

N° 3108



## « Qui a appris à mourir a désappris à servir »\*

La mort nous interpelle de deux façons au moins. Tout d'abord elle est **inéluçtable**. Cela concerne sans doute tous les vivants, mais notre problème à nous les êtres humains, c'est que nous en avons conscience. D'un côté, on se confronte là à un mystère. On peut estimer que la mort est un **passage** ou un **anéantissement**, dans les deux cas on doit bien convenir que, tant qu'on est vivant, on n'en sera jamais entièrement certain : seule l'expérience nous l'apprendra. Cette ignorance, à la base de toutes nos théories, de toutes nos croyances ou convictions, est source d'angoisse bien légitime. Si de l'après mort nous sommes donc ignorants, il vaut sans doute mieux nous taire à son sujet, et plutôt nous contenter de parler de nos peurs viscérales, elles, bien réelles, face à l'inconnu. D'un autre côté, cette confrontation au mystère éclaire notre existence d'une lumière particulière. C'est peut-être le philosophe Martin HEIDEGGER qui en a le mieux parlé dans son ouvrage « *Etre et Temps* ». Nous nous en inspirerons ici librement.

On considère spontanément que la mort est un événement qui nous concernera lorsque nous serons au bout de notre vie, rongés par la maladie ou tout simplement usés par les années. En attendant, la vie nous est due. Dans cette perspective, il est inadmissible qu'un enfant ou un jeune meurt : l'entourage vivra ce drame comme une véritable injustice. La mort, c'est pour les vieux et rien qu'eux. Pourtant, la mort d'un enfant nous rappelle une évidence désagréable peut-être, mais incontournable : si l'on peut mourir à tout âge, c'est parce que la possibilité de mourir nous concerne dès le moment où nous vivons. **Vivre, c'est porter la possibilité d'avoir à mourir**. Cette possibilité n'advient pas un jour, elle nous est contemporaine. HEIDEGGER, citant un poète, écrit que « *dès qu'on vient au monde, on est déjà assez vieux que pour mourir* ». Un enfant n'est donc pas plus éloigné de sa mortalité qu'une personne âgée. C'est parce que cette vérité nous renvoie à notre propre fragilité que nous tentons de la fuir par tous les moyens, et notamment en nous persuadant que la mort ne nous concerne pas tant qu'on n'est pas à la fin de notre existence.

Cela dit, prendre conscience que cette possibilité d'avoir à mourir est une possibilité bien actuelle a deux conséquences inattendues. La première, c'est de nous renvoyer à nous-mêmes comme sujets uniques et irremplaçables. Dans la vie ordinaire, on mène le plus souvent son existence d'une façon impersonnelle : on fait des études et on travaille parce qu'on doit bien gagner sa vie, on se marie ou on a des enfants parce que c'est dans l'ordre des choses, on va voir le médecin et on passe des examens parce qu'on nous dit qu'il faut aller en voir un quand on se sent mal. Et l'on va au cinéma parce qu'on nous a dit que tel film est le film du siècle. Chacun vit sur le mode du « on » et fait plus ou moins ce qu'on lui dit de faire. La vie que nous menons est ainsi la vie de tous, une vie interchangeable, sans personnalité : une vie dans laquelle on ne s'interroge pas sur ses propres désirs.

Se confronter à la possibilité actuelle d'avoir à mourir a pour première vertu de venir **interrompre cette vie impersonnelle**. Si, dans la plupart des tâches qui nous incombent, nous pouvons très facilement être remplacés (et d'ailleurs oubliés), il n'y a que nous qui pouvons mourir pour nous : impossible de se dérober et de déléguer. Une maladie comme la sclérose en plaques produit le même effet : **il n'y a que le malade qui sait ce qu'est sa maladie et qui peut l'assumer** : l'attention de l'entourage aide sans doute, mais ne libère pas la personne concernée de cette solitude dans l'épreuve. La mort y reconduit d'une façon encore plus violente et imparable.

Deuxième vertu, la possibilité de mourir étant actuelle, et nous concernant au plus intime de notre intimité, c'est à **notre liberté** que nous sommes également renvoyés. Car, puisque nous pouvons mourir à tout moment, c'est dès maintenant et de toute urgence qu'il nous faut aller à l'essentiel et faire ce qui pour nous peut donner du sens à notre vie. **Reporter à plus tard, espérer que demain ce sera mieux, c'est vivre comme si nous n'allions pas mourir, comme si nous n'étions pas concernés par cette réalité. Et c'est rater sa vie.**

\* Montaigne

Ces quelques indications nous permettent de revenir sur notre peur de la mort. Est-ce vraiment l'après qui nous effraie, parce que nous en ignorons tout? Peut-être. Mais plus fondamentalement, avoir peur de la mort, n'est-ce pas aussi avoir peur de la vie, de ce que nous sommes, n'est-ce pas, plus précisément, avoir peur de notre liberté et de notre solitude? Et plus radicalement encore, **la peur de mourir ne cache-t-elle pas la peur de n'avoir pas vécu?**

Nous disions pour commencer que la mort nous interpelle de deux façons. Le fait d'avoir à mourir interroge le sens de notre vie. Mais la mort, ce sera aussi, pour la plupart d'entre nous, l'agonie. Ce mot, qui, lui aussi, fait peur, désigne la période qui s'étend entre le moment où l'on sait que l'on est condamné et le moment où l'on décède effectivement. Y échappent ceux qui meurent de mort violente. Quelle place donnerons-nous à cette dernière étape de notre vie? Cette question se pose d'autant plus que, dans ces moments-là, nous serons, pour notre entourage, pour nos enfants, un modèle qui soit renforcera leurs craintes, soit les réconciliera avec la mort. **Notre manière d'assumer notre fin peut aider les autres à vivre - ou les en empêcher.** Pourvu que nous en ayons la force et la lucidité, chacun de nous doit en tenir compte. Car c'est notre destin qui, pour la dernière fois, s'y joue.

Dans notre société où tout doit aller vite, on constate que beaucoup ne savent que faire de cette période «où l'on n'en finit pas de mourir». On n'y voit que du temps perdu, du temps gâché, et pour les plus cyniques, de l'argent gaspillé. Il nous faut réapprendre le temps du mourir, le temps du désarroi, le temps de l'attente. Car, comme nous l'enseignent d'illustres spécialistes qui, leur vie durant, ont accompagné les mourants, telles Elisabeth Kubler ROSS ou Cecily SAUNDERS, **l'agonie est un processus de croissance, de réconciliation avec les autres, avec soi et avec la mort.** Ce processus passe certes par une phase de fuite ou de refus mais se transforme ensuite en une étonnante acceptation de ce qui était pourtant craint peu de temps avant. Ce renversement d'attitude surprend et reste difficilement explicable. Une hypothèse envisageable serait la suivante: ce que

l'on craint, c'est la mort qu'on se représente ou que l'on fantasme tandis qu'on se réconcilie avec la mort que, cette fois, on vit. Nous faisons d'ailleurs la même expérience lorsqu'on redoute une maladie que l'on n'a pas tandis qu'une fois atteint, on se surprend à l'assumer plus ou moins bien. L'agonie est donc nécessaire - elle est vitale pour celui qui meurt - même si en apparence, rien ne se passe, même si, pour l'entourage, cela paraît long.

