

Belgique - België

P.P.

10/211

Bureau de dépôt
Bruxelles X

ADMD

BULLETIN TRIMESTRIEL
JUN - SEPTEMBRE 1993
N° 49 - 50

SOMMAIRE :

Conseil d'administration	couverture
Le billet du président	1
Dossier :	
- Ce qui se passe à l'étranger	2
- Et en Belgique ?	10
Fédération mondiale et associations-soeurs	
- Réunion de Bergen-aan-Zee	11
ADMD Belgique : compte-rendu de l'Assemblée générale du 3 avril 1993	13
Revue des Livres	
- L. Israël, la Vie jusqu'au bout	19
- Les mots de la bioéthique, un vocabulaire encyclopédique	20
Conférences-débats	
- conférence du 28 9 93	22
- ciné-débat du 22 2 94	23
Le coin du poète - L. Szenazi	24

SECRETARIAT : 55, rue du Président, 1050 BRUXELLES - TEL. 02/502.04.85
Entretiens sur rendez-vous. Banque n° 210-0391178-29.

ASSOCIATION SOEUR D'EXPRESSION NEERLANDAISE : R.W.S.
33, Constitutiestraat - 2060 ANTWERPEN, Tél. 03/235.26.73.

(Les articles signés n'engagent que leur auteur).

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Suite à l'assemblée générale du 3 avril 1993, le Conseil d'Administration est constitué comme suit :

Président : Dr Yvon Kenis
Vice-Président : Dr Darius Razavi
Secrétaire générale : Janine Wytzman

Membres :

Raymonde Burniat
Alain P. Couturier
Dr Marc Englert
Léon Favys
Edouard Klein
Ivan Lebrun
Monique Moreau
Madeleine Moulin
Gaby Pulinx
Dr Maurice Sosnowski
Anne-Marie Staelens

Editeur responsable : Y. KENIS, rue du Champ de Mars, 9, (bte 2) 1050 Bruxelles.

LE BILLET DU PRESIDENT

Notre dernier bulletin était tout entier consacré à la situation créée aux Pays-Bas par la légalisation partielle de l'euthanasie volontaire. Cela nous paraissait justifié en raison de l'importance exceptionnelle de l'acte courageux, réfléchi et humain des représentants d'un pays voisin, connu depuis des siècles pour sa tolérance et pour la façon pragmatique, sans a priori, dont il aborde les problèmes, y compris sur le plan de la morale. Mais heureusement, ce n'est pas seulement en Hollande que des progrès sont réalisés à propos du libre choix des individus en fin de vie. Il est indubitable que nos idées se répandent dans de nombreux pays, tant dans l'opinion publique, que chez les médecins et chez les juristes. Frappée par cette même constatation, Madame Anne-Marie Dourlen-Rollier, juriste, vice-présidente de l'ADMD française, a rédigé un intéressant rapport sur cette question. Nous avons décidé de le reproduire au bénéfice de nos membres et d'y ajouter quelques informations récentes dans ce domaine.

Cette évolution favorable doit nous inciter à redoubler d'efforts pour augmenter notre audience dans notre pays. Nous ne sommes pas assez nombreux ; rappelons que l'association-soeur néerlandaise a plus de 50 000 membres ! Chacun de nos membres doit se sentir concerné, doit faire connaître son opinion parmi ses proches, doit recruter de nouveaux membres. Nous devons être bien conscients que chez nous certains groupes restent très opposés à nos idées. Les représentants des médecins - ordre et syndicats médicaux - ne manquent aucune occasion d'exprimer leur point de vue réactionnaire à ce sujet, même s'ils se montrent ainsi en désaccord avec une grande partie du corps médical. Parlez de ces problèmes à **votre** médecin ; envisagez d'en choisir un autre si vous constatez qu'aucun consensus n'est possible. Les enquêtes d'opinion montrent qu'un grand nombre de médecins partagent nos idées. N'oubliez pas de signer les "Dernières volontés relatives à ma mort" et de désigner des garants ou mandataires. Essayez d'obtenir que votre médecin accepte de remplir ce rôle (ce qui est déjà le cas pour de nombreux membres). Réglez ces problèmes dès aujourd'hui, n'attendez pas d'être malades. Vous savez que le testament de vie peut à tout moment être modifié ou simplement détruit, et qu'il n'a d'utilité que si vous devenez incapable d'exprimer vos volontés. Une telle éventualité peut malheureusement se produire de façon brutale, sans signe avertisseur. Soyez prêts ; c'est le moyen de rester libre et autonome jusqu'à la fin.

DOSSIER :

1. Ce qui se passe à l'étranger

Mourir dans la dignité Une évolution impressionnante à l'étranger

par Anne Marie Dourlen-Rollier
Vice-Présidente de l'ADMD(France)
Membre du Bureau de la Fédération mondiale*

LE TESTAMENT DE VIE

Une récente enquête sur les *living wills* ou *testaments de vie*, présentée au 9ème Congrès international de la "Fédération mondiale des Associations pour le Droit de Mourir dans la Dignité" à Kyoto, poursuivie depuis, a été publiée dans le bulletin d'avril 1993 de la "Société écossaise pour l'Euthanasie volontaire".

La dénomination de ce document varie selon les pays. "Déclaration de volonté de mourir dans la dignité", en France ; pour d'autres, ce sont des "Dispositions de fin de vie", des "Dernières volontés pour la fin de ma vie", des "Instructions anticipées", un "Passport pour la protection du malade", aux Pays-Bas, une "Déclaration d'euthanasie et de refus de traitement".

Soixante-douze textes ont été répertoriés, dont 30 aux Etats-Unis, 7 en Grande-Bretagne, 6 au Canada, 4 en Australie. Certains sont très détaillés, précisant les traitements qui sont

* Cet article a paru dans le Bulletin n° 48 - juin-août 1993 de l'ADMD française.

Les notes en bas de page sont de la rédaction du bulletin de notre association.

refusés, et parfois dans le même document est prévue la nomination d'un mandataire.

Malgré le grand nombre de textes et leur variété, les trois volets principaux de ce document prévoient :

- que l'on s'abstienne de tout acharnement thérapeutique pour prolonger abusivement la vie,
- que l'on use de tous les remèdes pour calmer les douleurs, même au cas où les seuls restant efficaces risqueraient d'abrèger la vie,
- qu'en dernier recours, on procure l'euthanasie, c'est-à-dire une mort douce.

Cependant, à ma connaissance, la demande pour une aide active à mourir n'est incluse que dans les modèles proposés par les ADMD France, Belgique, Luxembourg, l'association néerlandaise NVVE, l'Hemlock Society aux Etats-Unis et dans l'une des formules proposées en Australie occidentale. Les autres formules ne visent que les deux premiers volets.

Quels sont les pays dans lesquels ont force légale les testaments de vie où il est fait aux médecins obligation d'en tenir compte ?

1. CERTAINS ONT FORCE OBLIGATOIRE DE PAR LA LOI

Aux Etats-Unis depuis le 1er décembre 1991, est applicable la loi fédérale sur "l'auto-détermination du malade" (*Patient self-determination Act*). Elle fait obligation aux hôpitaux et maisons de santé d'informer les patients de leurs droits de refuser un traitement médical et de nommer un mandataire pour prendre des décisions à leur place, au cas où ils deviendraient dans l'impossibilité de le faire eux-mêmes. Ils devront aussi demander aux malades s'ils ont par avance signé un testament de vie et nommé un mandataire, et dans l'affirmative, prendre en compte leurs volontés.

Au Danemark est entrée en vigueur le 1er octobre 1992 une loi votée par le Parlement (98

voix contre 5), donnant force légale au testament de vie. Désormais, les médecins sont obligés de se conformer aux dispositions contenues dans ce document, et encourent des sanctions s'ils y contreviennent. De plus, disposition unique au monde, ces déclarations doivent être enregistrées par leurs auteurs de façon officielle. La loi fait obligation aux praticiens de vérifier pour chaque patient s'il a fait enregistrer ses volontés.

Trois états d'Australie reconnaissent la légalité du testament de vie : l'Etat d'Australie du Sud (1983), l'Etat de Victoria et l'Etat d'Australie du Nord (1988). Il en est de même dans quatre des dix provinces composant le Canada.

2. CERTAINS SONT RECONNUS PAR LES HAUTES INSTANCES MEDICALES

Suisse : le 15 août 1990, la Fédération des Médecins suisses a présenté un formulaire intitulé "Dispositions de fin de vie" permettant aux patients d'exprimer par avance leur refus d'un acharnement thérapeutique. Disponible gratuitement, ce document permet au signataire de demander que l'on "s'abstienne de toutes mesures qui ne feraient que prolonger ses souffrances et sa vie, dans le cas où son état de santé se révélerait tel qu'il le priverait irrémédiablement de ses facultés de jugement et de décision". Le médecin traitant devra se conformer à la volonté de son patient.

Ces dispositions prolongent les directives de l'Académie suisse des Sciences médicales qui recommandaient de respecter la volonté du patient, "même si elle ne correspond pas aux indications de la médecine".

Grande-Bretagne : au mois de mai 1992, la très puissante British Medical Association a diffusé une résolution de onze pages concernant la déclaration de volonté (*advance directive*) et les rapports médecin/malade. Elle déclare soutenir fermement le principe d'une déclaration de volonté et reconnaît le droit des malades de refuser un traitement, y compris ceux ayant pour but de prolonger leur vie, du moment qu'il n'existe pas de preuve qu'ils aient ultérieurement changé d'avis.

