort, c'est mourir à 99 ans tué par un mari jaloux ».

Nous devons accepter notre finitude mais elle ne doit pas être douloureuse.

Nicole PISTRE

... Nouvelles de l'A.S.P...

CONFERENCE SUR LA MEDIATION FAMILIALE EN FIN DE VIE

Le 2 mars 2013, L'ASP tenait une conférence sur « La médiation familiale en fin de vie » qui rassemblait une quarantaine de personnes. Vous pourrez trouver ci-dessous un article rédigé par M. Jean-Claude DELMAS, journaliste à « La Vie Quercynoise », suite à cette après-midi thématique.

Article paru dans « La Vie Quercynoise » du 07/03/13

Quelle est l'action de l'A.S.P. du Lot ?

« Aide, soutien, présence », tel est le message de solidarité que Mme Christine FOLTIER, Présidente de l'ASP Lot (Association pour le développement des Soins Palliatifs), a développé au cours d'une conférence publique organisée samedi 2 mars. La mission de l'A.S.P. est essentiellement tournée vers l'accompagnement des personnes malades ou en fin de vie, l'aide à l'entourage et à la famille des personnes malades, le soutien aux personnes endeuillées, la formation des professionnels de santé dans le cadre de la formation continue.

Les soins palliatifs

Il s'agit de soins actifs pour, dans une prise en charge globale, soulager les douleurs physiques et prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle du malade. L'équipe de soins va chercher à éviter les investigations et traitements déraisonnables (acharnement thérapeutique) mais refuse de provoquer la mort intentionnellement. Jusqu'au bout, les équipes de soins et les équipes d'intervenants extérieurs, dans le respect de la personne soignée, veulent apporter confort et le meilleur accompagnement possible pour une fin de vie dans la dignité. Cet accompagnement est indispensable pour le malade, parce que la maladie peut isoler et pour supporter l'insupportable, il faut se sentir accepté, reconnu, entendu. Le bénévole, par sa présence chaleureuse, est là pour créer un lien privilégié. En effet, ceux qui souffrent traversent des périodes d'angoisse et ont besoin d'être écoutés et entendus sans être jugés. Par crainte ou par pudeur, le malade ne veut ouvrir son cœur à sa famille ou à ses proches pour ne pas accroître ainsi leur angoisse.

Les bénévoles sont des hommes ou des femmes qui veulent donner de leur temps pour aller à la rencontre de l'autre. Ils ont reçu une formation adaptée et encadrée par l'A.S.P. et sont tenus à une stricte confidentialité.

Tous sont convaincus que chaque étape de la vie, même les plus difficiles, a un sens et une valeur humaine. Les bénévoles interviennent à domicile, à l'hôpital, en maison de retraite, en fait partout où se trouvent le malade et ses proches.

La médiation familiale en fin de vie

La fin de vie d'un être cher est un moment de souffrance pour chaque membre de la famille, avec au cœur la peur de ne pouvoir y faire face. Cette situation difficile réveille parfois des rancœurs et des ressentiments venus du passé, souvent à l'origine de graves tensions. Ces problèmes de non-communication peuvent même compromettre l'élaboration d'un projet unanime pour les soins, le placement. Ils peuvent aussi accroître le désarroi de la personne malade qui voudrait quitter les siens dans une atmosphère apaisée et pour éviter tout conflit, se mure dans le silence. Les différends familiaux ne permettent pas de faire son deuil et compliquent bien des relations par la suite.

La médiation familiale s'inscrit dans ces situations difficiles. Par l'écoute, l'échange dans le respect de chacun, permettre une meilleure communication au sein de la famille, telle est la mission du médiateur. Entretien avec Catherine WIRTZ, médiatrice familiale à l'A.S.P. du Lot.

De quand date ce concept de la médiation ?

Cette culture s'est inspirée des mouvements pacifistes nonistes et quakers qui, au XVIème et XVIIème siècle favorisaient la gestion des conflits familiaux par la médiation. Fin 1970, cette approche a été conceptualisée aux USA et c'est dans les années 80 que la médiation émerge en Europe, enfin reconnue comme mode de gestion et de résolution adapté dans les conflits.