Il n'empêche, il faut constater aussi que beaucoup meurent en s'arrêtant à la première phase de refus. Le temps ou la force leur ont manqué pour finalement accepter l'inéluctable. Par ailleurs, les douleurs physiques non contrôlables où la souffrance de se voir dégradé peuvent devenir insoutenables et empêcher toute forme d'acceptation. Malgré les progrès dans le contrôle de la douleur et dans l'accompagnement, certaines situations, certes aujourd'hui exceptionnelles, se révèlent ingérables. On touche ici non seulement aux limites de la médecine, mais aussi aux limites de chacun d'entre nous: aurons-nous la force de porter jusqu'au bout notre vie? Trouverons-nous le chemin de l'acceptation? Et serons-nous aidés correctement si cela devient trop difficile?

Que le mourant chemine dans le processus de l'agonie ou qu'au contraire, il souhaite en finir tant la situation devient intenable, il convient dans les deux cas **d'oser parler.** Les spécialistes ont constaté en effet que non seulement les mourants - y compris les enfants - savaient qu'ils allaient mourir mais qu'ils souhaitaient pouvoir en parler avec les personnes de leur choix. Nous ne savons plus attendre que meurent les agonisants, nous ne savons plus non plus leur parler. Du coup, on les dépossède de ce qu'ils ont encore à vivre. **Notre incapacité à donner une place à la mort les tue de leur vivant.**

Il est urgent qu'on réapprenne comment vivre la mort, la sienne mais aussi celle de ceux que l'on aime. **Le refuser, c'est devenir esclave de nos peurs.**

Jean-Michel LONGNEAUX, philosophe,  
chargé de cours aux Fundp, conseiller en éthique  
dans le monde médical, rédacteur en chef de la  
revue *Ethica Clinica*

## La vie n'a pas de fin...



Pour moi, la vie n'a pas de fin, c'est un éternel recommencement, on naît, on vit et l'on meurt! La mort est une libération: elle est un nouveau départ, une possibilité de reconstruction.

Quand je pense à ma fin de vie, cela ne me fait pas peur: tout viendra en son temps et en son heure. Le fait d'être atteinte de sclérose en plaques ne change pas ma vision des choses.

Quand ma fin de vie arrivera, je ne souhaite pas d'acharnement thérapeutique et je ne veux pas d'euthanasie. Pour moi, ce serait l'équivalent d'un suicide et même si la souffrance devait s'en mêler, je ne changerais pas d'avis.

Je crois en la réincarnation et je pense que même au-delà de la mort, on garde des liens avec ceux qui nous sont chers. Tout cela m'aide beaucoup et en plus j'ai un caractère très optimiste.

J'aime la vie: le conseil que je peux donner aux autres est qu'il faut accepter les petits bonheurs journaliers et ne plus s'attendre aux grands bonheurs, à la vie avec un grand V.

Le plus important dans la vie et au seuil de la mort, c'est d'être entouré et soutenu par sa famille, ses amis. Une image de cette fin de vie: je me vois dans un pré rempli de fleurs, je me vois debout! enfin debout! Cela sera quelque chose de beau et positif tout comme est la vie.

Ma maxime est: «Le pire ennemi de l'être humain est son propre cerveau». A méditer!

*Propos recueillis par Isabelle DACHET  
auprès de Claudette GILLES*

## Pouvoir choisir l'heure de sa mort?

L'euthanasie, telle qu'elle est pratiquée en Belgique, répond à des critères éthiques et je la considère comme un acte d'humanité, aujourd'hui permis par la loi, qui place le patient et sa volonté au centre du débat.

L'individu arrivé en fin de vie, a la liberté d'être soustrait à des souffrances inapaisables, à ne pas vivre sa déchéance tant physique que morale, en résumé de mourir dans la dignité. Que penser des personnes en état végétatif persistant?

Faut-il faire de l'acharnement thérapeutique en maintenant les fonctions vitales d'une manière artificielle?

Ne vaut-il pas mieux opter pour une mort décidée qui permet aux proches de se préparer et d'accompagner l'être cher, plutôt que la longue attente d'une mort naturelle avec toutes les souffrances qui l'accompagnent?

Cependant, nulle euthanasie ne peut être imposée à celui qui s'y oppose tant du côté du patient que du côté du médecin.

Mais si on ne choisit pas l'heure de sa naissance, on doit pouvoir choisir celle de sa mort, en toute liberté et conscience.

*Liliane*



## Euthanasie et décision de fin de vie



Parler de fin de vie est un sujet difficile, que ce soit à des acteurs ou des professionnels de la santé mais surtout à des personnes qui sont en dehors du monde médical. Comme beaucoup d'autres soignants, j'ai accompagné des patients dans leurs derniers moments de vie, d'abord comme médecin en soins intensifs et aussi comme témoin de leur décision d'euthanasie (au sens de la loi belge).

Dans les lignes qui suivent, je vais tenter de vous expliquer **pourquoi les décisions d'euthanasie ou de fin de vie ont une grande importance**. Demander une euthanasie pour soi parce que la souffrance due à la maladie est devenue insupportable ou, pour l'équipe médicale, arrêter un traitement devenu inutile en cas d'acharnement thérapeutique, sont l'une et l'autre des décisions difficiles voire pénibles à prendre au moment venu mais combien importantes et même nécessaires.

Mon propos est divisé en deux parties: la première va traiter de la fin de vie, et plus précisément de la décision de fin de vie à l'hôpital, en particulier aux soins intensifs, la seconde concernera l'euthanasie au sens de la loi belge de 2002.

### Fin de vie aux soins intensifs et à l'hôpital

Les soins intensifs sont des unités où sont regroupés les malades en état grave, en état critique, soit parce que leur pronostic vital est compromis (à la suite d'un polytraumatisme ou d'une infection grave, par exemple) ou parce que leur état nécessite une surveillance rapprochée (après chirurgie cardiaque, notamment).

Contrairement à une opinion largement répandue dans le public, la grande majorité de ces patients vont sortir vivants de leur maladie grave et le plus souvent avec une qualité de vie satisfaisante. Ces bons résultats sont obtenus au prix d'investissements considérables. D'abord en terme d'encadrement humain (médecins, infirmiers(ères), kinésithérapeutes, psychologues,...), d'environnement technologi-

que sophistiqué, de moyens thérapeutiques prodigieux mais aussi de coûts financiers élevés.