Elle recommande aux auteurs d'une déclaration de volonté de porter sur eux une carte indiquant le lieu où elle est déposée. Les médecins auxquels il a été fait connaître l'existence de ce document devront faire des démarches pour en connaître la teneur. Ils peuvent invoquer la clause de conscience s'il

leur est demandé d'arrêter un traitement, mais doivent aviser le patient de leur refus et proposer de confier le malade à un autre praticien.

Canada : une résolution très semblable à celle émise par la British Medical Association a été récemment publiée par la Canadian Medical Association. Il y est précisé que si le patient n'a pas rédigé de déclaration de volonté, il est recommandé aux médecins d'aider leurs malades qui le souhaitent à préparer un tel document et de désigner un mandataire pour le cas où ils ne seraient plus capables de prendre eux-mêmes des décisions concernant leurs traitements.

Japon : une prise de position capitale a été exprimée en 1992 par l'Ordre des Médecins dans un rapport sur "l'éthique du médecin face aux malades incurables". Il y est déclaré que pour respecter la dignité du malade, le médecin doit avoir le droit d'arrêter tout traitement qui prolonge artificiellement la vie, à condition que le malade ou ses proches le désirent, et que ce désir soit exprimé par écrit ou oralement.

Par ailleurs, tout récemment, le gouvernement japonais a admis le concept de mort dans la dignité - ce qui constitue une reconnaissance officielle de l'Association japonaise.

LA JURISPRUDENCE ET L'EUTHANASIE PASSIVE

Cette reconnaissance de l'euthanasie passive, consistant principalement en l'arrêt des soins permettant de prolonger la vie, est également largement admise par la jurisprudence.

En voici quelques exemples récents puisés dans des pays différents.

Israël : trois jugements du tribunal de Tel-Aviv ont autorisé des malades à ne plus être maintenus artificiellement en vie. Le 25 octobre 1990, était prise en compte la demande d'un homme de 50 ans, atteint de sclérose latérale amyotrophique, menacé de paralysie respiratoire, en autorisant l'hôpital à ne pas le brancher sur un appareil d'assistance respiratoire. Au mois de mai 1992, un jugement autorisait une femme de 44 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer, à ne pas être maintenue en vie. Elle avait enregistré antérieurement sur vidéo-cassette, en présence d'un avocat et de témoins, sa volonté de mourir dignement et de

ne pas être reliée à un quelconque appareil la faisant survivre.

Par jugement du 9 avril 1993, une malade de 83 ans obtint d'être débranchée de l'appareil de dialyse auquel elle était reliée, qui lui causait d'extrêmes souffrances. Le magistrat qui rendit cette décision souhaite que la Knesset vote une loi reconnaissant le droit pour le patient de refuser un traitement et le Ministre de la Santé appuie cette proposition.

Canada : au mois de novembre 1991, pour la première fois au Québec, un juge a accepté de laisser débrancher un malade de 84 ans, atteint de la maladie d'Alzheimer et ne survivant qu'à l'aide d'une sonde. Plus significatif encore est un jugement de la Cour Suprême du Québec rendu le 6 janvier 1992, autorisant une jeune femme de 25 ans de mettre fin au traitement qui assurait sa survie. Atteinte du syndrome de Guillain-Barré, depuis plus de deux ans, elle était entièrement paralysée et ne vivait que grâce à un respirateur mécanique. Sa demande d'aide à mourir avait suscité des polémiques juridiques, médicales, éthiques et elle dut lutter pendant plus d'un an pour qu'on accède à son souhait. Elle est finalement décédée en février à l'Hôtel-Dieu de Québec. Son cas a non seulement ému tout le pays, mais fut aussi commenté dans le *New-York Times* et le *Washington Post*. Une autre grande malade, Sue Rodriguez, atteinte de sclérose latérale amyotrophique, s'est vu refuser une aide à mourir par la Cour d'Appel de Colombie britannique. Ce cas doit venir prochainement pour être jugé par la Cour Suprême du Canada à Ottawa.

Nouvelle Zélande : en 1992, un juge de la Haute-Cour a autorisé le débranchement du respirateur maintenant en vie un homme

inconscient atteint de paralysie complète des membres depuis août 1990.

Grande-Bretagne : le 4 février 1993, la Chambre des Lords, qui est la plus haute juridiction d'appel, à l'unanimité, a rendu un appel confirmant celui de la Haute Cour de Justice de Londres, autorisant les médecins à débrancher les appareils maintenant en vie un jeune homme de 21 ans, qui se trouvait en état végétatif persistant depuis trois ans et demi. Il est décédé paisiblement, après que lui fut donné le droit de "mourir en paix, avec dignité et un minimum de souffrance".

Dans leur arrêt très motivé, les juges indiquent que la condition de ce jeune homme pouvait être qualifiée de "mort vivante", qu'en conséquence l'arrêt des technologies prolongeant sa vie n'est pas assimilable à un acte causant la mort, rendant les médecins passibles de poursuites pour meurtre. Ils distinguent nettement cette façon d'agir, qui constitue une omission, de l'injection létale qui a pour effet de causer la mort d'un malade en phase terminale, pour abrégé ses souffrances.

Parallèlement à leur décision, qualifiée outre-Manche, d'historique, les Lords n'ont pas caché leur incapacité à régler une question éthique, qui dépasse le cadre législatif actuel. Ils soulignent "les distorsions d'un cadre législatif à la fois moralement et intellectuellement inadapté", et ajoutent que c'est au Parlement qu'il incombe de réexaminer les implications morales, sociales et légales de l'euthanasie.

Afin de faire avancer la réflexion sur ce sujet, au mois de mars 1993, la Chambre des Lords a constitué en son sein un Comité d'Ethique médicale, dont les objectifs figurent à l'annexe A.¹

¹ Dans d'autres pays encore, des jugements ont autorisé l'arrêt de traitements permettant de prolonger la vie, y compris l'alimentation et l'hydratation. Aux Etats-Unis, "Christine Busalacchi, une jeune fille de 22 ans dans le coma depuis 1987 après un accident de voiture et dont le cas avait déclenché une bataille sur le "droit de mourir", s'est éteinte dimanche à Saint-Louis (Missouri). La clinique où elle était hospitalisée a indiqué que les tubes permettant de l'alimenter avaient été débranchés sur les conclusions d'une équipe de neurologues jugeant permanent son état végétatif. Pendant des années son père a tenté d'obtenir auprès de la justice la suppression des soins qui la reliaient à la vie. Mais l'Etat du Missouri avait réussi à l'en empêcher. La situation a changé au début de 1993 avec l'élection dans l'Etat d'un nouveau ministre de la Justice qui a décidé d'arrêter la bataille judiciaire" (AFP) (Le Soir, 9 mars 1993).

En Afrique du Sud, la Cour Suprême de l'Etat de Natal a autorisé l'arrêt de l'alimentation par sonde d'un malade dans un état végétatif persistant. Parmi les attendus, la Cour a fait valoir que "le pouls et la respiration ne suffisent pas à définir une vie humaine. Sans un certain degré de fonction cognitive, un être humain ne peut pas être considéré comme étant en vie d'une façon qui soit pourvue de sens".

LA DEPENALISATION DE L'EUTHANASIE ACTIVE

En Grande-Bretagne, le débat sur l'euthanasie avait été relancé par le prononcé d'un jugement condamnant le Dr Nigel Cox. Rhumatologue réputé, il a été condamné à un an d'emprisonnement avec sursis pour tentative d'homicide, après avoir injecté à une de ses patientes une dose fatale de chlorure de potassium.

Cette femme de 70 ans était atteinte depuis 30 ans d'arthrite aiguë et en phase terminale souffrait le martyr en dépit de l'administration de doses massives d'héroïne. Elle refusait toute médication depuis cinq jours, et avait demandé au personnel de l'hôpital de l'aider à mourir en paix. Lors du procès, un confrère du Dr Cox avait souligné que la loi place le médecin dans une situation paradoxale. "Nous sommes autorisés à donner, pour soulager sa douleur, des drogues risquant d'abrèger la vie du patient, mais nous ne sommes pas habilités à administrer des médicaments qui abrègent sa vie, alors qu'ils soulagent ses douleurs".

De nombreux médecins ont exprimé leur solidarité à leur confrère et la British Medical Association a reconnu "qu'il peut exister des circonstances dans lesquelles un médecin peut être amené à mettre fin aux jours d'un patient, si telle est l'intime conviction que lui dicte sa conscience", mais "il doit être prêt à répondre de ses actes devant la loi".

Le Dr Cox risquait d'être radié à la suite de sa condamnation, mais le General Medical Council - l'équivalent de notre Conseil de l'Ordre - n'a pris aucune sanction contre lui et il a pu reprendre son poste à l'hôpital.

Aux Etats-Unis, plusieurs tentatives pour légaliser l'euthanasie dans des cas limitativement déterminés ont été faites, mais sont restées jusqu'à présent infructueuses. La Californie, Etat pionnier concernant les droits des vivants sur leur fin de vie, a pris en 1988 une initiative, mais n'a pas réussi à réunir le nombre de signatures nécessaires pour soumettre à référendum une proposition de loi - le *Death with Dignity Act*.

En 1992, plus de 500 000 signatures furent recueillies mais le 3 novembre, jour de l'élection présidentielle, le vote a échoué (46 % pour, 54 % contre). Il s'agissait de dire que le médecin n'est pas répréhensible s'il accède à la demande de son patient, lorsque deux praticiens ont diagnostiqué qu'il se trouve en phase

terminale et décéderait vraisemblablement dans les six mois à venir. Une campagne de grande envergure, soutenue par d'énormes moyens, avait été menée par l'Eglise catholique. L'Association des Médecins californiens et l'Association des Hôpitaux s'étaient également élevées contre cette initiative.

