



VIEILLIR ET MOURIR DANS LA DIGNITÉ : UN DROIT POUR TOUS !

Nous avons tous entendu parler de ces cas douloureux de fin de vie insupportable pour des malades et de la situation difficile dans laquelle se mettent des médecins, parfois hors du cadre légal, pour abréger ces souffrances. Ce numéro des Echos propose de réfléchir à cette question.

Nous avons d'abord voulu rappeler les *droits du malade*, souvent méconnus. Certaines *affaires dramatiques* fortement médiatisées, que nous résumons ici, posent clairement la question de l'*euthanasie*, que certains *pays étrangers* ont pu régler en l'autorisant dans un cadre strict.

Les limites et les *insuffisances de la loi française* apparaissent alors nettement, mais des *objections*, principalement d'ordre éthique, sont opposées par certains à l'adoption de dispositions permettant de sauvegarder la dignité des malades en répondant à leur demande de finir leur vie.

Cette question est aussi intimement liée à celle des conditions misérables d'un *vieillissement indigne* imposé souvent aux plus pauvres, qui traduit combien les français sont *inégaux* dans la prise en charge de leur fin de vie. Nous concluons enfin avec nos *propositions* pour donner à tous le droit de vieillir et mourir dignement.

LES DROITS DE LA PERSONNE MALADE

Plusieurs lois, celles du 9 juin 1999 (qui garantit le droit à l'accès aux soins palliatifs), celle du 4 mars 2002 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) et celle du 22 avril 2005 (dite « loi Léonetti », relative aux droits des malades et à la fin de vie) ont fait progresser les droits de la personne malade. Quels sont donc ces droits ?*

Respect de la dignité du malade

Le droit à la dignité, c'est-à-dire au respect de la personne et de son intimité, est un droit fondamental à valeur constitutionnelle. La loi ne dit pas ce qu'est la « dignité ».

Dans la « Charte de la personne hospitalisée » ce droit s'exprime ainsi : *"Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et plus généralement à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards". Dans les situations de fin de vie une vigilance s'impose particulièrement pour des personnes affaiblies par la maladie.*

Dans les situations de fin de vie ou de traitements lourds par exemple, la vigilance s'impose particulièrement pour des personnes vulnérables, affaiblies par la maladie.

Ce droit au respect de la dignité implique le droit à être soulagé de sa souffrance (voir ci-dessous).

Pas de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins

à raison de la nationalité, du sexe, de la situation de famille, de l'état de santé, du handicap, des mœurs, des opinions politiques, des activités syndicales, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une race ou une religion déterminée.

Être informé sur son état de santé

C'est-à-dire connaître (sauf refus du malade) les résultats des examens et analyses, les traitements ou actions de prévention proposés, leur utilité, leur urgence, leurs conséquences et risques prévisibles

Refuser un traitement

C'est au malade de prendre les décisions concernant sa santé et le médecin doit respecter ses choix, après l'avoir informé des conséquences. La volonté du malade peut être de refuser ou d'interrompre tout traitement (c'est-à-dire toute forme de traitement : médicaments, opérations, alimentation et hydratation artificielles). Dans ce cas, et si le malade est en fin de vie, le médecin doit respecter sa décision sans délai, après l'avoir informé des conséquences de son choix. Le médecin doit alors sauvegarder la dignité du mourant et assurer la qualité de sa fin de vie en dispensant des *soins palliatifs*. S'il n'est pas en

fin de vie et que cela met sa vie en danger le médecin doit tout mettre en œuvre (c'est-à-dire donner au malade tous les éléments d'information sur son état de santé et sur les risques résultants de sa décision) pour le convaincre d'accepter les soins indispensables.

Pas d' «acharnement thérapeutique »



La loi parle d' «obstination déraisonnable» : cela concerne tous les actes (de prévention, d'examen, d'analyses ou de soins) qui présentent un caractère « inutile », « disproportionné » ou ne faisant que « maintenir artificiellement la vie ». Le médecin peut décider (après concertation avec l'équipe de soins et consultation d'au moins un autre médecin) de les suspendre ou ne pas les entreprendre.