Au cours de son séjour, le patient devra subir des procédures et des traitements parfois lourds, ses fonctions vitales devront être soutenues par des moyens que l'on peut qualifier d'extraordinaires: ventilation mécanique avec intubation endotrachéale, épuration extra-rénale par hémodialyse le plus souvent continue, administration de médicaments pour maintenir la tension artérielle et soutenir le cœur, etc.. La douleur, les souffrances physiques et psychologiques seront traitées par des antalgiques puissants, des sédatifs et parfois des psychotropes. **La compétence et l'empathie des soignants, la communication** occupent ici une place essentielle pour aider au mieux le malade et ses proches: les informer complètement et honnêtement, entretenir une bonne communication. Accepter et encourager la présence de la famille et des proches auprès du malade est capital. L'intervention d'un psychologue peut s'avérer utile voire nécessaire.

Les avancées technologiques et thérapeutiques récentes ont rendu plus complexe la décision médicale, particulièrement en fin de vie, où les traitements supportifs appliqués n'apportent pas toujours le bénéfice escompté. Ces modalités relativement neuves - elles ne datent pour la plupart que d'une ou deux décennies - nous conduisent à poser la question fondamentale des limites de celles-ci. Faut-il traiter tous les cancers généralisés avancés et jusqu'où? Faut-il tenir indéfiniment au respirateur le patient porteur d'une insuffisance respiratoire chronique terminale? Faut-il maintenir les patients en vie à tout prix, sans restriction, au risque d'un «acharnement thérapeutique», d'une obstination devenue déraisonnable. En soins intensifs ou ailleurs à l'hôpital, il arrive que la fin de vie approche, inéluctable. Il arrive aussi que le processus de fin de vie soit difficile, pénible et douloureux. Pour le mourant assurément mais aussi pour les proches, ceux qui se préparent à porter le deuil, à vivre sans l'absent. Ces patients qui, sans notre intervention, ne survivraient peut-être pas, mais aussi ceux qui,

malgré tous nos efforts, arrivés au terme de leur vie, ont besoin de notre aide pour quitter la vie, calmes et sereins, sans trop de souffrances.

En Belgique, les dispositions légales en matière d'euthanasie sont évidemment importantes mais elles ne s'appliquent pas au patient gravement malade de soins intensifs, arrivé au terme de sa vie où la poursuite du traitement équivaldrait à de l'acharnement thérapeutique. Dans cette situation, le patient est souvent inconscient, incapable de décider ou d'émettre une opinion claire et cohérente.

En Belgique, la fin de vie en soins intensifs, et en particulier les limitations et l'arrêt thérapeutique, n'est régi par aucun texte légal hormis la loi relative aux droits du patient d'être informé et de consentir aux soins et aux traitements. Cette loi met l'accent sur l'autonomie du patient quant aux décisions médicales qui le concerne. Le représentant légal peut remplacer le patient lorsque ce dernier est incapable de donner son consentement. Cependant, le médecin peut, dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, s'écarter de l'avis du représentant légal dans l'intérêt du patient, même s'il s'agit d'un arrêt thérapeutique. La Société belge de médecine intensive tout comme l'Ordre des médecins **condamnent l'acharnement thérapeutique** et mettent l'accent sur l'accompagnement du mourant, en lui assurant jusqu'au dernier moment le confort physique et moral (éventuellement en augmentant les doses d'antalgiques et de sédatifs).

Dans l'arrêt thérapeutique, les traitements de confort et les soins de base ne sont jamais interrompus, seuls les traitements actifs sont arrêtés ou ne sont pas repris. La communication est évidemment fondamentale entre les différents composants de l'équipe mais aussi avec la famille et les proches qui doivent être correctement et complètement informés dès l'admission dans le service, lors d'entrevues et de discussions répétées. Les rapports seront personnalisés, en prenant son temps et en utilisant un langage approprié mais clair et honnête. La présence des proches auprès du malade est encouragée, tout au long du processus d'évolution terminale.

## Quelles sont les limitations thérapeutiques?

Le premier échelon est la décision de ne pas pratiquer le massage cardiaque si le cœur s'arrête: ne pas réanimer. On utilise souvent les vocables anglo-saxons DNR («Do Not Resuscitate») ou NTBR («Not To Be Resuscitated»).

Le deuxième est la décision de ne pas pratiquer d'escalade thérapeutique («withholding» ou DNE, «Do Not Escalate»): ne pas recourir à des traitements extraordinaires comme la ventilation mécanique ou à la dialyse.

Le troisième degré est celui de la désescalade thérapeutique («withdrawing») qui consiste à retirer les traitements supportifs vitaux: dialyse, ventilation mécanique, médicaments pour corriger l'hypotension artérielle.

Ces modalités imposent souvent le recours à la perfusion d'anti-douleurs puissants et de sédatifs qui seront augmentés progressivement pour assurer le confort maximal du patient, et au besoin jusqu'à son décès.

## Euthanasie

La première situation qui vient d'être exposée concerne la fin de vie d'un malade le plus souvent inconscient, incapable de décider lui-même. La seconde intéresse le patient capable et conscient qui peut exercer **son principe d'autonomie** en demandant une euthanasie telle que prévue par la loi belge de 2002. Curieusement, les dispositions légales en cette matière sont plutôt rares puisque trois pays seulement, la Hollande (en 2001), la Belgique (en 2002) et, dans une moindre mesure, la Suisse (qui autorise implicitement le suicide assisté) ainsi qu'un état américain, l'Oregon (depuis 1994) ont légiféré en faveur de l'euthanasie dans des circonstances bien précises. La loi belge définit l'euthanasie comme «l'acte pratiqué par un tiers (médecin), qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne, à la demande de celle-ci». «Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que le patient est «capable

et conscient au moment de sa demande»; qu'il formule sa demande « de manière volontaire, réfléchie et répétée », libre de toute contrainte ; et qu'il « se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ». Cette pratique reste néanmoins contrôlée puisque le médecin doit aussi respecter « les conditions et procédures prescrites par la loi ».

L'intérêt et l'importance de cette loi réside dans le droit qu'a tout citoyen de demander une euthanasie (aux conditions prescrites par le législateur), d'obtenir que son médecin mette fin à ses jours. Le dit-médecin pratique l'euthanasie au domicile du patient ou encore à l'hôpital en injectant le plus souvent une dose létale de Pentothal en association avec un paralyquant neuromusculaire. Des sédatifs sont souvent administrés avant l'euthanasie proprement dite. Pour éviter les abus, il est important que tous les dispositions légales soient remplies. **On veillera à ce que le patient soit entouré de sa famille, ses amis et proches** et le cas échéant accompagné d'un support psychologique.

Enfin, bien que ce ne soit pas l'objet direct de mon propos, il est important de souligner **l'importance des structures dites de « soins palliatifs » (ou continus)**. Elles sont mises en place pour aider les patients en fin de vie sur une plus longue période où médecins et infirmières spécialisés, psychologues, kinésithérapeutes prodigueront aide, soutien, support médicamenteux, notamment antalgique, dans un environnement adéquat. Contrairement à ce que les détracteurs de la dépénalisation partielle de l'euthanasie le prétendent parfois, l'euthanasie ne se substitue pas aux soins palliatifs mais ces deux dispositions légales sont plutôt complémentaires : elles offrent des solutions qui peuvent être choisies par le patient lui-même en toute liberté et connaissance de cause, en respectant ses convictions personnelles, religieuses, philosophiques ou autres.