Mais l'Association fondée en 1986, qui avait fait campagne pour le vote de cette loi, a pris la dénomination de "Americans for Death with Dignity" et s'est dotée d'un nouveau président, le Révérend John Brooke, ministre de l'Eglise unifiée du Christ. Son objectif est d'obtenir gain de cause en 1996.

Dans l'Etat de Washington, le 5 novembre 1991, une proposition de loi très semblable a échoué également à une faible minorité (46 % pour, 54 % contre). Mais d'ores et déjà un pas important a été franchi dans cet état, où les tribunaux refusaient presque systématiquement de faire droit aux demandes d'arrêt de soins intensifs. En effet, le 31 mars 1992, le Parlement a voté une loi permettant aux malades, soit en phase terminale, soit ayant sombré dans l'inconscience, de renoncer à tout moyen leur assurant une survie artificielle. Mais la lutte continue pour obtenir la reconnaissance de l'aide à mourir, le résultat très serré obtenu laissant espérer un succès.

Une initiative similaire se poursuit dans l'Etat d'Oregon, avec des prémisses encourageantes.

Australie : un député indépendant vient d'annoncer qu'il allait déposer au Parlement une proposition de loi visant à rendre l'euthanasie volontaire légale dans des conditions strictement déterminées, la première étant que la personne qui en fait la demande persistante souffre de façon intolérable physiquement et mentalement. Cette demande doit avoir été exprimée par écrit dans un testament de vie, ou faite en présence d'au minimum deux témoins par une personne jouissant de toutes ses facultés.

Cette proposition est accueillie à Canberra, la capitale fédérale, avec beaucoup de sérieux car la législation de l'euthanasie faisait partie du programme du gouvernement travailliste, actuellement au pouvoir. Le premier Ministre souhaite que soit diligentée une enquête sur l'euthanasie et que l'Assemblée législative fasse étudier le sujet par une commission parlementaire.

Suisse : une proposition de modification de l'article 114 du Code pénal, qui punit celui qui, cédant à un motif honorable, a donné la mort à une personne sur sa demande sérieuse et

instante, est présentée dans les Cantons de Suisse romande.

Cette proposition vise à obtenir la légalisation de l'euthanasie dans le cadre d'une procédure médicale d'interruption volontaire de vie, requérant quatre conditions (annexe B).

Pays-Bas : nous ne reproduisons pas la partie de l'article de Madame Dourlen-Rollier sur la dépénalisation de l'euthanasie aux Pays-Bas, le numéro précédent de notre bulletin y étant entièrement consacré.

LE SUICIDE MEDICALEMENT ASSISTE

Depuis quelques années, le concept de suicide assisté progresse, tant auprès de l'opinion publique que du corps médical.

Aux Etats-Unis deux articles parus récemment dans le "New England Journal of Medicine" plaident en faveur de la légalisation du suicide assisté par les médecins.

Dans l'un, le Dr Howard Brody (Université d'Etat du Michigan) propose que le suicide assisté constitue "une réponse exceptionnelle à l'échec de la médecine", car il juge immoral que dans les cas désespérés les médecins se bornent à rester en retrait, en arguant du fait que la médecine est impuissante.

Le deuxième article émane de deux praticiens et du Dr Timothy Quill, qui devint célèbre en 1991, en relatant dans le "New England Journal of Medicine" qu'il avait fourni à l'une de ses patientes, âgée de 45 ans, la dose de barbituriques nécessaire pour son suicide. Traduit devant un grand jury, celui-ci refusa de l'inculper en indiquant que "nos références concernant la fin de la vie évoluent. Un consensus se dégage dans la société pour permettre à chacun de mourir dignement, avec compassion, douceur, et cette attitude va aller en se renforçant dans les prochaines années".

Cependant, bien que le suicide ne soit pas punissable, vingt-huit Etats font du suicide assisté un crime spécifique et dans les autres il est assimilé à un meurtre. Seul, l'Etat du Michigan ne prévoyait aucune sanction, et c'est ainsi que le Dr Kevorkian a pu fournir à sept personnes une machine à suicide par injection et bénéficier d'un non-lieu. L'accusation, en effet, n'avait pas été en mesure de prouver que le médecin avait lui-même déclenché l'appareil qu'il avait conçu.

Craignant la poursuite des activités du Dr Kevorkian, au mois de février 1992 a été

promulguée dans cet Etat une législation punissant l'aide au suicide.

En revanche trois Etats, le New Hampshire, l'Iowa et le Maine ont présenté des propositions de loi permettant à un médecin de procurer à un malade en phase terminale, qui a signé une déclaration de volonté en présence de témoins, les produits nécessaires pour mettre fin à sa vie.

L'évolution du corps médical sur ce problème s'est également manifestée dans une résolution émanant du Comité éthique et juridique de l'American Medical Association. Elle estime que le suicide assisté "est du point de vue éthique une solution plus attrayante que l'euthanasie, donnant au malade une plus grande autonomie de décision, lui permettant à tout moment de changer d'avis et de renoncer à recourir au suicide". Cependant, la Commission conclut de façon souple et peu dogmatique, qu'aussi bien l'euthanasie que le suicide assisté comportent pour la société des risques trop grands pour qu'on les absolve "pour le moment".

En Europe la notion de suicide assisté fait aussi l'objet de nombreux débats, et deux pays pratiquent de façon officielle l'aide au suicide.

En Allemagne fédérale, aucune loi ne réprime l'assistance au suicide. Cependant, en 1984, une information pour meurtre avait été ouverte en Bavière contre le Dr Hackethal, qui avait fourni à une patiente souffrant d'un cancer de la face et ayant subi treize interventions chirurgicales, les substances nécessaires pour se suicider. Cette affaire, qui fit grand bruit, car elle avait été largement diffusée par la presse et la télévision, a été close par un non-lieu.

En Suisse l'aide au suicide n'est punissable que si elle est apportée pour un motif égoïste. C'est ainsi que les animateurs de l'association EXIT Suisse alémanique (Vereinigung für humane Sterben) apportent parfois une aide concrète à ceux qui la demandent instamment. Dans certains cas, ils se déplacent auprès du malade incurable pour lui remettre les produits lui permettant de se suicider et l'accompagnent jusqu'à son dernier soupir.¹

A Bienne, Fribourg et Lausanne, de telles situations ont provoqué l'ouverture d'enquêtes pénales. Il s'agissait bien entendu de personnes ayant décidé librement de mettre fin à leur vie.

¹ Voir page 9 l'article de M. Schaer, membre du bureau d'Exit (Suisse alémanique) et du bureau de la World Federation of Right-to-Die Societies

Des ordonnances de non-lieu ont été rendues en juillet 1989 par les juges d'instruction chargés de ces affaires, et le classement des dossiers a été confirmé par les procureurs généraux compétents. Le mobile égoïste a été écarté par les magistrats qui ont estimé que l'action d'EXIT était motivée par l'altruisme, la compassion, et en conséquence n'était pas répréhensible. Ces décisions appliquent strictement les dispositions du Code pénal suisse.

Les cas que nous avons relatés en Allemagne et en Suisse se rapportent à des malades en phase terminale.

Aux Pays-Bas un nouveau pas a été franchi au mois d'avril 1993. En effet, un tribunal du nord de ce pays a rendu un jugement acquittant un psychiatre qui avait aidé à se suicider une femme de 50 ans, éprouvant des souffrances sans origine pathologique et ne se trouvant pas en phase terminale. Mme Hasscher n'était atteinte d'aucune affection physique et ne présentait pas de trouble psychiatrique. Elle avait perdu le goût de la vie à la suite du décès de ses deux enfants et de son divorce, avait tenté de se supprimer et refusait tout traitement. Après avoir soumis son cas à sept confrères, le psychiatre lui avait finalement remis, en présence de témoins, une potion létale qu'elle prit pour s'endormir paisiblement. Prenant en considération la détermination inébranlable de Mme Hasscher, les magistrats ont estimé qu'elle souffrait réellement de façon durable et insupportable. Ils ont refusé de se demander si elle était littéralement malade, se bornant à constater la réalité de ses souffrances.

Le tribunal a exonéré le médecin de toute responsabilité pénale, considérant qu'il était dans un cas de force majeure : d'une part, obligation de préserver une vie, et d'autre part, soulager, fût-ce définitivement, une personne souffrant de façon insupportable.

A l'audience, le procureur avait contesté cette analyse en affirmant qu'un tel conflit de devoirs ne pouvait surgir tant que le décès prévisible du malade n'était pas acquis. Il a d'ailleurs interjeté appel du jugement.

Le 25 mai, soit quelques semaines plus tard, la Cour d'Appel de La Haye a confirmé un jugement du tribunal de Rotterdam acquittant un médecin généraliste et un psychiatre qui avaient fourni une dose mortelle de somnifères à une femme d'une cinquantaine d'années. Epuisée, seule, elle avait fait trois tentatives de suicide, était déterminée à récidiver et refusait tout traitement. Les magistrats de la Cour de la Haye

ont estimé, comme dans les cas précédents, que les médecins avaient agi "par force majeure" et ont également considéré que le caractère psychique des douleurs était suffisamment intense pour accéder à la demande de cette patiente d'en finir avec la vie.

Jusqu'à présent, l'aide au suicide, sanctionnée en principe par la loi, était admise dans les mêmes conditions que l'euthanasie. Les deux cas que nous avons relatés resteront-ils isolés ou feront-ils jurisprudence tant pour l'assistance au suicide que pour l'euthanasie ? Des décisions de justice ultérieures nous apporteront la réponse.