Droit absolu à être soulagé de sa souffrance

La loi parle de souffrance et non de douleur ; la souffrance s'étend au domaine psychique et englobe notamment la détresse morale. Pour la soulager le médecin est autorisé à utiliser des doses (de morphine) qui peuvent avoir pour effet secondaire d'abrégé la vie de son patient après que ce dernier (ou ses représentants) ait été informé des risques encourus. « La qualité de la vie du mourant vaut mieux que sa durée » (J Leonetti). Le médecin qui provoque ainsi indirectement la mort de son patient est donc pénalement « irresponsable » puisque son acte est autorisé par la loi et qu'il n'a pas l'intention de la donner.

Droit aux soins palliatifs

Dans toutes les situations de fin de vie le médecin « sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en disposant des soins palliatifs ». Les soins palliatifs consistent à « soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ». Ce droit est trop souvent méconnu.

Qu'appelle-t-on soins palliatifs et accompagnement ?*

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la détresse psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

**d'après la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs*

Rédiger des « directives anticipées »

Chacun peut rédiger des « directives anticipées » où il indique ses souhaits relatifs à sa fin de vie. C'est important d'écrire et de faire enregistrer ses directives pendant que l'on est en bonne santé physique et mentale pour éviter aux proches un dilemme en cas de maladie incurable. Elles doivent être renouvelées tous les 3 ans. Le médecin doit en tenir compte.

Se faire représenter par une personne de confiance

Chacun peut désigner une personne de confiance chargée de le représenter s'il est un jour dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Dans ce cas aucune intervention ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance (ou la famille, ou – à défaut- les proches) ait été consultée.

Accès au dossier médical

Toute personne a accès (directement ou par l'intermédiaire d'un médecin) à l'ensemble des informations concernant sa santé et a droit à en obtenir communication au plus tard dans les huit jours suivant sa demande.

Quitter l'hôpital à tout moment

Chacun peut à tout moment quitter l'établissement après avoir été informé des risques éventuels.



* D'après "Faire connaître la loi"

Association pour le droit de mourir dans la dignité ADMD.

LA LÉGISLATION FRANÇAISE EN QUESTION

RAPPEL DE QUELQUES AFFAIRES RÉCENTES

Des affaires retentissantes ont régulièrement relancé le débat sur la fin de vie. Fortement médiatisées, elles ont fait évoluer l'opinion publique et montré que la législation française enfermait les patients, les proches et les soignants dans des situations inhumaines ou dans la clandestinité.

Vincent Humbert, victime en 2000 d'un accident qui le rend aveugle, muet et tétraplégique, mais qui lui laisse toute sa lucidité, parvient à communiquer à l'aide de son pouce. Il rédige une lettre au Président de la République demandant à mourir (2002). En 2003, sa mère, Marie Humbert, lui administre des barbituriques qui le plongent dans le coma. Elle est arrêtée et placée en garde à vue, puis libérée. Après discussion et accord avec la famille, le Dr Chaussoy du service de réanimation décide d'arrêter tous les soins de réanimation et injecte une substance qui entraîne la mort de Vincent. En janvier 2004, le Dr. Chaussoy et Marie Humbert sont mis en examen pour empoisonnement. *Le procès aboutit à un non-lieu pour les deux accusés (février 2006).*

Cette affaire provoque un débat éthique et législatif sur le « droit à laisser mourir » qui aboutit à la loi Léonetti (avril 2005).

Chantal Sébire (2008) atteinte d'une tumeur au visage incurable, qui la défigure et entraîne des douleurs atroces, finit par devenir aveugle. Elle demande à la justice et au président de la République le « droit de mourir dignement ». Son cas provoque à nouveau des débats sur l'euthanasie, dans l'opinion, les media et parmi les politiques. Sa requête est rejetée par le tribunal de Dijon, la loi Léonetti n'autorisant pas l'aide active à mourir.