**Docteur Jacques BERRE**  
Service des Soins Intensifs, Hôpital Erasme,  
Route de Lennik, 808, 1070 BRUXELLES

## Vivre avant tout...

La mort, la fin de vie, différente avec la SEP, une autre maladie ou même en pleine santé ?

S'endormir pour toujours dans le sommeil, s'écraser contre la tôle ou s'éteindre à petit feu... personne ne sait.



Pour moi, la mort c'est d'abord s'ancrer profondément sur la terre pour pouvoir décoller : vivre intensément, passionnément, jouir de tous les moments tout en accomplissant sa petite mission chacun à son échelle.

L'idée folle de se donner la mort ensemble ne me déplaît pas...

Michèle, ma douce, penser à te perdre me fait horreur mais puisqu'un jour cela doit arriver, je souhaiterais que l'une ou l'autre nous ne nous cachions rien. Nous avons déjà entrepris de donner nos organes. Si la mort nous en laisse le temps, nous pourrions nous préparer affectivement et administrativement, veiller à l'avenir de nos enfants. Et puis nous lover au chaud à la maison dans notre lit, se toucher, se sentir et simplement se dire adieu.

Si tu me demandais de t'aider pour t'acheminer de l'autre côté, je pense que j'y arriverais, sans doute avec de l'aide extérieure.

La logique du temps voudrait que je reste la dernière et là j'ai peur, de l'absence, de mourir seule.

Mais si ma vie devait s'arrêter avant la tienne peut-être ne pourrais-tu pas me soigner, mais tu serais là et nous trouverions bien une équipe de soins pour s'occuper de te seconder.

**Anne, compagne de Michèle (SP)**

## Et les soins palliatifs...



### Que sont les soins palliatifs et d'où viennent-ils ?

Les soins palliatifs sont des soins qui se sont développés auprès de malades qui ne peuvent plus guérir. Ils prennent en charge les problèmes qui se présentent au plan physique, psychologique, social et spirituel ou moral. Ils aident donc le malade, non seulement au niveau de sa douleur physique et de son confort, mais aussi au niveau de sa relation à lui-même et à son entourage. Ces soins intègrent aussi l'accompagnement de la famille et le suivi du deuil.

Ces soins ont vu le jour en Angleterre dans la tête et le cœur d'une femme nommée **Cicely SAUNDERS**. Née en 1919, douée à la fois d'une extrême sensibilité à la souffrance de l'autre et d'un grand dynamisme créatif, marquée par son expérience comme soignante à la guerre, elle acquiert une formation d'infirmière, puis d'assistante sociale. Dans le cadre de son travail d'assistante sociale, elle rencontre David TASMA, atteint d'un cancer, qu'elle aide jusqu'à sa mort. Elle réalise alors combien la société ne veut plus voir les mourants, les marginalise, les laisse démunis face à la douleur, l'angoisse, la solitude. Leur venir en aide devient le sens de sa vie. Elle entreprend alors, à l'âge de 33 ans, des études de médecine. Dans ses souvenirs elle nous rapporte ceci : « Je commençais à prendre conscience, en écoutant les malades, que je percevais quelque chose de leur capacité à faire de cette partie de leur vie une réussite. La pénétration de mes intuitions... concernant l'importance de chaque individu, le mystère de sa personnalité unique, la valeur qu'il avait... pour l'ensemble de ses proches, s'accrut en même temps que s'accroissaient mes aptitudes à contrôler la détresse physique ».

En tant que médecin elle fait des recherches, entre autre sur l'emploi de la morphine.

Au cours de son travail, Cicely SAUNDERS saisit le **caractère global de la douleur**. Une vieille dame qu'elle interrogeait lui répond : « La douleur ? Mais tout est douleur ! ». A partir de cette réaction et celles d'autres patients, Cicely SAUNDERS forge le concept - tout à fait central dans le mouvement des soins

palliatifs - de « douleur totale ». « La douleur, en effet, n'est pas seulement physique. Elle est une expérience globale, bouleversante qui intègre des éléments physiques, psychiques, sociaux et spirituels ». La douleur physique, liée aux diverses détériorations du corps peut se comprendre, ainsi que la souffrance psychique et la souffrance sociale liées elles à l'acceptation des pertes progressives du corps entraînant une image diminuée de soi, face à soi-même et aux autres. La souffrance spirituelle ou morale, est plus difficile à cerner. Elle est essentielle, liée à notre nature d'homme, par opposition à l'animal, à qui on ne connaît pas, à ce jour, ce type de souffrance.

C. SAUNDERS nous en parle ainsi : « **la souffrance spirituelle** comprend certainement beaucoup plus que la religion. Il s'agit de l'ensemble des réflexions et comportements concernant les valeurs morales de la vie. La prise de conscience de la fin imminente peut très bien stimuler le désir de donner la priorité aux choses importantes et de tendre vers ce qui est considéré comme vrai et précieux tout en faisant naître des sentiments d'impuissance et d'indignité. Il peut y avoir une colère noire à propos de l'injustice qui se passe, de bien des choses qui ont précédé, et, avant tout, une impression désolante de « manque de sens », c'est là que réside, je pense, l'essence de la souffrance spirituelle ». Une autre pionnière, **Elisabeth KUBLER-ROSS**, psychiatre américaine, a considérablement enrichi le mouvement des soins palliatifs en développant les différentes étapes du deuil qui peuvent conduire à l'acceptation des pertes, étapes parcourues par le patient atteint d'une maladie incurable. Son apport est capital dans l'accompagnement des souffrances psychiques et spirituelles ou morales.

En 1967, Cicely SAUNDERS voit son désir se réaliser avec l'ouverture du St-Christopher, maison modèle dans le mouvement des soins palliatifs. Son rayonnement croît et de nombreuses personnes vont s'y former ou y passent une visite. C'est le cas du docteur COLEBROOK, membre actif de la société d'euthanasie. Il fut « impressionné au plus haut point et bouleversé ». Il avait pu observer : l'absence de douleur et de somnolence des patients, leur vivacité et leur

sérénité, l'approche simple et compétente de la douleur, l'impression que la mort n'est pas une chose pour laquelle il faut se faire du souci, mais une sorte de retour à la maison, l'intégration de toutes les personnes engagées, l'ouverture d'esprit: non-croyants comme croyants sont aidés à accepter leur mort, avec les moyens qui leur conviennent le mieux.

