

FIN DE VIE (PREMIÈRE PARTIE)

Au moment où le projet de loi « *relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie* » est examiné par la Commission spéciale de la Chambre des Représentants, il me paraît opportun de se pencher sur certains aspects de ce projet.

Celui-ci, validé par le Conseil des Ministres, comprend deux volets. Le premier concerne ce qu'il était convenu d'appeler jusqu'ici « les soins palliatifs ». Ils sont maintenant élargis à d'autres éléments de soins, comme des massages, de la musicothérapie, ce qui est un bien en soi. Et il est prévu de créer des maisons qui leur soient dédiées. Concernant ce volet, deux questions se posent. D'abord de savoir pourquoi il ne constitue pas une loi à part ; en effet, il n'a rien à voir avec la mise en œuvre de procédés entraînant la mort, qui à l'évidence, ne relèvent pas du soin proprement dit. Ensuite, comment peut-on imaginer qu'un État très endetté, confronté à des besoins de financement énormes, en particulier pour les hôpitaux, pourra accomplir ces soins d'accompagnement, alors qu'il n'a pas été capable jusqu'à présent d'étendre et de généraliser les soins palliatifs déjà prévus par la loi ?

Le second volet intitulé « *Aide à mourir* » comprend un article suivi de modalités d'application. Il dit que « *L'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner la mise à disposition, pour une personne qui en a exprimé la demande, d'une substance létale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 6 à 11, afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin, un infirmier ou une personne volontaire qu'elle désigne.* ». Ce texte essentiel appelle plusieurs observations.

Actuellement, d'après la loi Claeys-Léonetti de 2016, il est possible d'alléger les souffrances trop intenses d'un patient par une sédation profonde à l'aide de morphine. A cet acte, s'en ajoute actuellement un second, consistant en l'injection d'un produit létal qui entraîne l'arrêt du muscle pulmonaire, ce qui amène la mort.

Bien que les modalités de mise à disposition de la substance létale soient restrictives, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'accompagner un *suicide* ou de provoquer la mort par un tiers, c'est-à-dire de réaliser une *euthanasie*. Le fait que les deux termes ne soient pas exprimés dans le projet indique déjà qu'il s'agit d'édulcorer la nature des actes pour les rendre plus acceptables. En tout cas, nous sommes dans une situation où une barrière serait franchie pour la pratique médicale, en rupture avec le Serment d'Hippocrate. Les réserves exprimées à propos de l'euthanasie par nombre d'associations médicales, montrent bien les réticences d'un milieu dont la vocation est essentiellement de soigner des patients pour qu'ils vivent.

Une autre observation concerne les médecins qui sont appelés à accompagner tout le processus, allant de la demande du patient jusqu'à l'exécution de l'acte final. Certes, une clause de conscience est prévue, mais la question demeure : est-il dans la nature de la médecine d'agir par des actes qui soutiennent et même favorisent une mort volontaire ?

Enfin, la dimension spirituelle de la fin de vie et de ce qui suit, n'est pas prise en compte à cause, matérialisme oblige, de l'absence de connaissance de ces réalités. Ce thème fera l'objet de la prochaine lettre. A.D. Lettre n° 31/ 04.05.2024