Elle se suicide par ingestion massive de barbituriques.

Vincent Lambert est devenu, par médias et personnalités interposés, l'otage et le symbole de l'affrontement entre pro et anti-euthanasie, alors même qu'il ne s'agit-là que d'une euthanasie passive et de l'application de la loi Léonetti.

Vincent Lambert est tétraplégique et plongé dans un état végétatif depuis 2008. Après 5 ans, son état ne s'améliorant pas, sa femme et l'équipe médicale décident d'engager le processus d'euthanasie passive en cessant peu à peu de l'alimenter et de l'hydrater (avril 2013). Sa famille n'a pas été consultée.

En mai, ses parents, catholiques traditionnalistes, et deux de ses frères et soeurs saisissent le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne. Ils affirment que son état n'est nullement désespéré. Le tribunal ordonne la reprise des soins.

Opposés à cette décision la femme et 6 frères du patient saisissent le Conseil d'Etat qui demande un nouvel examen du cas de Vincent Lambert (février 2014). En juin, il approuve la décision de l'équipe médicale d'euthanasie passive, au vu de l'état incurable de Vincent Lambert et du souhait qu'il avait formulé (oralement) concernant sa fin de vie.

Quelques heures après, la Cour européenne des droits de l'Homme, saisie par les parents de Vincent Lambert, ordonne la suspension provisoire de cette décision. A ce jour, le sort de Vincent Lambert n'est toujours pas fixé...

Le Dr Bonnemaïson, a été mis en examen en août 2011 pour « empoisonnement sur personnes vulnérables ». Il a abrégé la vie de 7 patients en phase terminale, en leur injectant un produit létal, sans consulter les familles ni l'équipe médicale.

Son procès, devant la cour d'Assises des Pyrénées Atlantiques, est apparu comme le véritable procès politique de l'euthanasie active. Radié, dès sa mise en examen, de l'ordre des médecins, le Dr Bonnemaïson a été soutenu par des médecins, des pétitions, des comités de soutien. *Le voile a été levé sur la pratique relativement courante de l'euthanasie*, « le dernier soin, le seul possible » : environ 15 à 20 000 euthanasies seraient pratiquées en France, clandestinement.

L'acquittement du Dr Bonnemaïson, le 25 juin 2014, approuvé, selon les sondages, par une majorité écrasante de l'opinion (89%, 98% chez les plus de 65 ans), révèle un changement déterminant et profond dans les mentalités concernant la fin de vie. Il est comparable au procès de Bobigny (1972) qui avait marqué une étape décisive dans la lutte pour le droit à l'avortement. Il devrait aboutir à un changement dans la loi.

Le parquet a fait appel de l'acquittement prononcé par la cour d'Assises.

Qu'est-ce-que l'euthanasie ?

Issu du grec ce mot signifie littéralement *bonne mort, mort dans de bonnes conditions* ; on a parfois parlé de *mort heureuse* ou d'*adoucisement de la mort*.

Il est d'usage de séparer l'*euthanasie active*, qui désigne un acte volontaire en vue d'abrégé la vie du patient de l'*euthanasie passive*, qui consiste à cesser un traitement curatif ou à arrêter l'usage d'instruments ou de produits maintenant un patient en vie. Mais pour certains, il n'existe pas de différence éthique entre l'euthanasie active et passive. Et d'autres préfèrent une classification par type de comportement distinguant l'*euthanasie volontaire* (lorsqu'un individu *demande* de l'aide ou a exprimé précédemment ce souhait) de l'*euthanasie non volontaire* (lorsqu'un individu n'a plus la capacité de demander de l'aide pour mourir et qu'on ignore quelle aurait été sa volonté).

Pourquoi la question de l'euthanasie se pose-t-elle de plus en plus ?