## Et en Belgique ...

Dès les années 80, le rayonnement du St-Christophe atteint la Belgique. L'équipe de soins palliatifs à domicile «continuing care», dite de 2<sup>ème</sup> ligne, voit le jour à Bruxelles. Elle intervient auprès du patient, sa famille et l'équipe de soins de 1<sup>ère</sup> ligne si elle est déjà présente auprès du patient, à son domicile.

Sœur Léontine crée une unité de soins palliatifs au cœur de l'hôpital St-Jean à Bruxelles. A Namur naît la maison St-François indépendante de l'hôpital. Dès 1991, le Ministère de la santé publique s'intéresse et soutient ces expériences se développant sur le territoire. En 1995 apparaît le «congé pour soins palliatifs» qui est une forme spécifique d'interruption de carrière complète ou partielle en vue de dispenser des soins à un proche. Ce congé, qui est un droit, est d'une durée d'un mois et peut être prolongé d'un mois supplémentaire.

En 1997, le Ministère des Affaires sociales de la Santé et de l'Environnement crée 25 associations, appelées **«plates-formes en soins palliatifs»** réparties sur le territoire belge, pour diffuser la culture palliative en informant, sensibilisant la population, et en développant la formation des professionnels et des volontaires.

En 1999, un «forfait palliatif» est accordé pour les patients en soins palliatifs à domicile.

La reconnaissance des soins palliatifs par les pouvoirs publics se poursuit et ceux-ci sont définitivement reconnus en 2002. Il s'agit d'un droit accessible à tous.

Des équipes volantes se rendant au chevet du malade se développent dans certaines institutions hospitalières et MRS (maisons de repos et soins).

Les soins palliatifs sont réalisés en équipe comprenant médecin, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, psychologues, représentants du culte et de la laïcité, bénévoles.



## En conclusion...

La mort fait partie de la vie, elle en est l'achèvement sur terre. Elle nous concerne tous. Nos valeurs occidentales, axées sur la réussite, la beauté, la santé et la force, la masque et la marginalise. De plus nos traditions ont été bousculées par le développement industriel, médical et socio-psychologique du siècle passé, transformant profondément nos mentalités et nous laissant plus que jamais dépourvu devant la mort. Ces soins viennent pallier nos peurs devant les souffrances et angoisses de la mort.

*Pour information : Association de soins palliatifs  
Bruxelles-Capitale,  
chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles  
Tél. 02/743 45 92 - Email: palliabru@palliatifs.be*



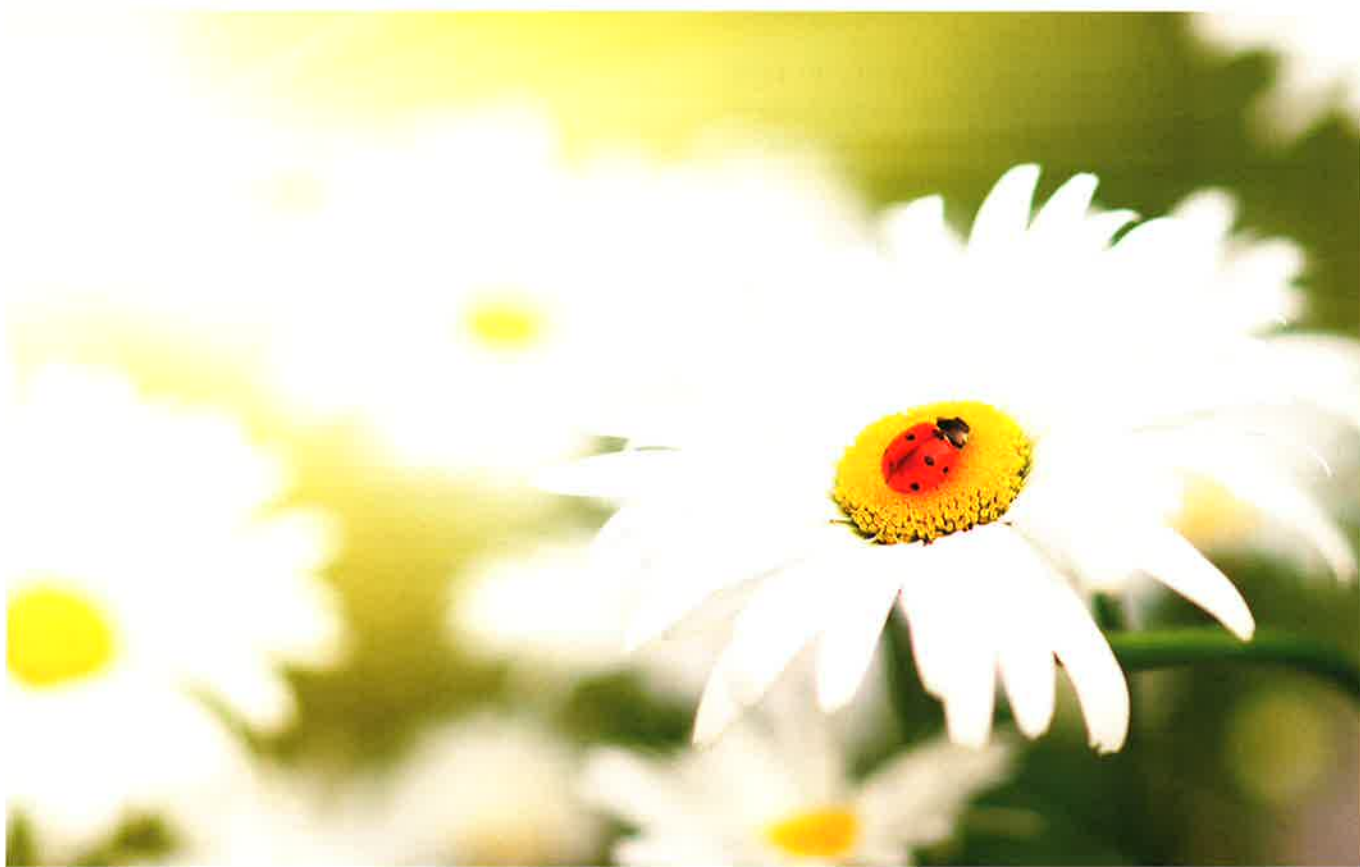
## Suicide?

Je me souviens... J'en étais alors dans les premiers temps où la maladie faisait son œuvre destructrice à grands coups de serpe. Chaque matin, je m'éveillais sans savoir comment se passerait la journée, sans pouvoir faire aucun projet pour le lendemain. Un matin, alors que j'arrivais, trébuchante, au travail, je me souviens avoir dit à un collègue qui s'apitoyait sur ma situation: «*Si je dois, un jour, m'asseoir dans une chaise roulante, je me suicide*». Ce n'étaient pas là quelques mots en l'air lâchés dans un instant de déprime. Non, c'était le terme d'une longue réflexion qui m'amenait à penser que d'être en chaise roulante n'était pas une vie qui méritait d'être vécue.

