

Fin de vie : assistance au suicide et euthanasie

Mots clés :
Soins centrés
sur le patient
Soins termi-
naux
[Patient-
Centered
Care; Termi-
nal Care]

La question de la dépénalisation, voire de l'autorisation, d'« aides à mourir », apparaît comme une ligne de clivage irréductible entre différentes composantes de notre société. Le comité national consultatif d'éthique (CCNE) fait état de ce profond clivage (y compris parmi ses membres), en constatant au préalable qu'il est extrêmement difficile de définir les termes utilisés de manière acceptable par tous¹. Il perçoit la loi de 2005 comme une loi qui « définit davantage les devoirs des soignants que les droits des personnes malades », soulignant « le scandale que constitue la situation d'abandon d'une immense majorité des personnes en fin de vie, et la fin de vie insupportable d'une très grande majorité de nos concitoyens ». Ne faudrait-il pas faire évoluer la loi pour rejoindre la position des pays du Benelux ? Pour conclure – provisoirement – sur le sujet, voici résumés les arguments de ce rapport, fondé sur un débat public initié en 2012¹.

Pour un nouveau « droit de mourir » ?

Pour le CCNE, il est fondamental de mettre en œuvre un réel accompagnement humain pour les personnes en situation de vulnérabilité en amont, et de respecter la volonté des personnes en fin de vie. Le CCNE préconise que soit défini un droit des individus à obtenir s'ils le souhaitent une sédation jusqu'au décès dans les derniers jours de leur existence, décision retracée au dossier médical. Pourtant, même cette sédation profonde reste controversée, certains la considérant comme une euthanasie déguisée, d'autres estimant qu'elle reste inhumaine, conduisant à une mort de faim et de soif, et devrait être remplacée par une possibilité de suicide assisté ou une euthanasie...

Euthanasie et suicide assisté

Les avis sont partagés au sein du CCNE. La majorité définit l'euthanasie comme une mort médicalement assistée quand il n'a pas été possible d'obtenir le consentement direct de la personne ; s'il y a consentement, c'est un suicide assisté, y compris dans le cas où un tiers administre le produit létal. Une forte minorité estime qu'il y a euthanasie dès qu'un tiers intervient pour administrer un produit létal avec mort immédiate. La majorité estime qu'il ne faut pas légiférer, parce qu'il n'est pas dans la mission du médecin de provoquer délibérément la mort. La minorité pense que la possibilité de se suicider avec assistance médicale est un « droit légitime du patient en fin de vie ou souffrant d'une pathologie irréversible », dans des conditions et selon une procédure soigneusement définies. C'est aussi la position de l'association ADMD et le point de vue très largement majoritaire qui ressort de nombreuses enquêtes d'opinion. La loi de 2005 a cherché le

consensus à tout prix : elle a fixé un cadre à l'arrêt des traitements en obligeant le médecin à suivre l'avis du patient si celui-ci est conscient ; elle a autorisé le recours aux médicaments qui soulagent la douleur même s'ils augmentent le risque de décès (notion de « double effet ») ; mais elle ne permet aucun geste délibérément mortifère, même dans les situations extrêmes qui font la une des médias. Selon le sociologue P. Bataille, il y a là confusion et malentendu² : la question n'est pas celle d'une demande d'euthanasie, mais d'une « assistance médicale à mourir » de quelqu'un qui sait qu'il va mourir dans peu de temps. Des convictions morales et religieuses peuvent justifier l'assimilation de toute aide à mourir à un meurtre, attitude respectable, mais qui n'est plus un consensus sociétal.

« Tout déplacement d'un interdit crée d'autres situations limites »³

Le CCNE a admis « l'exception d'euthanasie dite active » respectant formellement l'autonomie du patient, manifestée par une demande libre, répétée, exprimée oralement en situation ou, antérieurement, dans un document. Une partie de ses membres souhaite que la loi ne tolère pas seulement cette exception, mais dise quand et comment, pour protéger à la fois le médecin et le patient. Le CCNE souligne qu'il nous faut mieux connaître les situations limites dans lesquelles les malades, leurs proches, ou les professionnels de santé concernés, estimeraient que ni les soins palliatifs ni une sédation ne suffisent à rendre acceptables les derniers instants de la vie d'une personne. « Seul un tel approfondissement permettra de dépasser le stade actuel fait de rumeurs contradictoires et d'apporter un surcroît de vérité au débat sur la fin de vie ».

Que conclure pour notre pratique ?

Le débat public initié par le CCNE montre combien il est difficile de concilier principe d'autonomie et interdit de mettre fin délibérément à la vie d'autrui. Il en ressort « l'exigence d'un engagement de la société et de la médecine à accompagner la personne en fin de vie en respectant ses demandes, sa volonté et son autonomie ». Débat universel : « La question de la légalisation de l'assistance à mourir est un choix de société, pas une décision de médecins. La réforme législative, avec tous les garde-fous qu'elle suppose, est une conséquence quasi-inévitable d'un changement de société vers une plus grande autonomie individuelle »⁴.

Références

- 1- CCNE. Rapport sur le débat public concernant la fin de vie. 21 octobre 2014.
- 2- Bataille P. A la vie, à la mort. Paris: Autrement; 2012.
- 3- Commission de réflexion sur la fin de vie en France. Penser solidairement la fin de vie. Décembre 2012.
- 4- Godlee F. Assisted dying. Legalisation is a decision for society not doctors. BMJ. 2012;344:e4075.