Principalement du fait que l'espérance de vie a augmenté et que les progrès scientifiques et techniques de la médecine font jouer à la décision médicale une part croissante dans les décès. Dès lors que ces progrès ont été décisifs dans la préservation et le prolongement de la vie, la question des « limites » à poser aux pratiques de « maintien de la vie », de la qualité de la fin de vie, des bonnes pratiques médicales et des droits des patients est devenue dans nos sociétés très présente.

Si l'*acharnement thérapeutique* est de plus en plus rejeté, le développement des *soins palliatifs* de plus en plus recommandé, il n'en va pas de même de l'*euthanasie* et du *suicide assisté*.

EUTHANASIE ET ASSISTANCE AU SUICIDE À L'ÉTRANGER

La loi autorise l'euthanasie dite « active » aux **Pays-Bas** (2001), en **Belgique** (2002), au **Luxembourg** (2009), et le suicide assisté en **Suisse** (2001), à des conditions strictement définies et selon des modalités très encadrées pour éviter les dérives dangereuses.

Dans les pays autorisant l'**euthanasie**, c'est à dire l'administration d'un produit dans le but de provoquer la mort d'une personne qui la demande, la loi exige 5 conditions pour qu'elle soit pratiquée :

- que le patient en fasse la demande réfléchie, répétée, sans pression extérieure ;
- qu'il soit atteint d'une maladie sans issue, et fasse état de souffrances physiques ou psychiques insupportables sans perspective d'apaisement ;
- qu'il soit informé par le médecin de son état, de son espérance de vie, des traitements envisageables et des possibilités de soins palliatifs ;
- que le médecin et le patient soient convaincus, après plusieurs entretiens, qu'il n'y a pas d'autre solution acceptable ;
- qu'un autre médecin indépendant soit consulté par le premier, examine le patient et confirme le caractère grave et incurable de son état.

La loi reconnaît aussi, dans le cas où l'individu n'est pas en état de formuler sa demande, la validité de la *déclaration anticipée* par laquelle l'individu a exprimé par écrit (et devant témoins en Belgique) ses volontés concernant sa fin de vie, et a désigné éventuellement une personne de confiance. Bien entendu, cette

déclaration peut être modifiée à tout moment. Elle a une durée de validité de 5 ans. Au Luxembourg, la déclaration anticipée est enregistrée par une commission de contrôle qui est tenue de demander, tous les cinq ans, la confirmation de volonté du déclarant.

Dans tous ces pays, l'acte d'euthanasie doit être déclaré par le médecin à une commission comportant des juristes, médecins et spécialistes de l'éthique, qui contrôle que les conditions prescrites ont bien été respectées. Dans le cas contraire, elle communique le dossier à la justice qui applique les sanctions pénales prévues (12 ans de prison aux Pays-Bas, la perpétuité en Belgique).



Le Luxembourg autorise explicitement l'aide au suicide, dans les mêmes conditions que l'euthanasie.

La Belgique est le seul pays au monde qui, depuis février 2014, a légalisé, sans fixer de condition d'âge, l'euthanasie pour les enfants et adolescents atteints de maladie incurable et subissant des « souffrances

insupportables ». Les Pays-Bas exigent qu'ils aient au moins 12 ans.

En Suisse, **l'assistance au suicide**, possible dans les mêmes conditions que ci-dessus, consiste à mettre à disposition de la personne qui désire mourir les moyens de se suicider sans violence. L'euthanasie est interdite : seuls sont concernés les personnes dont l'état permet de mettre par eux-mêmes fin à leur vie. Quatre

associations fournissent cette assistance, dont deux s'adressent aussi aux étrangers.

L'incitation au suicide est punie de 5 ans de prison.

Les pays autorisant l'euthanasie constatent que cette dépénalisation n'a pas donné lieu à des abus ni à des dérives dangereuses. Le recours aux soins palliatifs a augmenté.

LES INSUFFISANCES DE LA LOI LEONETTI.