* * *

Des progrès immenses concernant la reconnaissance du droit de mourir dans la dignité ont été accomplis dans le monde depuis moins d'une décennie.

Mais dans beaucoup de pays, dont la France, les volontés exprimées par les vivants sur leur fin de vie sont loin d'être respectées par les médecins. C'est pourquoi les associations qui militent pour la reconnaissance du libre choix ont un rôle important à jouer, tant auprès de l'opinion publique que du corps médical. Elles font partie (à l'exception de l'association allemande) de la "Fédération mondiale des Associations pour le Droit de Mourir dans la Dignité".

Cet organisme regroupe trente associations dans dix-huit pays, et un total d'environ 518.000 membres. Il est intéressant de comparer le nombre de membres par rapport au nombre d'habitants de chaque pays (*Voir bulletin ADMD Belgique 46-47*). Sept pays ont une plus forte proportion d'adhérents que la France. Les deux associations suisses viennent très largement en tête avec 867 adhérents pour 100.000 habitants, puis le Danemark (585), les Pays-Bas (372), le Luxembourg (145), les Etats-Unis (95), l'Afrique du Sud qui ne milite que pour le testament de vie (66) et la Suède (54).

La France avec 45 adhérents pour 100.000 habitants, est donc à la huitième place, loin devant la société anglaise, pourtant la plus ancienne de toutes puisque fondée en 1935 (23).¹

On constate donc que le nombre d'adhérents reflète souvent l'évolution des mentalités dans un pays donné, qui se traduit par une attitude

¹ La Belgique (ADMD et RWS) vient en douzième place avec 34 membres pour 1000.000 d'habitants, pratiquement au même rang que l'Australie et le Canada

plus libérale de la législation et de la jurisprudence.

Notons également que le nombre mondial d'adhérents aux associations est faible, et ne correspond pas aux résultats des sondages qui révèlent partout dans le monde une forte majorité en faveur de la reconnaissance du droit

de mourir dans la dignité. L'opinion publique souhaite un changement, mais peu de personnes s'engagent dans une action concrète. Comparés aux résultats dans de nombreux pays, beaucoup d'efforts restent encore à accomplir en France pour réaliser nos objectifs.

ANNEXE A

COMITE D'ETHIQUE MEDICALE CONSTITUE AU SEIN DE LA CHAMBRE DES LORDS

Objectifs :

- étudier les implications éthiques, légales et cliniques du droit de chacun à refuser tout traitement destiné à prolonger artificiellement la vie, et celles de la situation des personnes devenues incapables de consentir ou de refuser un traitement,
- étudier si, et dans quelles circonstances, les actes commis intentionnellement pour abréger la vie d'un tiers, ou ceux ayant pour effet probable de l'abréger, peuvent trouver leur justification dans le fait qu'ils sont conformes au désir exprimé par la personne en cause, ou s'ils ont été commis dans l'intérêt supérieur de celle-ci,
- apprécier, compte tenu des considérations précédentes, les effets probables sur la société en général, qu'entraîneraient des changements dans la législation ou dans la pratique médicale.

ANNEXE B

MODIFICATION PROPOSEE A L'ARTICLE 114 DU CODE PENAL SUISSE PAR EXIT SUISSE ROMANDE

Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni de l'emprisonnement sauf s'il agit dans le cadre d'une procédure médicale d'interruption volontaire de vie selon les conditions suivantes :

- le demandeur est atteint d'une maladie incurable ayant pris un tour irréversible avec un pronostic fatal occasionnant une souffrance physique, psychique et morale intolérables,
- le médecin diplômé en charge du patient et un deuxième médecin diplômé qualifié comme spécialiste en raison de l'état du demandeur doivent tous deux certifier que les conditions fixées au paragraphe 1 sont remplies,
- le médecin cantonal ou son substitut dépose un avis conforme d'interruption de vie sur la base des certificats des médecins traitants.

LE SUICIDE ASSISTE EN SUISSE

par le Dr Meinrad Schaer

Membre du bureau d'EXIT (Suisse alémanique)

Membre du bureau de la Fédération mondiale

En Suisse, ni le suicide, ni les conseils prodigués pour accomplir cet acte ne sont interdits. Aider une personne à se suicider, ou l'assister pour mettre fin à sa vie n'est pas répréhensible légalement, à la condition que l'intervenant ne puisse tirer un quelconque avantage de ce suicide (si tel était le cas, il serait poursuivi pour meurtre). L'assistance au suicide est pratiquée en Suisse surtout par des non-professionnels et rarement par des médecins.

Au lieu de tenter d'expliquer le raisonnement juridique en matière de suicide assisté, il est apparu plus évocateur de relater un cas concret, datant de 1990. Un homme de 50 ans, souffrant d'un cancer du pancréas avait été opéré deux fois, et subi un traitement de radiothérapie pour des métastases aux poumons et au foie. Il éprouvait de fortes douleurs, et de

plus souffrait de suffocation, de nausées continuelles et de vomissements. Quand son chirurgien réalisa qu'il ne pouvait plus rien pour lui, on transféra ce patient dans un établissement pour malades chroniques... et il continua à souffrir.

Lui et sa famille supplièrent le médecin de l'aider à mourir. Celui-ci répondit : "Nous avons fait ce que nous avons pu, mais je ne ferai pas à ce malade une ordonnance pour se procurer une dose létale de barbituriques. S'il veut vraiment se suicider... qu'il saute par la fenêtre !"

Membre de l'association EXIT, le malade se mit en relation avec notre siège social à Grenchen. Dès que j'eus connaissance de ce cas, je pris contact avec le chirurgien, non pour lui demander de rédiger une ordonnance, mais pour avoir confirmation du diagnostic et du pronostic. Puis, en ma qualité d'ancien médecin pharmacologiste, je fis l'ordonnance, et le malade mourut paisiblement, entouré de sa famille.

*Ce qu' on écrit du suicide m'a toujours surpris.
Le besoin saugrenu d' en faire une faute ou une
valeur.
L' homme, né pour la mort, est né pour se la
donner, s' il le décide.
Je veux bien que la vie des autres soit sacrée (elle
l' est si peu !) ; pas la mienne.*

André Malraux

2. Et en Belgique ?

Le docteur Distelmans lève le voile EUTHANASIE : LIBERTE ?

Dans une interview accordée à notre confrère "De Standaard", le docteur Distelmans, responsable de l'équipe de soins palliatifs au département de cancérologie de l'hôpital universitaire de Jette, déclare que lorsque le patient le demande, l'euthanasie doit être possible. Il plaide par ailleurs pour une "maîtrise optimale du processus de la douleur" car, selon lui, "lorsque l'équipe de soins palliatifs et l'accompagnement des mourants fonctionnent bien, la demande d'euthanasie diminue".

"Mais lorsque après une discussion entre le patient et moi, nous décidons ensemble de recourir à l'euthanasie, j'estime qu'il est logique que je prenne mes responsabilités et ne fasse pas appel à un tiers", déclare le Dr Distelmans.

Le Dr Distelmans estime en effet qu'il est contraire à l'éthique d'abandonner un patient à des souffrances insupportables. Il estime en outre que le patient a le droit de disposer de sa vie. "Je suis libre penseur. On ne laisse pas crever un être humain comme un chien", ajoute le Dr Distelmans.

Il constate que la demande d'euthanasie est faite le plus souvent par la famille du patient. "Mais dans ce cas, observe-t-il, je ne la satisfais jamais et répond à la famille que c'est au patient et à lui seul de décider". Mais lorsque le patient persiste dans cette demande, je trouve qu'il faut pouvoir y répondre".

Se basant sur son expérience, le Dr Distelmans estime qu'en pratique, il n'existe aucune différence entre euthanasie active et euthanasie passive. "En effet, constate-t-il, dans une situation de lutte optimale contre la souffrance, les doses de morphine sont telles que le patient finit par entrer dans le coma et par décéder". Dans le contexte juridique actuel, il s'agit d'une mort naturelle.

Le Dr Distelmans renonce cependant à pratiquer l'euthanasie s'il subsiste un doute quant à l'approbation de la famille.

Selon lui, la responsabilité morale du médecin doit se situer au-dessus des règlements. "Imaginons, dit-il, qu'une loi autoriserait le médecin à pratiquer l'euthanasie après que le patient l'ait demandée à cinq reprises. Mais si le médecin sait que le patient traverse une phase

dépressive, il ne serait pas responsable d'y recourir".

En conclusion, le Dr Distelmans estime que l'euthanasie devrait être dépénalisée mais il admet qu'il ignore comment et qu'il sera très difficile d'élaborer une loi qui prenne en compte tous les cas auxquels un médecin peut être confronté.

La Wallonie, 31 mai 1993

La KUL en faveur d'une "euthanasie indirecte"

La commission d'éthique médicale de la Faculté de médecine de la KUL vient d'émettre un avis dans lequel la commission estime qu'il peut être mis fin à toute forme de thérapie dans le cas de patients, maintenus en état de vie végétative et dont la situation médicale s'avère irréversible.

Pour la commission d'éthique, l'alimentation par voie intraveineuse ou par sonde est un acte médical. "Cette forme de thérapie, lorsque tout espoir d'amélioration s'est évanoui, ne fait que prolonger inutilement les souffrances du patient et de sa famille et rend une fin digne et humaine impossible", estime la commission.