Quelques temps plus tard, le médecin généraliste, en qui je plaçais toute ma confiance, me signifiait qu'il se préparait à prendre sa retraite et mon angoisse augmentait encore d'un cran. Je me suis ouverte à lui de mes craintes à voir la maladie évoluer sans espoir d'arrêter sa progression, de mon désir de continuer à mener une vie digne malgré les handicaps qui augmentaient. Au cours de la dernière conversation que nous avons eue ensemble, je suis allée jusqu'à lui avouer mon désir de suicide quand j'estimerai que ma vie ne vaudrait plus la peine d'être vécue. C'était

là une conversation très intime où je sentais que je devais aller jusqu'au bout et tout dire puisque c'était la dernière fois où je verrais ce médecin. Je lui ai dit qu'il ne pouvait me laisser dans cette situation sans me donner les moyens d'en sortir, sans me prescrire les «médicaments» qui me permettraient d'en finir avec la vie. Que s'est-il passé entre nous au cours de cet entretien? Comment a-t-il évalué la sincérité de mon désir d'en finir rapidement? Le fait est qu'il a pris la responsabilité de m'écrire la prescription. Ce qu'il me prescrivait m'aurait-il permis d'en finir? Je ne sais pas car tout cela se passait il y a longtemps déjà. Les «médicaments» sont restés longtemps cachés dans ma table de nuit pour le cas où. Aujourd'hui, cet homme honnête et droit est décédé et je suis toujours vivante. Que s'est-il passé entre-temps? Comment suis-je passée du stade claudicante à la chaise roulante sans faire le geste fatal? C'est la longue histoire de ma maladie qu'il faudrait raconter: la manière dont, petit à petit, au fil des rencontres, des conversations, des réflexions sur moi-même et de ce qu'est une vie «digne», je suis sortie de cette impasse où m'avait plongée la maladie.

Amélie



## Notre conception religieuse sur l'euthanasie

Nous sommes tous deux catholiques pratiquants. Mon époux, d'origine orientale, suit le rite byzantin tandis que moi je suis de rite latin.

Il y a quelques jours seulement, la question de la mort assistée s'est posée à nous, de manière indirecte pour une personne dont nous étions en quelque sorte les tuteurs. Les médecins attestaient ne plus rien pouvoir faire pour lui. S'il se réveillait de son coma, il garderait d'énormes séquelles et resterait en vie dans un état végétatif. C'est ainsi que le médecin a débranché les machines en précisant qu'il restait seul responsable de son acte, bien que l'entourage l'approuvait.

Depuis, je m'interroge sur l'euthanasie. En tant que chrétiens, nous ne pouvons oublier que Dieu nous a donné la vie. Même si nous n'avons aucun droit sur la vie de l'autre, ou sur la notre, je pense qu'il y a des situations où il est préférable pour le malade d'en finir. Si l'équipe médicale confirme que le patient souffrira jusqu'au bout, qu'aucune issue positive n'est possible, qu'il sera diminué physiquement, qu'il ne communiquera plus, alors quel sens donner encore à cette vie? L'euthanasie doit rester un acte exceptionnel, une finalité si réellement il n'y a pas d'autres issues plus confortables. L'enjeu n'est-il pas différent si d'une part il s'agit d'injecter un produit à quelqu'un pour le faire mourir ou d'autre part, s'il est question de débrancher une machine qui le maintient artificiellement en vie?

Dans l'Au-delà, Dieu accueille notre âme, on parle de résurrection des corps. Le chrétien a sans doute plus difficile de parler d'euthanasie ou de choisir cette solution. Que deviendra son âme s'il intente à la vie d'un autre ou à sa propre vie? Mais n'est-il pas encore plus difficile d'avoir mal devant quelqu'un qui souffre, que de souffrir par perte de le savoir soulagé à jamais?

L'Église semble refuser l'euthanasie. Pour notre prêtre, de rite byzantin, il faut rester vigilant et savoir s'il n'y a d'autres solutions plus favorables. L'euthanasie peut donc demeurer une issue acceptable pour certains cas médicaux.

*Propos recueillis par Jeoffroy Rombaut  
auprès d'Arlette et Antoine*



*On a lu et regardé pour vous*

### Mar adentro

Film dramatique espagnol  
de Alejandro AMENABAR, 2005.



*Un accident de jeunesse paralyse complètement Ramón. «Enfermé dans son corps», il vit depuis presque trente ans prostré dans un lit. Sa seule ouverture sur le monde est la fenêtre de sa chambre à travers laquelle il «voyage» jusqu'à la mer toute proche ; cette mer qui lui a tant donné et tout repris. Malgré l'amour de tout son entourage, Ramón n'a plus qu'une seule espérance : décider du jour et de l'heure de sa mort... en toute dignité.*

## Non à la souffrance...

Le diagnostic tombe et même s'il répond à une série de questions suspendues sans réponses, en une seconde la guerre atomique me tombe dessus...

Commence alors la vie en couple avec ce partenaire non choisi, non attendu. Un compagnon lunatique et versatile, apportant régulièrement son lot de désagréments divers qui, sournoisement, s'installent et prennent possession de mon enveloppe corporelle à mon plus grand désarroi.

« Oh non pas ça SVP! ». Me voilà donc moi aussi malade... Comme maman partie en octobre 79 dans des souffrances abominables. Ce n'est pas du tout la même maladie mais une fin comme la sienne me terrorise.

Le cinéma a toujours été mon «dada» et ayant de moins en moins l'occasion d'y aller, je choisis de m'abonner auprès de DVDPost, ce qui me permet de faire deux découvertes par semaine.

Quand «Mar adentro» est arrivé chez nous, j'ai demandé à mon époux de le visionner avec moi. « Ce n'est pas ton genre de film mais c'est très important pour moi et j'aimerais que tu me donnes ton avis... ». Il n'a dit mot de tout le film et quand celui-ci s'est terminé, je me tournée vers lui pour voir son visage grimaçant de douleur, allant même jusqu'à essuyer une larmichette égarée. Mais quoi qu'il en soit il est ouvert à une éventuelle fin assistée, si la souffrance devenait intenable.

A la fin du film «Million Dolar Baby» c'est sorti comme un cri, une supplication « Si cela devait m'arriver, ne me laisse pas dans une telle souffrance s'il te plaît... ».

Cathy



*On a lu et regardé pour vous*



## **P.S. I Love You**

Romance américaine  
de Richard LAGRAVENESE, 2008.

*Alors qu'ils étaient si heureux, Holly sombre dans une dépression à la mort de son compagnon Jerry. Jusqu'au jour où dix lettres successives, écrites par Jerry avant sa mort vont lui parvenir, telles un programme qu'elle devra suivre pour enfin tourner la page et réapprendre à vivre.*

## **Tout sauf l'imprévu... c'est trop angoissant**

De l'annonce du diagnostic à l'image du handicap, il ne m'a pas fallu plus d'une seconde. Voilà comment je peux résumer mes premières pensées en sortant du cabinet médical. Perdue dans les tréfonds de mon angoisse, des idées suicidaires plein la tête, me voilà envoyée chez un psy par ma neurologue. J'y allais avec un but, m'accrocher à une ancre solide pour continuer à vivre, le temps de laisser grandir mes enfants. Le travail chez cette psy a été tout autre, ou tellement plus profond et enrichissant. La simple vue d'un fauteuil roulant me donnait la nausée ou l'envie de le détruire.