La principale insuffisance de la loi est qu'elle ne concerne que les patients atteints d'une maladie qui doit les conduire à la mort. Une personne qui souffre, même si sa maladie est incurable, même si ses souffrances sont insupportables, ne relève pas de la loi Leonetti si cette maladie n'est pas mortelle.

De plus la législation actuelle ne contribue pas à réduire les inégalités sociales : en effet, dans les milieux privilégiés et informés, il est moins difficile de trouver une place dans les rares centres de soins palliatifs ou d'aider activement un malade à mourir - ne serait-ce qu'en allant à l'étranger.

D'autre part, ce texte ne va pas jusqu'au bout de sa logique : quelle place est-accordée aux directives anticipées des malades, si, de fait, la décision finale revient toujours au corps médical ?

La loi exprime le refus du « maintien artificiel de la vie » et autorise à « appliquer (au malade) un traitement qui peut avoir comme effet secondaire d'abrégé sa vie ». La différence paraît bien subtile entre laisser mourir par « effet secondaire » et aider activement à mourir...

Si refuser l'obstination thérapeutique « déraisonnable » consiste à arrêter de nourrir et d'hydrater un malade dont l'agonie pourra durer plusieurs jours, en quoi laisser mourir est-il éthiquement préférable à faire mourir ?

Enfin, le texte actuel renvoie de nombreux médecins à la solitude et à la clandestinité : les affaires récentes montrent que si la décision qu'ils ont pu prendre d'aider activement un de leurs malades à mourir vient à être découverte, ils risquent l'exclusion de l'ordre des médecins, et des poursuites en justice - y compris en l'absence de partie civile. On peut comprendre que 3000 généralistes aient signé l'appel de l'ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité) pour une modification de la loi. On sait que par ailleurs ils sont approuvés par plus de 90 % des Français qui sont favorables à une légalisation strictement encadrée de l'euthanasie active.

LES OBJECTIONS A L'EUTHANASIE

SONT PHILOSOPHIQUES, ETHIQUES ET RELIGIEUSES

Plusieurs types d'objections sont formulés à l'encontre de l'euthanasie

- **Ce serait transgresser un interdit**

Car la question de l'euthanasie se pose à d'autres niveaux que celui des droits individuels. Ainsi le généticien Axel Kahn, membre du Comité consultatif national d'éthique : « Le désir individuel de vouloir mourir ...n'appelle de la société laïque aucune réprobation morale. Il ne s'ensuit pas, bien sûr, qu'il revienne à la société d' « offrir » ce service à qui le demande ». Ou Robert Badinter : « le droit à la vie est le premier des droits de l'homme...Nul ne peut retirer la vie à autrui dans une démocratie».

- **Ce qui prime, ce serait de rétablir l'autonomie**

Axel Kahn, toujours, évoque le caractère contraint de la demande d'euthanasie (par la douleur, le sentiment d'abandon, le désespoir...) qui lui semble incompatible avec l'exercice d'une authentique liberté. Dès lors la première réponse de la société devrait être de ménager les conditions d'une liberté authentique par le rétablissement d'une vie désirable.

- **Admettre l'euthanasie ce serait une atteinte à la dignité de la vie humaine**

Recommandation du Conseil de l'Europe (21 mai 1999) : « La dignité est inhérente à l'existence de tout être humain...L'être humain est donc investi de dignité tout au long de sa vie... ». Le Conseil appelle en conséquence à « consacrer et protéger le droit des malades incurables et des mourants à une gamme complète de soins palliatifs » et « à maintenir l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants ».

- **Cela pourrait conduire à une sélection des malades**

La prise en compte de la fin de vie coûte cher à la société : compte tenu de l'austérité imposée aux politiques de santé, une légalisation de l'euthanasie pourrait conduire à choisir les malades qui bénéficieront d'un accompagnement de qualité tandis que l'on arrêterait la vie des autres.