Consciente que chaque décision doit être individualisée et compte tenu que "la vie humaine est une valeur fondamentale", la commission estime que le maintien de cette vie dans un état purement végétatif ne répond plus à cette exigence. "Lorsque le maintien en vie d'un patient ne comporte plus aucun espoir de réalisation des valeurs humaines, telles que l'amour du prochain et l'amour de Dieu, les raisons de prolonger la vie par des moyens artificiels diminuent", déclare la commission.

Elle estime que l'état du patient et la souffrance de sa famille, doivent être correctement évalués et doivent peser dans la décision de poursuivre ou non la thérapie. La décision appartient au médecin traitant après concertation avec les membres de l'équipe médicale et l'équipe des infirmières. Un soutien psychologique de la famille est une autre nécessité, estime la commission d'éthique.

Vers l'Avenir,
La Lanterne, 14 juillet 1993

FEDERATION MONDIALE ET ASSOCIATION-SOEURS

LA REUNION DE LA DIVISION EUROPEENNE DE LA WRFTDS
à Bergen-aan Zee



Les représentants européens de la Fédération mondiale réunis à Bergen-aan-Zee.
Mme Jean Davies, ex-présidente de la Fédération mondiale, entre le docteur Smook,
vice-président et le docteur Kenis

Création d'une section européenne de la Fédération mondiale des associations pour le droit de mourir dans la dignité.

Les membres européens du bureau de la World Federation of Right-to-Die Societies (WFRTDS) se sont réunis à Bergen aan Zee (Pays-Bas) le 15 mai 1993, en présence de représentants de la NVVE (association néerlandaise), de la DGHS (Allemagne) et d'Exit (Suisse romande). Il fut décidé de créer une section européenne (*European division*, en anglais) de la WFRTDS, ayant une certaine autonomie tout en restant liée à la Fédération mondiale. M. Hurwitt (VES, Angleterre) fut chargé de rédiger, dans cette optique, un projet d'amendement aux statuts de la Fédération.

Les buts de la section européenne sont de faciliter et renforcer les contacts entre les associations européennes, dans un cadre qui permet des relations plus aisées, notamment pour des raisons géographiques, et qui tient mieux compte des spécificités des pays européens. La première tâche sera de faire les démarches nécessaires pour obtenir le statut d'organisation non gouvernementale auprès des instances européennes et internationales (Conseil de l'Europe, ONU, OMS). La section soutiendra les actions entreprises dans chaque pays, par les associations nationales, auprès des gouvernements et des représentants politiques.

Le projet de statuts de la section, rédigé par le docteur Smook (NVVE), fut discuté et amendé article par article. Chaque association

européenne, membre de la WFRTDS, sera invitée à s'affilier à la section européenne.

La déclaration suivante fut adoptée à l'unanimité :

La division européenne de la World Federation of Right-to-Die Societies défend le droit de chaque individu à l'autonomie par rapport à sa mort. Pour les individus doués de discernement et capables de s'exprimer, ce droit inclut le refus des traitements destinés à prolonger la vie. Le même droit doit être reconnu aux personnes inconscientes qui ont fait connaître antérieurement, de façon non équivoque, leurs intentions à ce sujet. Chacun doit avoir le droit de désigner un mandataire habilité à prendre les décisions en son nom, dans ces circonstances.

Une aide positive à mourir, pour un patient incurable ou souffrant de manière intolérable et qui en fait la demande de façon répétée, devrait faire partie d'une bonne pratique médicale. Ceci devrait être aussi applicable à des patients inconscients qui ont fait connaître leurs vues à ce sujet.

Des directives et des moyens de contrôle stricts et clairement définis seront nécessaires et pourront varier de pays à pays.

La prochaine réunion de la division européenne de la WFRTDS se tiendra à Londres le 2 octobre 1993.

Le docteur Jean-Marie GOMAS, auteur du livre *Soigner à domicile des malades en fin de vie*, absolument opposé par principe à l'euthanasie volontaire, a cependant déclaré dans un exposé qu'il a fait le 24 avril 1993 au Colloque *Fin de vie*, organisé à Verviers par le C.R.I.S., association de soins palliatifs à domicile, qu'un patient sur deux atteint du sida "demandait l'euthanasie de façon réitérée".

Il n'a pas dit comment il répondait à cette demande ...

NOUVELLES DE L'ADMD

COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLEE GENERALE

qui s'est tenue le 3 avril 1993

à la Fondation Universitaire à Bruxelles

Membres effectifs : 33

- présents : 14
- représentés : 9
- excusés : 2

Le président ouvre la séance à 10 h 30 et souhaite la bienvenue aux membres présents. Par défaut de temps, il n'a malheureusement pas été possible d'organiser une conférence pour les membres, comme l'ADMD le fait habituellement à l'issue de l'assemblée générale. Toutefois les membres seront invités à participer à la conférence qui se donnera le 28 septembre 1993 à l'ULB avec comme orateurs L. Schwartzberg, R. Kahn et Y. Kenis sur le thème de l'euthanasie.

1. Le procès-verbal de l'assemblée générale du 16 mai 1992 est approuvé sans avoir donné lieu à remarques.

2. Exposé du président sur les activités en 1992

- Le secrétariat a été très actif et le président tient à en remercier Mme Wytzman qui en assure la majeure partie. Il a été renoncé à l'aide de Mme Denon et le secrétariat s'est assuré la collaboration de Mme Douvalis (6 h/semaine), de Mme Govaerts (bénévole - deux après-midis/semaine), de M. Daventain pour les problèmes informatiques et de Mme Deck pour les travaux particuliers de saisie et mise en page de textes (bulletins, articles, bibliographie).

- Nous recevons de nombreux appels et des demandes d'aide et bien souvent, le président prend contact avec des médecins à la demande des familles.

- Le conseil d'administration s'est réuni sept fois. La présence la plus fidèle à ces réunions est celle de Mmes Burniat et Wytzman, MM. Englert et Lebrun.

- Les idées que défend l'ADMD sont véhiculées par les bulletins trimestriels (qui ne sont pas uniquement envoyés aux membres), par des dossiers qui sont envoyés suite à des demandes d'information, par des dépliants distribués lors de conférences ou par des membres, par la brochure "Choisir sa mort". Nous constituons aussi des dossiers à la demande de nombreux étudiants (enseignement secondaire ou supérieur) qui rédigent des mémoires relatifs à l'euthanasie.

- L'ADMD est devenue un interlocuteur "obligé" et l'on fait souvent appel au Dr Kenis pour donner des conférences, des interviews, des cours, participer à des colloques.

- Le président a donné des conférences à des séances organisées par les Amitiés françaises, le Centre d'Action Laïque, la Libre Pensée, les Anciens de l'ULB, le Conseil des Femmes Francophones de Belgique (ancien Conseil National des Femmes Belges), le Cercle du Libre-Examen. Il a donné des cours aux étudiants en philosophie de l'ULB, à des médecins et à des infirmières, etc.

- Proposition de loi. L'idée n'en est pas abandonnée. Le président et le docteur Englert ont d'ailleurs revu M. Serge Moureaux. Mais il y aurait lieu de retravailler le projet avec l'aide de juristes. Aux Pays-Bas, la solution adoptée est pragmatique. Le Code pénal n'a pas été modifié et l'euthanasie est toujours en principe punissable d'une peine d'emprisonnement d'un maximum de douze ans.

- Lors de l'assemblée précédente, nous avons annoncé la tenue à Kyoto du congrès international de la "Fédération mondiale des Associations pour le Droit de Mourir". Le Dr

Kenis devait y assister et assurer ensuite la présidence de la Fédération pour une période de deux années. Malheureusement, à la suite d'un accident, le Dr Kenis a dû renoncer à ce déplacement et à la présidence. Sur sa proposition notamment, a été élue à la présidence le Dr Helga Khuse, professeur de bioéthique (Australie). La vice-présidence de la Fédération mondiale est assurée par le Dr Aycke O.A. Smook (NVVE, Pays-Bas). Le président de l'ADMD-Belgique est membre du bureau de la Fédération mondiale. Les membres européens de ce bureau ont créé une branche européenne de la Fédération qui a pour but de coordonner les objectifs et les efforts à déployer pour y parvenir et se faire reconnaître auprès des instances européennes et l'OMS.

- La campagne de diffusion dont s'est chargée Mme Douvalis, a permis de publier un texte assez complet sur l'ADMD dans les publications d'une trentaine d'associations et nous sommes attentifs à poursuivre cette diffusion. De même notre bulletin est très largement distribué (associations, presse, écoles d'infirmières, d'assistants sociaux ...)

- Le nombre de membres (en ordre de cotisation) au 5.3.93 est de 2.336. Malgré les rappels, de nombreux membres négligent de régler leur cotisation annuelle et, hélas aussi, de nous faire part de leur changement d'adresse.

- Le Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la Communauté française a accepté, cette année encore, de nous accorder un subside pour que nous puissions poursuivre nos activités. C'est un encouragement que nous apprécions beaucoup.

3. Rapport sur la situation comptable et rapport du commissaire aux comptes.

L'exercice 1991 se clôture par un boni de 318.868 frs dont les deux tiers sont attribuables à une plus-value sur portefeuille de 201.160 frs. Les Sicav Generalux, acquises en 1989 au cours de 59.398 Luf, cotaient à fin 1992, 80.924 Luf, soit une plus value d'environ 36 % en trois ans et demi.