Le travail psychothérapeutique effectué me permet aujourd'hui, sans angoisse excessive, de m'asseoir dedans. De m'imaginer vivre dedans. Même si l'imagination ne peut remplacer le vécu ou la réalité, le fait d'envisager une suite - même assise - c'est tout de même se projeter dans l'avenir, ce qu'il ne m'était plus possible de faire. Je vois autour de moi des personnes atteintes de SEP avec divers handicaps, certains le vivant « bien », et d'autres moins. Je suis constamment à la recherche de ce qui permet aux premiers d'accepter ce qui me paraît à moi bien souvent inacceptable. Je prends des « leçons » à chaque rencontre, je me « nourris » de cela.

Pour la suite et fin de ma vie, j'ai à vrai dire prévu beaucoup de choses.

Pour moi, plus c'est prévu, moins c'est angoissant! Je n'ai pas établi de liste de ce que je peux ou ne pourrai jamais accepter, j'en serais bien incapable! Je sais que j'évolue et que j'évoluerai avec les aléas de la maladie.

Actuellement ma SEP est stabilisée, et je suis bien. Mais si la maladie devait évoluer... Je me sens prête à évoluer aussi! Jusqu'où? On verra bien...

Je sais que je ne serai pas seule (et je ne parle pas que de mon mari, mes enfants ou mes amis: il y a encore et toujours cette fameuse « psy » - sur laquelle je m'appuie à chaque difficulté - mais nous sommes aussi plus de 10.000 personnes atteintes de SEP en Belgique!); je sais aussi que ce que je m'imagine ne pas accepter aujourd'hui pourra peut-être l'être demain... J'ai une totale confiance dans les personnes qui m'entourent, je sais que ces compagnons de route respecteront mes choix.

Mon dernier sera celui de l'euthanasie, lorsque la bataille sera perdue ou me sera devenue trop pénible, ou lorsque le plaisir aura disparu de mon quotidien.

Que je me sens bien maintenant, ouf, je peux m'autoriser à vieillir...

**Karine**



*On a lu et regardé pour vous*



## **La dernière leçon**

Mitch ALBOM, Ed. Pocket,  
n° 10918, 1997

*Un vieil homme, professeur traitant de sujets existentiels: l'amour, le travail, la famille et la mort, est confronté à sa propre mort. Un ancien élève restera marqué par ses cours. Quelques années plus-tard, ils se rencontrent. L'élève est en quête, le professeur en fin de vie.*



*On a lu et regardé pour vous*



## **Ma dernière liberté, journal d'une mort décidée**

Jean-Marie LORAND, Ed. Felin, 2001

*Le samedi 8 juillet 2000, Jean-Marie LORAND décède. En présence de son médecin, il absorbe un cocktail qui ralentit le fonctionnement de son organisme, jusqu'à ce que la mort l'emporte. A travers ce livre, Jean-Marie LORAND avait l'espoir de voir son message porté vers ceux qu'il aimait et tous ceux qui vivent pareille souffrance.*

## **« Comment je voudrai mourir ? »**

Depuis longtemps je pense à « Comment je voudrai mourir ? » Je suis atteinte de sclérose en plaques depuis 26 ans. Je me déplace en voiturette électrique toute la journée et je dépends de beaucoup de monde pour gérer mon quotidien. Alors, face à cet handicap qui m'a déjà beaucoup pris, je n'ai pas peur de la mort, mais je crains de souffrir. Je refuse de laisser une mauvaise image à mon entourage.

Il y a peu de temps, mon sentiment de devoir préparer ma mort s'est renforcé. J'étais entrée en hospitalisation. Aucune chambre individuelle n'était disponible, alors on m'a proposé une chambre commune. Quand j'y suis arrivée, une patiente s'y trouvait déjà. Elle était gravement malade et semblait atrocement souffrir. Elle approchait de la fin. Elle ne savait plus parler. Sa seule énergie résidait encore dans le fait de pouvoir crier de toutes ses forces à chaque fois qu'un soignant devait la tourner. Comme une chambre individuelle s'est libérée, on m'a transférée. Pendant quelques jours encore, je pensais à cette dame, qui du bout de ma chambre, se faisait entendre à chaque fois qu'une infirmière l'approchait physiquement. Puis, tout s'est arrêté, laissant le calme reprendre sa place. La mort l'avait accueillie.

En rentrant chez moi, j'avais sans cesse à l'esprit cette dame et ses souffrances. Il me fallait parler à Robert de l'euthanasie, en essayant de lui faire comprendre qu'il était hors de question que je souffre à tel point.

Si la médecine ne peut plus rien faire pour moi que de tenter d'alléger au mieux mes souffrances, et bien je préfère qu'on me les abrège une bonne fois pour toute. J'en ai parlé à différents intervenants et vu un représentant de l'association pour l'euthanasie. Je connais maintenant la procédure et les conditions. Il me restera un document à remplir avec Robert, et je reçois tous les mois la revue « Mourir dans la dignité ». Robert accepte que je lui en parle. Il comprend mon besoin d'être claire là-dessus. Mais, il n'est pas encore prêt à remplir le document. Mais pour moi, c'est une sécurité de savoir que ce document est là et qu'il connaît mes intentions, si un jour je devais arriver à cet état de souffrance de non retour.

Aujourd'hui, je me sens bien. Malgré mes difficultés importantes, toute une série de choses a été mise en place pour que je puisse rester maîtresse de ma vie. Croyez-moi, je la croque à pleine de dents ! Seulement, le jour où les choses s'empireront réellement, et bien il suffira de renvoyer les documents nécessaires pour me permettre de partir en toute tranquillité et laisser l'image de la femme que je suis depuis tant d'années maintenant, grâce à Robert et tout ceux qui m'entourent.

*Propos recueillis auprès  
d'Isabelle par Jeffroy*



*On a lu et regardé pour vous*



## **Habla con Ella**

Roman dramatique espagnol  
de Pedro ALMODOVAR, 2002.

