

Veillez décéder sans trop traîner !

Ce mois de janvier aura encore vu couler à flots le cava et le champagne, assortis de toasts à une année 2017 plus positive que la catastrophique 2016. On n'avait toutefois pas fini de s'échanger les traditionnels voeux de bonne année, bonne santé et bonheur généralisé au premier jour de l'an qu'Istanbul ouvrait déjà le bal des attaques terroristes, réveillant le douloureux souvenir des événements qui ont secoué notre propre pays le 22 mars.

Il faut du reste croire que le hasard n'existe pas, car c'est le jour même de ces attentats que le conseil d'administration du KCE se réunissait pour décider combien de services d'urgence pourraient être fermés sur le territoire belge - une décision qui a d'ailleurs été reportée et mitigée pour tenir compte de la sanglante réalité du moment.

Dans un gouvernement qui pense surtout en termes d'économies, la fonction de ministre des Affaires sociales et de la Santé publique n'allait clairement pas être une sinécure. De fait, le département de Maggie De Block a été forcé d'encaisser près d'un tiers de l'effort global (902 millions d'euros), ce qui aura pour conséquence que l'accord médico-mutualiste sera résolu de plein droit au 28 janvier prochain (ndlr : la résolution a été entretenu postposée d'un mois) et qu'il n'y aura pas de nouvelle convention

Croix-Rouge britannique a par ailleurs tiré la sonnette d'alarme pour dénoncer la véritable crise humanitaire que connaissent les services d'urgence chez nos voisins d'outre-Manche. Le National Health Service a une fois de plus de l'eau jusqu'aux lèvres après les fusions imposées à ses services d'urgence et le démantèlement des soins à domicile pour cause d'économies... et pourtant, le modèle britannique continue à inspirer un certain nombre de médecins et d'économistes de la santé belges. Vu que le Royaume-Uni n'autorise pas l'euthanasie, les patients sont de facto priés de mourir chez eux sans trop traîner et sans y être soignés. Voilà au moins un mal qui nous sera épargné, puisque la Belgique a l'inestimable chance de disposer de cette loi du 28 mai 2002 qu'elle ne cesse d'élargir sans opposition notoire.

Euthanasies économiques

En août 2016, des problèmes dans le secteur des soins aux personnes âgées ont donné lieu à un débat sur une politique d'euthanasie motivée par des considérations socio-économiques. Quels soins sont (encore) indiqués, quels traitements opportuns et souhaités par le patient ? Autrefois, mourir ne coûtait rien, a observé à ce propos le président des Mutualités chrétiennes Luc Van Gorp. La mort est-elle aujourd'hui devenue trop chère parce que 80 % des frais

de santé se concentrent au cours de la dernière année de vie - qui peut, soit dit en passant, être aussi bien la 40e que la 95e.

Certains plaident ouvertement dans les médias en faveur de l'euthanasie des patients Alzheimer ou réclament haut et fort que l'on arrête de traiter les malades incurables pour investir les moyens ainsi économisés dans les soins aux aînés. Quand débute l'acharnement thérapeutique ? Qui fixe la limite ? Le conjoint, les héritiers, les soignants ? N'importe quel médecin - en particulier parmi les généralistes, gériatres et oncologues - pourra vous raconter des histoires pour le moins interpellantes quant à l'évolution de l'attitude de la population face à l'euthanasie. Celle-ci commence petit à petit à être considérée comme un droit dont on peut user et abuser, mais aussi comme une obligation pour le médecin à qui on demande de la pratiquer.

Faire un usage efficient des moyens budgétaires limités que les autorités mettent à disposition des soins de santé devrait être pour tout médecin une évidence, mais l'euthanasie ne peut en aucun cas devenir une considération budgétaire dans l'élaboration de la politique de soins. Pourtant, nous nous approchons aujourd'hui dangereusement de la pente savonneuse...

Marc Moens, président de l'Absym