Comparées à 1991, les recettes ordinaires s'établissent au 31 décembre 1992 à 1.824.635 frs contre 1.717.507 frs. Il y a une légère progression dans les cotisations enregistrées (+ 51.000 frs) et une très forte avance en dons des membres (200.281 frs contre 97.400 frs en 1991). Le subside que la Communauté française

a bien voulu nous accorder, intervient dans les recettes de l'année pour 550.000 frs (dont 70.000 frs solde de l'exercice antérieur) ; la dernière tranche de 120.000 frs a été versée à notre association en mars 1993. A noter également que le poste "intérêts bancaires" enregistre les intérêts de 1991 + 1992 sur les placements en carnet de dépôts (au total : 77.270 frs), la banque les ayant crédités sur le même exercice.

Les dépenses se chiffrent à 1.709.645 frs contre 1.291.812 frs en 1991. Le poste qui enregistre la plus forte évolution, est celui des "rémunérations et charges" qui intervient pour 920.631 frs contre 576.078 frs ; cette différence est imputable essentiellement aux dépenses exceptionnelles liées au départ de l'employée de secrétariat, dont le coût (prime de départ, pécule de vacances, etc.) s'établit à près de 300.000 frs ; à souligner également que ce poste avait été très bas en 1991 par suite de l'absence prolongée de ladite employée.

A noter, dans les autres dépenses, l'augmentation en "frais d'envoi" (+/- 30 000 frs suite à la hausse des coûts postaux et de l'activité). L'informatisation de l'asbl s'est poursuivie ; les dépenses réelles s'élèvent pour ce poste à 113.055 frs et tiennent compte des prestations exceptionnelles de la secrétaire générale. La rubrique "Frais divers" 83.538 frs comprend l'allocation exceptionnelle accordée par l'ADMD au film "Moins morte que les autres", soit 50 000 frs.

L'avoir au 31 décembre 1992 s'établit à 2.593.402 frs contre 2.274.534 frs en 1991 ; notre asbl a poursuivi la reconstitution de ses réserves bancaires qui avaient été fortement entamées par les dépenses exceptionnelles de 1990.

Rapport de vérification des comptes de l'asbl ADMD à l'assemblée générale du 3 avril 1993

Conformément aux dispositions légales et statutaires, j'ai l'honneur de vous rendre compte de mon mandat.

Par divers pointages et sondages, j'ai procédé à la vérification des comptes de l'association pour l'année 1992 et les ai trouvés conformes aux documents qui vous sont présentés par le conseil d'administration.

Le patrimoine de l'asbl s'élève, au terme de l'exercice clos au 31.12.92 à 2.593.402 frs et l'exercice a dégagé un boni de 318.868 frs. Au mieux de mon information, j'estime que les comptes qui vous sont présentés reflètent fidèlement la situation de l'asbl à la date du 31 décembre 1992.

Bruxelles, le 26 mars 1992.

Signé : Noël Ralet

4. Approbation des comptes et du projet de budget

Budget : Mme Wytzman attire l'attention des membres sur la diminution des charges sociales. En effet, le préavis de Mme Denon est terminé. L'indemnité de rupture a été payé en 1992. Le secrétariat est assuré comme il a été décrit plus haut. Nous ferons le bilan d'ici quelques mois pour voir si la situation est tenable. Nous avons prévu un poste de 150.000 frs pour aides temporaires.

Le poste "bulletin" est en augmentation mais la diffusion a été accrue ce qui implique un tirage plus important et aussi des frais d'envoi substantiels

Le poste "subsides" est toujours prévu avec prudence. En effet ceux-ci ne nous sont pas octroyés par année civile mais d'août à août. Il y a donc toujours une inconnue pour sept mois.

Les comptes et le budget sont approuvés à l'unanimité.

5. Le mandat d'administrateur du Dr D. Razavi est renouvelé à l'unanimité.

6. Divers.

- M. Bourge interroge le président sur l'éventualité de procurer comme auparavant, une brochure "autodélivrance" aux membres. Le Dr Kenis rappelle le vote négatif du conseil d'administration (3 6 1991) et l'information communiquée au sujet du livre de Derek Humphry (Exit final), disponible en librairie. Il ne faut pas perdre de vue qu'une aide au suicide est toujours punissable au plan pénal sous le motif de "non assistance à personne en danger" et aussi au plan civil si, sur base d'indications communiquées par notre association, une personne devait encourir des séquelles à la suite d'un suicide non réussi.

- Mme Szenazi souhaiterait que l'ADMD songe à une campagne de publicité par affichage.

- Il y aurait lieu de vérifier où en est le projet de résolution du Parlement européen sur les soins palliatifs et qui contenait un article sur l'euthanasie, rédigé par le Dr Schwartzberg. (Pour rappel, des experts, dont le Dr Kenis, avaient été entendus par la Commission du Parlement européen).

- Il faut remarquer qu'aux Pays-Bas, la situation a pu évoluer parce que de nombreux procès ont donné lieu à des acquittements et que l'ensemble de ces jugements a constitué une jurisprudence non contestée et utilisée par les procureurs généraux pour édicter des règles de procédure précises. Le gouvernement avait créé une Commission qui a rédigé un rapport extrêmement complet sur le sujet (Commission Rummelink) dont les recommandations ont été suivies par le Parlement.

- Sont proposées à la nomination en qualité de membres effectifs :

Mmes : Alice Courtois

Geneviève Moulaert épouse Lewy

Michèle del Carril

(à faire ratifier par le conseil d'administration).

Préférer la mort choisie

à la vie subie

Raymond Aron

COMPTE DE PROFITS ET PERTES 1992 (Fr.)DEBIT1. Dépenses de fonctionnement

- Rémunérations et charges sociales	
Secrétaire générale	177.740
Employées secrét.	742.891

 920.631

- Fournitures bureau/photocopies	90.251
- Timbres, frais envoi	140.413
- Téléphone	21.685
- Affiliations, abonnements	32.097
- Loyer et charges	142.741

 1.347.818

- Informatique	67.660
- Bulletin	138.347
- Réunions (conseil, assemblée gén)	12.200

- Congrès, réceptions	23.455
- Taxes s/patrimoine	18.041
- Achats livres et matériel	18.586
- Divers	83.538

 1.709.645

 2. Boni de l'exercice 318.868

 2.028.513

 =====
CREDIT1. Recettes

Cotisations 955.530

Dons et subside	
dons	200.281
subs. C.F.	550.000

Ventes publications 14.440

Divers (intérêts bancaires	
et loyer sous-loc.)	104.384

 1.824.635

2. Plus-value sur portefeuille 201.1603. Poste à transférer 2.718

 2.028.513

 =====

SITUATION DES DIVERS COMPTESAU 31 DECEMBRE 1992

- Livret-intérêts S.G.B	948.942
- Compte-courant	25.980
- Portefeuille (Fonds commun de placement : 20 actions Sicav Generalux - cours au 31.12.92 : 80.924 F. Lux.)	1.618.480
	<hr/>
	2.593.402
	<hr/> <hr/>

* * *

- Avoir au 1er janvier 1992	2.274.534
Boni de l'exercice 1992	318.868
	<hr/>
- Avoir au 31 décembre 1992	2.593.402
	<hr/> <hr/>

PROJET DE BUDGET 1993Dépenses

1. Administration	
1.1 Employée secrétariat	240.000
1.2 Secrétaire générale	180.000
1.3 Aides temporaires	150.000
1.4 Fournitures et divers	
- bureau, photocopies	130.000
- frais envoi	200.000
- téléphone(+ fax)	50.000
- affiliations, abonn.	60.000
2. Loyer et charges locat.	200.000
3. Bulletin	250.000
4. Publications	25.000
5. Conférences, réunions congrès	80.000
6. Mobilier, livres et dépenses liées à l'informatisation	150.000
7. Divers	20.000

1.735.000
Recettes

Cotisations	1.000.000
Dons et subsides	
- dons	200.000
- subsides Comm. fr.	400.000
Ventes publications	20.000
Intérêts, divers	50.000

1.670.000

Mali

65.000

1.735.000

REVUE DES LIVRES

L. Israël, *La vie jusqu'au bout - Euthanasie et autres dérives*, Paris, Plon, 1993

Le dernier livre du docteur Israël consacre huit chapitres sur dix-sept à l'euthanasie. On comprend bien vite que l'auteur est farouchement opposé au mouvement pour l'euthanasie volontaire, ce qui est parfaitement son droit, mais on ne peut s'empêcher d'être d'emblée choqué par l'exagération - voire la mauvaise foi - de son propos. Les affirmations sans référence sérieuse, le manque d'information, le ton polémique, le dénigrement systématique frappent immédiatement. Dès la première phrase du premier chapitre consacré à l'euthanasie, ces défauts apparaissent : l'auteur affirme que la demande d'euthanasie ne serait formulée par la société que "depuis un quart de siècle environ" ; c'est ignorer que la Voluntary Euthanasia Society fut créée en Angleterre en 1935. On exagère ou on minimise systématiquement les faits ; de même que plus d'un demi siècle devient un quart de siècle, on ne cite que trois ou quatre enquêtes d'opinion, alors que nous avons pu en relever une cinquantaine effectuées depuis 1980.

Les termes utilisés veulent effrayer. Voici comment sont présentés les arguments et les revendications des partisans de l'euthanasie volontaire : "il faut *sacrifier* ceux qui poursuivent des dialyses rénales ; il faut *se débarasser, achever* les malades, *tuer sans retard* ; il faut *expédier* cette période (l'agonie) au plus vite, en silence et dans l'ombre ; étrange *perversion, étrange maladie psychiatrique* ; nouvelle *sauvagerie, déstabilisation de nos sociétés occidentales*, etc." tout est sur ce ton. On pourrait multiplier les exemples : "veut-on qu'apparaisse au sein de la profession médicale un corps de *spécialistes du meurtre*, enseignés puis payés pour faire disparaître leurs semblables ? ... On comprendra que l'*immense majorité* des médecins réagissent avec violence". En réalité, les sondages d'opinion montrent au contraire qu'une importante minorité de médecins - voire une majorité - sont favorables à une légalisation de l'euthanasie volontaire. L'habituelle comparaison avec

l'élimination des malades mentaux par Hitler est évidemment utilisée.