- **Le développement (présent et à venir) des soins palliatifs suffirait à calmer les souffrances**

La médecine palliative prend bien en compte la souffrance dans sa globalité ; elle progressera encore ; l'enjeu serait donc d'améliorer ses moyens (plus d'unités de soins et mieux réparties sur le territoire). Axel Kahn : « Je me résoudrais à une loi d'euthanasie si c'était le seul moyen de calmer les souffrances ».

- **Enfin aucune religion n'admet l'euthanasie active**

Si toutes les religions semblent désormais réprouver l'acharnement thérapeutique et encourager le développement des soins palliatifs, elles rejettent

l'euthanasie active et le suicide assisté.

Pour les religions monothéistes (catholicisme, protestantisme, islam, judaïsme) c'est Dieu qui donne la vie, c'est Lui qui fixe son terme. La vie est un don de Dieu et donc un dépôt sacré auquel nulle atteinte sur soi-même ou sur autrui ne peut être portée. L'euthanasie active ne saurait donc être admise. En revanche certains courants protestants, l'Islam et le Judaïsme considèrent que l'euthanasie passive peut être autorisée.

Quant au **suicide assisté** il est en général considéré comme un péché grave ou un acte contre nature. Catholiques et orthodoxes y sont opposés, certains protestants récusent aussi cette demande tandis que d'autres pensent qu'il faut l'entendre car la souffrance peut comporter un caractère inacceptable, les juifs refusent toute aide car elle correspondrait à un meurtre, les musulmans l'interdisent.

Engagement 21 du candidat F Hollande : « Je proposerai que toute personne majeure en phase avancée ou terminale incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à **bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité** ».

VIELLIR DIGNEMENT ?

Le droit de mourir dans la dignité ne concerne pas seulement le choix d'abrégé les derniers temps de sa vie en cas de maladie incurable ou souffrances constantes inapaisables. C'est aussi, pour les personnes âgées



devenues dépendantes, le droit à un vieillissement digne, humain, nécessitant des conditions de vie respectant la liberté de la personne et prenant en compte ses différents

handicaps.

Or on constate de plus en plus souvent que de nombreuses personnes âgées sont traitées de façon indigne ; surtout celles qui ont perdu leur autonomie. On profite souvent de leur faiblesse plutôt que de leur venir en aide. Et ceci particulièrement dans des institutions censées faciliter leur fin de vie.

Et les pouvoirs publics tardent à mettre en place des contrôles efficaces sur ces établissements. Tout comme ils tardent à prendre en compte l'ampleur des problèmes liés au vieillissement de la population qui entraîne de facto un accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes : insuffisance des aides pour le

maintien à domicile, manque de structures d'accueil spécialisées du secteur public, etc.

Du coup, se développe, à grande vitesse, un marché très juteux capté par quelques grands groupes financiers qui construisent des fortunes sur ce nouveau besoin délaissé par l'État. Les EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) du secteur privé se multiplient sans jamais pouvoir satisfaire à la demande, ce qui crée un marché captif entraînant toutes les dérives imaginables : prix exorbitants inaccessibles pour de trop nombreuses familles, qualité de service contestable, conditions de travail du personnel insensées, etc.

Des paramètres économiques toujours plus draconiens entraînent des modes de fonctionnement complètement contraires aux besoins des résidents et aussi à la volonté des personnels d'accomplir des soins de qualité, c'est-à-dire en s'adaptant à chaque personne. A l'opposé, trop souvent, il leur est demandé d'adapter la personne âgée dépendante aux contraintes de procédures dictées par la rentabilité maximum. Au point qu'on en arrive à constater une banalisation de ce

qu'il faut appeler le mauvais traitement des personnes dépendantes (en particulier âgées).

Impossibilité donc pour le personnel d'établir des relations personnalisées tant nécessaires aux résidents (pour les toilettes, les repas, les soins infirmiers...)