Quelle formation avez-vous reçue ?

Je suis licenciée, diplômée d'état, niveau II, avec une expérience du « terrain » car au sein de l'A.S.P. je suis bénévole d'accompagnement soit en milieu hospitalier soit à domicile et donc rompue à l'écoute, l'échange et le soutien. J'ajouterais que cette fonction a été institutionnalisée en 2002 par la réforme de la loi sur la parentalité et en 2004 par la réforme de la loi sur le divorce.

De quelles qualités doit être doté ce médiateur ?

Il doit agir en professionnel impartial, apte à faire rapidement la synthèse et surtout travailler dans l'équité, sans aucun a priori. Sa qualité première est donc l'impartialité. Indépendant de toutes institutions, il est autonome et par déontologie tenu à une confidentialité absolue.

Quelle est la mission essentielle de la médiatrice familiale ?

Son engagement doit permettre de construire ou reconstruire du lien familial. Après avoir identifié la situation par l'écoute, l'échange, la négociation, elle doit rétablir le dialogue au sein de la famille et bien sûr élaborer des solutions pour apaiser le conflit. Et dans le cadre d'une médiation familiale en fin de vie, le but final est d'améliorer la qualité de cette fin de vie pour le malade et son entourage familial.

Comment entrer en contact avec la médiatrice familiale ?

D'une façon conventionnelle, en appelant directement le secrétariat de l'ASP au 05 65 22 21 70 ou bien par la voie judiciaire sur interven-

UNE PHILOSOPHIE DES SOINS PALLIATIFS

Comment penser la fin de vie sans passer d'abord par une réflexion sur la mort et pas seulement sur le mort. La mort est liée à la vie, le mort au vivant, c'est ce que les réflexions des philosophes nous ont montré et ils nous ont amené à réfléchir sur la finalité de l'existence : philosopher c'est apprendre à mourir parce que c'est apprendre à vivre. C'est bien en donnant un sens à sa vie qu'on peut donner un sens à la mort. Il faut penser la mort pour mieux aimer la vie, tout en acceptant la mort comme un moment de la vie. C'est le corps qui meurt, pas l'esprit, mais comment caractériser l'individualité de la personne et de la personnalité sans dénaturer ce qui fait son identité et son humanité ? L'homme s'insère dans un contexte familial, social, culturel mais aussi plus profondément dans l'humanité, ce qui lui confère une dimension éthique. C'est la prise de conscience de la mort qui marque la naissance de l'humanisation en donnant à l'existence son intensité et sa libre créativité.

Comme le dit Feurbach « La mort c'est la mort de la mort... Elle meurt de son propre manque de substance et de contenu. Comme elle n'a aucune signification, ce ne peut être ce qui donne sens à la vie mais le savoir-mourir fait partie du savoir-vivre ». Comment alors mourir dans la dignité et quelle place autrui et la société vont occuper dans cet accompagnement ?

La nécessité des soins palliatifs et leur développement est le résultat d'une prise de conscience à la fois institutionnelle et éthique. Le problème reste le contenu sous forme de savoir-dire et savoir-faire en relation avec le progrès des techniques médicales. On a perdu en humanité ce qu'on gagne en technique scientifique. D'ailleurs on privilégie un certain type de vocabulaire « disparition » « départ » « séparation » plutôt que mort. On meurt le plus souvent comme l'a montré Philippe Ariès à l'hôpital ou dans une structure collective et de moins en moins à la maison familiale en compagnie des siens. On a peur de la maladie, de la vieillesse car elles font penser à la mort considérée comme un néant, une anti-valeur, d'où l'angoisse et l'occultation par banalisation. Quelle définition donner à la mort sachant qu'elle est impensable, indéterminable, insensée, unique, incomparable ?