Le mouvement pour l'euthanasie volontaire est présenté de façon caricaturale et odieuse : "Certains bien-portants espèrent peut-être, s'ils triomphent, s'épargner à eux-mêmes, le moment venu, un passage qu'ils redoutent. Mais ils ne sont même pas la majorité. La majorité de ces militants est faite de personnages qui se croient porteurs des intérêts généraux de l'espèce humaine. Ce sont des matérialistes athées ...". L'auteur ne cite évidemment pas les enquêtes d'opinion qui, toutes, montrent que la grande majorité des personnes interrogées sont favorables au principe de l'euthanasie active et de l'aide médicale au suicide pour ceux qui le demandent. Il déclare par contre, sans donner de référence, qu'en Grande-Bretagne, la fraction des bien-portants qui se prononce en faveur d'une euthanasie médicale "reste très minoritaire". Ce qui est faux. J'ai demandé à l'auteur la référence sur laquelle est fondée cette affirmation ; il m'a répondu qu'il ne l'avait pas conservée ...¹ Que penser alors de cette affirmation stupéfiante selon laquelle un médecin hollandais pratiquerait six euthanasies par jour ?

La méthode qui consiste à ne retenir que les faits qui sont favorables à la thèse défendue par l'auteur est bien mise en évidence par l'analyse qu'il fait d'un article paru dans le *New England Journal of Medicine*, en 1990, à propos du premier cas de suicide assisté par le docteur Kevorkian à l'aide de la "machine" inventée par celui-ci : un système mis en place par le médecin permettant au sujet de s'administrer lui-même une substance provoquant d'abord l'anesthésie et ensuite la mort. C'est ce mode de suicide et les circonstances dans lesquelles il avait été accompli - dans une caravane située sur un parking - qui avait soulevé la réprobation d'un grand nombre de personnes, dont des médecins. Ceux-ci reprochaient en outre au docteur Kevorkian d'avoir pris sa décision à la seule demande de la malade (atteinte de maladie d'Alzheimer débutante) sans avoir consulté un confrère et le médecin traitant de la malade. L'article cité, dont L. Israël nous dit seulement qu'il condamnait la conduite de ce médecin, examine les arguments pour et contre l'aide médicale au suicide. Les auteurs constatent

¹ J'ai pu relever, depuis 1980, deux enquêtes réalisées en Grande-Bretagne. Les pourcentages en faveur de l'euthanasie volontaire sont de 72 et 75 pour cent.

notamment que, sur ce sujet, l'opinion publique est "peut-être en avance par rapport à la profession médicale", que "pour beaucoup, la mort n'est pas une ennemie, mais peut être la fin bienvenue et appropriée d'une vie pleinement vécue ou d'une vie amoindrie par les ravages d'une maladie incurable". Ils ne souhaitent pas que l'on favorise les sanctions légales contre l'aide au suicide, mais déclarent au contraire que "dans des circonstances limitées et bien définies, il serait juste de reconnaître l'inévitabilité de la mort dans une vie de souffrance intolérable et d'aider à faciliter ce passage". Les auteurs de l'article, comme pour contredire l'interprétation tendancieuse de Lucien Israël, ont d'ailleurs publié en 1992, toujours dans le NEJM, en collaboration avec Timothy Quill, un article intitulé "Critères cliniques proposés pour l'aide médicale au suicide" ! Nous ne reprochons pas au docteur Israël d'être moralement opposé au suicide assisté et à l'euthanasie volontaire. Nous constatons qu'il trompe les lecteurs en faisant croire que son opinion est celle de la quasi totalité du monde médical, en caricaturant les attitudes et les arguments de ceux qui ne pensent pas comme lui.

On pourrait mettre en évidence par bien d'autres exemples la partialité de l'auteur, mais je voudrais terminer par une remarque psychologique. En dehors de sa hargne pour les "militants bien portants" de l'euthanasie - et, accessoirement, pour certaines méthodes scientifiques d'évaluation des traitements (mais ceci est une autre histoire) - le docteur Israël veut se présenter comme un médecin de bon sens, ouvert, attaché au bien-être de ses malades; une proportion non négligeable de ceux-ci ont dû, tout en reconnaissant sa compétence, percevoir cette partialité, puisque, selon son propre aveu, un seul patient lui a demandé de façon répétée, qu'il mette fin à ses jours. Ceci confirme, comme on le sait, que beaucoup de malades, même dans une situation aussi dramatique que la fin de la vie, ne veulent pas se heurter à un refus hostile de la part de celui auquel ils se sont confiés. Que ceci nous fasse réfléchir et nous engage à aborder ces problèmes avec nos médecins, avant qu'il ne soit trop tard.

Y. Kenis

Les mots de la bioéthique
Un vocabulaire encyclopédique
Gilbert Hottois et Marie-Hélène Parizeaux
Collection Sciences, éthiques, sociétés
De Boeck Université,
Bruxelles, 1993
378 pages, 1650 FB.

*La bioéthique est à la mode, mais en saisit-on bien tous les enjeux et leur complexité ?
Un livre fait le point sur la question.*

Nombreuses sont les disciplines qui interviennent dans le champ bioéthique : médecine, biologie, philosophie, droit, sociologie, psychologie, etc. Mais le public francophone ne disposait pas encore d'un ouvrage de référence, dont l'ambition serait de rassembler l'ensemble des sujets qui intéressent la bioéthique, en les exposant du point de vue des diverses disciplines.

Cette lacune vient d'être comblée par les éditions De Boeck Université, qui publient *Les mots de la bioéthique*, réalisé par une équipe d'universitaires belges et québécois sous la direction de Gilbert Hottois (ULB) et Marie-Hélène Parizeau (Université Laval, Québec).

Ce livre se veut une encyclopédie pluraliste et pluridisciplinaire de la bioéthique, structurée autour du langage de la bioéthique. Chaque terme (procréatique, allocation des ressources, expérimentation humaine, euthanasie, écologie, etc) est analysé en trois parties : la définition, l'historique et l'exposé des problèmes éthiques.

A chaque entrée sont associés un certain nombre de renvois à d'autres termes, qui permettent d'acquérir une connaissance plus complète, et une bibliographie destinée à ceux qui souhaitent approfondir.

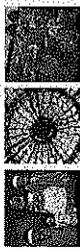
Un livre qui intéressera non seulement les professionnels de la santé, mais aussi toutes les personnes attentives à ces débats qui touchent aussi bien à la vie sociale qu'aux préoccupations les plus intimes.

J.P.V.
Le Généraliste, 16 juin 1993

Sur la direction de
Gilbert Hottois et Marie-Hélène Parizeau

Les mots de la bioéthique

Un vocabulaire encyclopédique



De Boeck Université

SIE

Des arguments plus spécifiquement juridiques ont été avancés. On a rappelé que dans le droit pénal, le consentement de la victime ne rend pas licite l'infraction commise et n'est pas cause de justification de l'acte qui reste un crime ou un délit. On peut répondre à cela que le chirurgien qui a obtenu l'autorisation d'opérer de son patient n'est pas poursuivi pour coups et blessures. On a dit aussi que la légalisation de l'euthanasie active augmenterait les restrictions légales à l'euthanasie passive. La situation actuelle en France, au Canada, en Belgique (et sans doute dans bien d'autres pays) permet, en effet, pratiquement sans limitation légale, l'arrêt d'un traitement chez un malade terminal. L'élargissement de la tolérance à des actes d'euthanasie active pourrait avoir pour résultat l'intervention de la justice à un moment où celle-ci n'est pas désirable. L'exemple des Pays-Bas montre que cette intervention peut se faire après le décès. On a aussi fait remarquer que les lois sur les testaments de vie aux États-Unis ont le plus souvent restreint la validité de ces documents à des situations très étroitement définies et limitées aux malades terminaux. Ces arguments sont donc exactement à l'opposé de celui de la pente glissante. De toute façon, les partisans de la légalisation de l'euthanasie active sont bien conscients que celle-ci ne pourrait être admise que, précisément, dans des circonstances particulières, assorties de conditions très strictes qui garantissent qu'il s'agit bien d'un acte désintéressé, accompli à la demande du sujet et pour faire échapper celui-ci à une situation intolérable.

Nous avons vu plus haut que certains - en général des adversaires de l'euthanasie active - refusent le terme même d'euthanasie passive, estimant que celle-ci n'est que le refus justifié de l'acharnement thérapeutique et ne constitue rien de plus qu'un arrêt de traitement. Pour d'autres, au contraire - favorables à la reconnaissance du droit à l'euthanasie volontaire -, la distinction entre euthanasie passive et euthanasie active a une connotation psychologique plutôt que morale. «Tuera» ou «provoquer la mort» évoquent d'autres images que «mettre de mourir» ou «ne pas prolonger l'agonie»; dans un cas, la cause de la mort est l'injection létale, donc le médecin, dans l'autre c'est la maladie, la «nature». En réalité, dans les deux cas, sans l'intervention du médecin ou sans l'abstention du médecin, la mort ne serait pas survenue à ce moment et de cette façon. Une abstention est une décision médicale, et débrancher un appareil, retirer une sonde gastrique ou une perfusion sont des actes. Dans les deux situations, l'intention et le résultat de l'intervention (euthanasie active) ou de l'absence d'intervention (euthanasie passive) sont les mêmes et on peut considérer que la responsabilité est la même.