*Marco, journaliste espagnol, tombe amoureux de Lydia, femme torero. Leur vie de couple est épanouie jusqu'au jour où Lydia est grièvement blessée par un taureau et amenée à l'hôpital dans un état comateux. Dans les couloirs de l'hôpital, Marco rencontre Benigno, un infirmier en charge d'Alicia, jeune femme dans le coma. Ils s'étaient déjà rencontrés dans un théâtre...*



*On a lu et regardé pour vous*



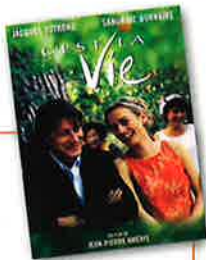
## La chambre du fils

Roman dramatique italien de, 2001

*Giovanni doit annuler une sortie avec son fils, appelé en urgence pour soigner un patient. Andrea part alors avec des amis pour une promenade en mer où il décèdera accidentellement lors d'une plongée sous-marine. La famille est accablée et chacun réagit à sa manière devant la douleur de la perte d'Andrea. Paola, sa maman, découvre plus tard que son fils entretenait une relation avec une fille, Arianna. Elle décide de la retrouver pour mieux affronter la mort de son fils.*



*On a lu et regardé pour vous*



## C'est la vie

Drame français réalisé par Jean-Pierre AMÉRIS et inspiré du livre de Marie de HENNEZEL «La mort intime», avec Jacques DUTRONC et Sandrine BONNAIRE, 2001.

*Dimitri, en fin de vie, arrive dans un établissement de soins pour personnes en fin de vie. Il y rencontre Suzanne, une bénévole. Il a peur de mourir. Elle a peur de vivre. Ensemble, ils découvrent la joie et l'amour.*



*On a lu et regardé pour vous*



## La mort accompagnée

Garance DENEUX, Ed. Pocket, coll. L'âge d'Etre, n° 4736, 1993.

*Par le biais de trois récits, l'auteur nous illustre les angoisses, les émotions et les espoirs de ceux qui font face à la mort. Quels rôles pouvons-nous jouer en tant que proches ou aidants ?*

## Pour en savoir plus...

Les documents présentés ici peuvent être obtenus sur simple demande adressée par téléphone, par fax, par courrier postal ou électronique au groupe Documentation (voir permanence en fin de revue) avec la mention du N° de référence indiqué. Ils vous seront envoyés, accompagnés d'un bulletin de versement (minimum 1 €) afin de couvrir les frais d'envoi et le prix de l'article (0,05 €/page) ou de la brochure.

### Vie sociale

#### Vie, mort, maladie chronique

Par Mr Longneaux - philosophe - Faculté Universitaire Namur - 2003

Compte-rendu de la conférence donnée lors du cycle de formation réservé aux membres du personnel et aux bénévoles de la Ligue SEP - CF.

Article - 3 pages

N° 5108

### Vie sociale

#### Veillesse et SEP

Dans La Clef - Ligue Belge SEP - Communauté française - 2005

La SEP, une forme de vieillissement précoce qui engendre un dilemme corporel et psychologique. Aspect philosophique : que représente vieillir avec la SEP ? Aspects législatifs (allocations et avantages sociaux et fiscaux). Vieillesse et évolution à long terme de la SEP, tels sont les aspects abordés par ce dossier.

Article - 12 pages

N° 5134

### Vie sociale Législation

#### La fin de vie

Par Assoc. pour le Droit de mourir dans la Dignité - 2006

Questions et réponses sur les dispositions légales en Belgique sur les lois relatives à la fin de vie. Deux sont réservées au résumé du premier rapport de la commission fédérale de contrôle.

Brochure - 32 pages - gratuite

N° 5139

## Nouveau: la commission des affiliés

En 2007, lors de la création d'une nouvelle structure du Conseil d'Administration de la Ligue CF, il avait été prévu, en son sein, la présence au moins d'un(e) affilié(e), ainsi que la présence d'une personne parent(e) ou conjoint(e) d'affilié(e). C'est dans cet esprit que deux administrateurs ont été nommés: une affiliée et l'époux d'une affiliée. Ils se sont réunis en juin 2007 pour créer la **Commission des affiliés**. Ils ont fait appel à d'autres affiliés disponibles pour se réunir +/- une fois par mois à Naninne.

Toutes les provinces ont été contactées et sont représentées. Exception faite pour la province du Hainaut où l'on attend toujours 1 ou 2 volontaires.

### Que tente-t-elle de faire?

Elle tente de soumettre au CA des propositions d'interventions collectives qui permettraient de mieux rencontrer les besoins exprimés par les affiliés, et de faire en sorte que tous se sentent soutenus et aidés. Elle rappelle son attachement au principe selon lequel aucun affilié ne devrait être exclu de ces interventions.

A titre d'exemple: des propositions ont été faites au CA afin d'améliorer les «Interventions financières» qui étaient reprises dans les «feuillets bleus» que vous receviez chaque année. Cette année un nouveau fascicule «Interventions financières 2009-2010» vous est parvenu vers la mi-février.

Vous pourrez constater que des aides financières supplémentaires ont été accordées mais des restrictions ont été imposées par le CA. En effet, pour pouvoir bénéficier d'une IFD l'affilié ne pourra dépasser un plafond de revenus. Or, cette aide visait à pallier partiellement un surcoût lié à la maladie. Par contre, si vos revenus dépassent le plafond, n'hésitez pas à introduire une demande de prêt ou de don (max. 750€), sur base d'un dossier préparé avec le travailleur social de votre région.

Un autre exemple: la Commission des affiliés est intervenue auprès des autorités régionales et communales concernées afin de promouvoir des logements conçus d'emblée comme adaptables pour les personnes à mobilité réduite. Ceci, chaque fois que les communes envisagent de nouveaux projets de logements sociaux ou moyens.

D'autres thèmes ont également été abordés, comme :

- les médicaments très chers ou peu remboursés,
- les déplacements privés non-médicaux,
- des interventions financières pour les médecines et traitements parallèles.

Cependant, la Commission n'est pas compétente pour recevoir et traiter les aides individuelles. Celles-ci seront toujours traitées par l'équipe sociale.

Cette Commission des affiliés est un endroit où vous pourrez, vous aussi, exprimer vos souhaits et vos réflexions à l'adresse suivante :

Ligue Belge de la Sclérose en Plaques - CF ASBL - «Commission des affiliés» - rue des Linottes, 6 à 5100 Naninne.

*La Commission des affiliés*

## Roulez pour la SEP

dans le cadre de la

1<sup>ère</sup> journée mondiale de la sclérose en plaques

Les Ligues des pays francophones

organisent chacune sur leur territoire une journée: **Roulez pour la SEP**

le dimanche 31 mai 2009  
au Centre de Rencontre de Naninne

Programme proposé:

Moto: roadbook à disposition, promenades de 2h et 3h au départ du siège social à Naninne

Vélo: balade de 2h (vallée du Samson, région de Gesves), environ 20kms

Handibikes, rollers, skateboard: initiation sur un site sécurisé (zoning industriel de Naninne)

Démonstration des pompiers de la ville de Namur (zoning industriel de Naninne)

Venez seul, en famille, avec vos amis...

Nous vous attendons dès 9h!

Renseignements: 081/40.15.55

**Roulez  
pour la  
SEP**

**S** Ligue Belge de la  
Sclérose en Plaques  
Communauté Française ASBL

Bruxelles: Boulevard de Waterloo 11, 1050  
Laeken - T. 02 478 10 31 - F. 02 478 10 32  
www.ligue.be