Dans ce nouveau cadre, le CCNE a été amené à « penser solidairement la fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir » en soulevant de nombreuses interrogations concernant l'accessibilité à toute personne aux soins palliatifs, le respect de sa dignité, l'association des proches et du corps médical pour ce qui est des décisions portant sur la fin de vie. Comment alors légiférer sachant que les membres du Comité souhaitent une distinction et une clarification des notions telles que « laisser mourir » ou « faire mourir » ? Comment généraliser une prise de décision sachant que chaque personne est une identité distincte avec son passé, son vécu, sa conscience, ses références, sa philosophie du qu'est-ce que vivre ?

Aristote avait déjà montré l'ambiguïté de la situation en distinguant l'égalité et l'équité concernant la justice : toute loi a nécessairement un caractère général et considère l'individu comme une personne abstraite membre d'une collectivité à égalité avec tous les autres, alors que l'équité permet une souplesse d'interprétation en fonction de chaque cas particulier puisque chaque personne est unique : comment alors appliquer une décision générale à chaque cas particulier ? De même qu'il n'y a que des individualités qui meurent, on ne meurt pas « en général ». Comment recevoir les « dernières » volontés d'une personne en fin de vie, qui peut décider ? Moralement, individuellement, médicalement, familialement ? Cela soulève notamment des aspects juridiques, philosophiques, psychologiques, sociologiques. Si une discussion publique s'avère nécessaire, quelles finalités recherche-t-on, en plus d'une sensibilisation aux problèmes, d'un nécessaire accompagnement et d'une disponibilité à l'écoute de l'autre en respectant sa dignité ?

L'homme a changé son rapport à la maladie, à la science, à la mort en devenant dépendant de ses conditions d'existence. Comme le rappelle le CCNE, le recul de l'âge de la mortalité, la surmédicalisation ont occulté la réalité de l'existence individuelle. Comment aborder les problèmes de l'euthanasie et/ou du suicide assisté par rapport à l'autonomie de l'individu ? Ce n'est pas seulement son libre-arbitre qui est déterminant mais aussi les conditions de son jugement concernant la fin de sa vie, sa souffrance physique et psychique notamment : est-il capable de prendre une décision ? De l'exprimer ? Et ensuite seulement quel processus adopter : sédation continue, arrêt d'un traitement médicamenteux ou nutritionnel, suicide assisté... la mort assistée, la mort provoquée ? Autant d'éléments essentiels soulevés dans le rapport du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la vie et de la santé. Si les décisions se limitent plutôt à des questions, elles ont un rôle capital pour la clarification des objectifs et mettent sur la place publique le nécessaire débat afin d'informer les citoyens du rôle indispensable des associations pour le développement des soins palliatifs et leur permettre d'être mieux connus et aidés.

Michel DARNAUD

Professeur de philosophie au lycée Cl. Marot de CAHORS

Communiqué de presse de la SFAP : Avis 121 du CCNE

Avis 121 du CCNE

« Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir »

La SFAP plaide pour la mise en place d'une véritable politique de la fin de vie en France

Après la remise du rapport Sicard en décembre dernier, puis la publication de l'Observatoire National de la Fin de Vie « vivre la fin de vie chez soi » en mars 2013, la SFAP estime que l'avis 121 du CCNE va dans le sens des attentes de nos concitoyens: **mieux définir et promouvoir une véritable politique de la fin de vie en France. Les soins palliatifs contribuent en effet à ce que chaque patient soit assuré qu'il sera soigné selon les préférences qu'il pourrait exprimer, qu'il ne subira pas d'acharnement thérapeutique et qu'il sera soulagé efficacement de ses symptômes d'inconfort.**

La SFAP considère qu'il est de la responsabilité de la société de garantir cette assurance, à tous les Français, quels que soient leur âge, leur pathologie et leur lieu de vie par la mise en place d'une offre de soins palliatifs de qualité accessible à tous. En 2013, il reste inadmissible que seule une personne sur deux, dont l'état le nécessite, puisse bénéficier en France de soins palliatifs. **Le manque de développement des structures et l'inégalité d'accès aux soins palliatifs en France, en particulier au domicile, a aussi été dénoncée par le CCNE : « c'est la lutte contre les situations objectives d'indignité qui doit mobiliser la société et les pouvoirs publics : nonaccès aux soins palliatifs pour tous, isolement de certaines personnes à la fin de leur vie, mauvaises conditions de vie et défaut d'accompagnement des personnes malades et handicapées ».**