Cependant, l'abstention qui coïncide avec un arrêt de traitement (et que certains appellent quelquefois l'euthanasie passive), met fin à une vie qui, sans la suppléance technique de fonctions vitales, aurait déjà fini d'elle-même, alors que l'euthanasie active arrête une vie qui pouvait encore se prolonger naturellement.

Yvon Kenis

BIBLIOGRAPHIE

BAIRD R. M. and ROSENBAUM S. E. (eds) (1989). *Euthanasia: The Moral Issues*, New York, Prometheus Books.
BARRERE J. et DALOU E. (1982). *Le dossier confidentiel de l'euthanasie*, Paris, Stock.
BEAUCHAMP T.L. and DAVIDSON A.J. (1979). «The Definition of Euthanasia». *The Journal of Medicine and Philosophy*, 4 (3): 294-312.
BENDER D.L. and LEONE B. (eds) (1983), *Euthanasia: Opposing Viewpoints*, San Diego, Greenhaven Press.
BOULANGER V. et DURAND G. (eds) (1985). *L'euthanasie, problème de société*, Montréal, Fides.
BRODY B.A. (ed) (1989). *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes*, Boston, Kluwer Academic Publishers.

EXPERIMENTATION ANIMALE — E

CERRUTI F.-R. (1987). *L'euthanasie. Approche médicale et juridique*, Toulouse, Privat.
Commission de réforme du droit du Canada (1982). *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Rapport 20.
Congrégation pour la doctrine de la foi (1980). *Déclaration sur l'euthanasie*, Documentum catholique, 77 (1980): 687-700, et dans *VERSPIEREN P. (ed) (1987). Biologie, médecine et éthique*, Paris, Le Centurion, 414-421.
DUJON X. (1985). «Entre le droit et la mort. Propositions pour éviter et résoudre l'euthanasie», Bruxelles, *Journal des Tribunaux*, 104e année, 33-39 et 49-55.
DOUCET H. (1988). *Mourir. Approches bioéthiques*, Paris-Montréal, Desclée-Debrouwer.
HUMPHRY D. (1991). *Exit final. Pour une mort dans la dignité* (trad. française), Montréal, Le Jour.
JACCARD R. et THÉVOZ M. (1992). *Manifester pour une mort douce*, Paris, Grasset.
JOHNSON G.L. (1987). *Voluntary Euthanasia. A Comparative Bibliography*, Los Angeles, The National Hemlock Society.
KENS Y. (1989). «L'euthanasie, le droit, la déontologie et la morale», dans HOTTUIS G. et SUSANNE C. (eds), *Bioéthique et libre-examen*, Bruxelles, Ed. de l'Université de Bruxelles.
KOHIL M. (ed) (1978). *Benevolent Euthanasia*, New York, Prometheus Books.
KUNSE H. (1987). *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine. A Critique*, Oxford, Clarendon Press.
L'euthanasie (numéro spécial) (1980). *Frontières (Université du Québec à Montréal)*, 3 (1): 1-57.
McMILLAN R., ENGELHARDT I. and SPICKER S. (eds) (1987). *Euthanasia and the Newborn*, Dordrecht, D. Reidel Publishing Company.
POHIER J. et MIETH D. (eds) (1985). «Suicide et droit à la mort» (numéro spécial), *Concilium*, 199: 1-140.
RACHELS J. (1986). *The End of Life. Euthanasia and Morality*, Oxford University Press.
SCHWARTZENBERG L. et VIANSSON-PONTE P. (1977). *Changer la mort*, Paris, Albin Michel.
SPORKEN P. (1974). *Le droit de mourir. Thérapeutique et euthanasie*, Paris, Desclée-Debrouwer.
THOMASMA D.C. and GRABER G.C. (1990). *Euthanasia: Toward an Ethical Social Policy*, New York, Continuum.
TRICHE III, C. W. and SAMSON TRICHE D. (1975). *The Euthanasia Controversy 1872-1974, a Bibliography with Select Annotated Titles*, The Whitston Publishing Company.
VERSPIEREN P. (1984). *Face à celui qui meurt. Euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, Paris, Desclée-Debrouwer.
VERSPIEREN P. (1992). «L'euthanasie: une porte ouverte?», *Études*, janvier, 63-74.

CORRÉLATS

- Acharnement thérapeutique
- Critères de la mort
- Qualité de la vie
- Soins palliatifs
- Suicide
- Testament de vie.

EXPERIMENTATION ANIMALE

1. DÉVELOPPEMENT DE LA DÉFINITION

L'expérimentation animale consiste en l'emploi d'animaux de laboratoire vivants dans le cadre d'expériences de recherche pure ou appliquées, ainsi qu'à des fins d'enseignement.

L'expression «expérimentation animale» se veut moins polémique que celle de «vivisection». Elle est cependant contestée par les protecteurs les plus intrinsèques des animaux pour qui elle sert simplement à cauteriser toutes sortes d'atrocités infligées au nom de la science ou du progrès. Mais le terme «vivisection» abrège la formule: «section corporis vivis» (accoupe du corps vivant) et devrait être réservé aux situations où il y a intervention chirurgicale sur l'animal vivant - souvent anesthésié -, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans toute expérimentation. Par exemple, les études sur l'image spéculaire et le concept de soi chez les chimpanzés constituent bien une expérimentation, puisqu'on cherche à connaître les réactions des animaux en contrôlant et en manipulant, en laboratoire, certaines variables de leur environnement. Mais elles ne comportent aucun acte chirurgical (les animaux sont anesthésiés puis maquillés pendant leur sommeil, on leur présente des miroirs au réveil et on observe leurs réactions) et n'ont donc rien à voir avec la vivisection.

Le terme «expérimentation» doit être compris en un sens large, comme le terme «recherche»: selon la formule classique de Kant, dans la démarche expé-

Mardi 28 septembre 1993 à 20h

A l'occasion des 150^{èmes} anniversaires de l'UAE et de l'Institut de Pharmacie,
Le Pharmacien **J.A. De Muylder**, Président de l'A.Pha.Br.
et le Professeur **M. Vanhaelen**, Président de l'Institut de Pharmacie
vous convient à assister à une conférence-débat animée
par **E. Caekelberghs**, journaliste à la RTBF

L'EUTHANASIE

Avec pour orateurs :

le Professeur L. Schwartzenberg

Député Européen
"Requiem pour la vie"

le Professeur R. Kahn

Chef de Service des Soins Intensifs
à l'hôpital Erasme (ULB)
"Limites des soins intensifs"

le Professeur Y. Kenis

Président de l'A.D.M.D.
"Le droit de mourir dans la dignité"

Auditoire P.E. Janson

48, Avenue F. Roosevelt - 1050 Bruxelles

**CENTRE UNIVERSITAIRE DU FILM SCIENTIFIQUE DE
L'UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES**

CINE - DEBAT

MARDI 22 FEVRIER 1994 - 20H

Auditoire P.E. Janson - 48 av. Roosevelt - 1050 Bruxelles

MOURIR DANS LA DIGNITE ?, séance présentée par Jean KLASTERSKY et Claude JAVEAU, Professeurs à l'ULB avec la participation d'Yvon KENIS, Président de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité.

*A l'heure de la "crise de la mort", le développement des techniques médicales et l'occultation sociale de la mort permettent-elles encore de mourir dans la dignité ?
Et de quelle dignité s'agit-il ?*

Projection d'extraits du film de Frans Buyens "Moins morte que les autres".

Participation aux frais :

Par séance : 150 frs - Etudiants : 100 frs - carte de membre comprise
En vente à l'entrée ou par virement au CCP de l'ULB 000-0104859-02
(compte interne CUFS AZ0339000000).

Le CUFS se réserve le droit de modifier tout ou partie du programme.

Renseignements :

CUFS - ULB
CP165 - 50 av. Roosevelt - 1050 BRUXELLES - Tél. 02/650.31.10

Avec le soutien de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale.

Le coin du poète

Oh, s'il vous plaît ...

*Quand on est jeune, quand on débute
Dans le spectacle de la vie
On s'imagine que ce sera long
Qu'ça va durer à l'infini
Un éventail de mille couleurs
S'ouvre lentement devant nos yeux
Un amalgame éblouissant
Du terrible et d'merveilleux*

*Chacun de nous est une vedette
Le centre de son histoire
En avançant vers l'avenir
On est encore plein d'espoir
On se rend compte qu'on n'comprend pas
La pièce est tellement compliquée
Pourquoi tant de violence
Quand on voudrait vivre en paix ...*

*Les années passent, elles passent trop vite
Enfance, jeunesse, maturité
C'est le programme, c'était prévu
Depuis toute éternité
Et il arrive qu'à un moment
On se sent déjà fatigué
Le rôle n'est plus si fascinant
On a envie de s'arrêter*

*Je joue le jeu de mon mieux
Mais quand mon rôle sera terminé
Oh, s'il vous plaît, oh, s'il vous plaît
Faites que je m'endorme en paix*

*Je joue le jeu de mon mieux
Mais quand mon rôle sera terminé
Oh, s'il vous plaît, oh, s'il vous plaît
Aidez-moi à mourir en paix*

Lily SZENASI

Publié avec l'aide de



COMMUNAUTÉ FRANÇAISE
WALLONIE BRUXELLES