Au lieu de cela : travail en série qui entraîne des gestes indéliques ou même brutaux dans les soins qui sont alors perçus comme de la violence. Ainsi la maltraitance institutionnelle s'installe insidieusement. Et les pouvoirs publics le plus souvent laissent faire, sauf quand advient un incident dramatique, un scandale, une dénonciation.

Mais les familles elles-mêmes, souvent impuissantes, abattues, finissent par admettre passivement cet état de fait qui se banalise.

Et c'est ainsi que les dernières années ou les derniers mois ou semaines à vivre deviennent pour beaucoup de nos aînés de véritables supplices, admis, acceptés tacitement par la société ; supplices amenant de nombreuses personnes à préférer en finir au plus vite et se laisser mourir.

Le vieux devient un objet de profit à qui on dénie toute valeur humaine.

POUR MIEUX ACCOMPAGNER VIEILLESSE ET FIN DE VIE, il faut

- augmenter les aides pour le **maintien à domicile**,
- disposer de plus de **structures d'accueil spécialisées du secteur public** pour les personnes âgées dépendantes,
- améliorer l'offre de **soins palliatifs**.

Dans les Bouches-du-Rhône il y a seulement 73 lits en unités de soins palliatifs (10 à Aix, 24 à Gardanne, 34 à Marseille, 5 à Salon) et environ 80 lits de soins palliatifs en hôpitaux.

RESPECTER LE LIBRE CHOIX

Dans notre culture judéo-chrétienne, la mort apparaît comme un tabou dont il est malséant de parler, auquel on évite de penser parce qu'on en a peur. Sans doute cette peur est-elle à l'origine liée aux croyances qui vouent le pécheur à l'enfer ? En tout cas elle n'est pas universelle, d'autres cultures ne la partagent pas, beaucoup d'individus non plus. Il est temps qu'ils puissent se faire entendre.

Ce que nous demandons au législateur, c'est tout simplement de respecter la volonté de chacun concernant sa fin de vie. C'est l'individu, dans sa singularité, qui doit être au centre de l'action publique. Ce n'est ni au médecin, ni à la justice de décider à sa place.

Nos sentiments, nos désirs, nos angoisses par rapport à la mort touchent notre intimité profonde, notre histoire, notre environnement familial et social, nos convictions éthiques, morales ou religieuses. Certains désirent s'accrocher à la vie jusqu'au bout, par tous les moyens, parce que pour eux toute vie humaine reste digne d'un respect inconditionnel : ils en ont le droit. D'autres réclament qu'on les aide à mourir, activement, parce qu'ils refusent la souffrance physique et psychique et la déchéance liées à la vieillesse et à la maladie, dont seule la mort peut les délivrer : ils en ont le droit aussi.

Chaque fin de vie est unique, et nul ne peut imposer aux autres sa façon de la concevoir.

Parce que la loi Léonetti a montré ses limites, parce que, chaque jour, des patients, majoritairement parmi les élites, reçoivent à leur demande et clandestinement des doses mortelles de produits létaux, parce que les gens « ordinaires » parviennent rarement à faire respecter leur volonté, il faut une nouvelle loi, plus respectueuse de la personne, qui ouvre la même liberté à tous.

L'ADMD (Association pour le droit à mourir dans la dignité) propose un texte de loi dont nous reproduisons ici l'article premier :

Toute personne majeure et capable, en phase avancée ou terminale, même en l'absence de diagnostic de décès à brève échéance, atteinte d'au moins une affection accidentelle ou pathologique avérée, grave, incurable et/ou à tendance invalidante et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique constante et inapaisable ou qu'elle juge insupportable, peut demander à bénéficier, dans les conditions strictes prévues au présent titre, d'une aide active à mourir ou au suicide assisté.

Nous souscrivons entièrement à cette proposition de loi.

Ligue des droits de l'Homme, section d'Aix-en-Provence Tél : 06 44 94 45 74
Courriel : ldh.aix@laposte.net - Site : www.ldh-aix.org et www.facebook.com/ldh.aix