Dans cette lutte contre « les situations d'indignité », le CCNE considère qu'une dépenalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté serait un signal d'abandon adressé aux personnes les plus fragiles et les plus vulnérables (personnes gravement malades, handicapées ou tout simplement âgées). **Il rejette donc majoritairement toute idée d'une dépenalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, rejoignant en cela les conclusions du rapport Sicard qui soulignait déjà que toute législation sur l'euthanasie portait en elle-même les risques de dérive et d'absence de contrôle.**

Comme le CCNE, la SFAP souhaite également que chaque malade qui le nécessite puisse bénéficier des bonnes pratiques professionnelles sur la sédation : elles sont précises, elles sont claires et elles sont validées par la Haute Autorité de Santé depuis 2009. Les patients et leurs proches devraient ainsi être rassurés sur le fait que la sédation est aujourd'hui une pratique communément mise en place afin que les patients puissent « dormir avant de mourir » s'ils présentent un symptôme insupportable. La SFAP rappelle que l'objectif de la sédation n'est pas d'influencer la survenue du décès mais bien de soulager le patient.

Résumé d'un article paru dans « La Croix » du 18/12/12

« La vieillesse et la dépendance font peur ; souvent plus que la mort elle-même... Cette angoisse-là, ni l'euthanasie, si la possibilité d'un suicide assisté ne la calmeront !

La mission SICARD est une mission de neuf membres, présidée par l'ancien Président du Comité Consultatif National d'Ethique : Didier SICARD.

La loi Léonetti est profondément méconnue : 48 % des Français pensent qu'il est faux d'affirmer que la loi autorise l'arrêt des traitements vitaux, 47 % pensent qu'elle interdit l'acharnement thérapeutique.

Sont nécessaires un effort massif ainsi que des campagnes d'informations régulières !

Par ailleurs, (art.223-14) il est clairement prohibé de faire la « propagande » ou de la « publicité » du suicide !

... Réflexion...

Il est formellement interdit de « provoquer » au suicide ; un médecin-coordonateur dans un EHPAD indique « Je n'ai pas fait dix ans d'étude de médecine pour tuer mes patients ! »

Daniel GEIGER

Résumé d'un article paru dans « Le Figaro » du 28/12/12 ***Quand l'art entre dans les chambres de soins palliatifs !***

« Demain est un autre jour ! » tel est le titre du cercle lumineux et doux dessiné par Mathieu Lehanneur pour agrémenter les chambres de lits palliatifs !
Proportionnellement, affichant ses nuances, le temps s'y inscrit, jour après jour, dans une ville au choix du patient !
Cette vie au quotidien désirée par Gilbert Desfausses (soins palliatifs) prit corps sous l'intimité de ce « cercle », supposant (entre autre) une spiritualité et religiosité.
Huit fois sur dix, nos propos se réfèrent au temps et le « cercle » ouvre sur l'extérieur!
L'image, fluctuante, permet de s'évader et bien qu'inconsciemment éludé par des malades, d'autres y trouvent avantages et points positifs.
Ainsi se substitue à un lieu de souffrance ce cercle...

Daniel GEIGER

Résumé d'un article paru dans « Le Figaro » du 31/12/12 ***Le suicide assisté n'équivaut pas aux soins palliatifs !***

Pour juin 2013, le Président de la République annonçant un projet de loi autorisant le « suicide assisté », sous-entend une mort solitaire, à légitimer et dont l'humanité se désintéresserait... Seul au monde l'Orégon l'autorise !
« Rapport SICARD et « Comité Consultatif National d'Ethique » étudiés, il n'en demeure pas moins que la décision était actée, demandant de définir la manière de mettre en œuvre le « suicide assisté » !

Daniel GEIGER