



Euthanasie et suicide assisté, questions éthiques

Guy Darcourt

Professeur émérite de psychiatrie, universités de Nice Sophia-Antipolis, membre du bureau de l'Espace éthique azuréen (EEA)

L'euthanasie et le suicide assisté sont interdits en France, mais il existe des pratiques clandestines et des débats qui mettent en évidence des tendances dans notre société.

La loi dite Leonetti¹ a clarifié ce qu'il faut entendre par euthanasie. Elle pose en effet le problème en envisageant son opposé : la prolongation artificielle de la vie. Elle proscrie les deux attitudes, la première parce qu'elle est une atteinte à la vie et la seconde parce qu'elle est une « obstination déraisonnable ». Et elle prescrit de sauvegarder la dignité du mourant et d'assurer la qualité de sa fin de vie. En premier lieu, il faut respecter la volonté du patient : s'il s'oppose à tout traitement, même aux soins de nutrition et d'hydratation, il faut respecter sa volonté. En second lieu, la douleur doit être soulagée quel qu'en soit le prix. Même si cette sédation peut avoir un « double effet », c'est-à-dire si elle doit accélérer la survenue de la mort, elle a la priorité. Cela doit être fait en informant le patient et/ou la personne de confiance, la famille ou à défaut un des proches et en inscrivant la procédure dans le dossier médical. Reste le problème de l'« euthanasie passive », c'est-à-dire l'arrêt des traitements quand la situation est désespérée, par exemple l'arrêt d'un respirateur lorsqu'il est le seul moyen de maintenir la vie. La prise de décision doit être collégiale, après consultation de la personne de confiance, de la famille et des directives anticipées. On voit que la distinction avec l'euthanasie active est délicate et peut conduire à des dérives : c'est une décision qui repose sur la conscience des acteurs.

Pour le suicide assisté, la situation légale est moins précise. D'une part tout sujet a le droit de se suicider, d'autre part la loi n'incrimine pas les personnes qui l'aident, à condition toutefois que la conscience du sujet soit prouvée.

Tout ceci correspond au cadre légal. Qu'en est-il dans la réalité ? Il existe des pratiques clandestines. Elles sont par définition mal connues. Toutefois, si on ne dispose pas de statistique pour le suicide assisté, on en a une pour l'euthanasie. L'Institut national des études démographiques (INED) a mené, en lien avec l'Observatoire national de la fin de vie, une vaste enquête sur les conditions de la fin de vie en France [25]. Cette étude réalisée en 2010 repose sur un échantillon de 4 891 situations de fin de vie observées non seulement à l'hôpital, mais aussi à domicile et en établissements médicosociaux. Les demandes explicites d'euthanasie par des patients

ont été de 1,8 % alors que les réalisations par des médecins ont été de 3,1 % (soit 148 cas, chiffre qui n'est pas négligeable pour une pratique illégale). Cette enquête apporte une information complémentaire d'un intérêt majeur pour comprendre les dérives possibles d'une telle pratique : parmi ces 148 décisions, seules 20 % ont été prises à la demande explicite du patient. Cela confirme ce que disent des responsables d'unités de soins palliatifs : les demandes d'euthanasie qu'on leur présente émanent plus souvent de l'entourage que du patient lui-même. Cela pose un problème éthique : s'agit-il de soulager un mourant ou de soulager sa famille ? Par ailleurs, un trépas douloureux (justifiant la sédation) n'est pas la seule façon de mourir. Des études psychologiques ont mis en évidence qu'il se produit chez beaucoup de mourants une riche activité imaginaire avec une reprise de leur vie passée et une forte charge affective. Est-il éthique de les priver de cette expérience affective ?

Une loi pas toujours appliquée et des débats qui demeurent

On voit donc que la loi n'est pas rigoureusement appliquée. Il existe en effet de fortes oppositions qui sont à l'origine de débats. Certaines associations, comme l'ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité), revendiquent la légalisation de ces pratiques. À l'opposé, des institutions confirment leur opposition à une telle légalisation, comme la conférence des évêques de France [11] ou le Conseil national des infirmiers en décembre 2013 [10]. Deux rapports ont pris en compte l'éventualité de cette légalisation : celui de la « mission Sicard » [29] et celui de la « Conférence de citoyens sur la fin de vie » [5].

Le rapport Sicard n'est pas favorable à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté mais il donne son avis au cas où le législateur en prendrait la responsabilité. Pour ce qui est de l'euthanasie, il précise dans ses conclusions que « la commission entend mettre en garde sur l'importance symbolique du changement de cet interdit car : 1. l'euthanasie engage profondément l'idée qu'une société se fait du rôle et des valeurs de la médecine ; 2. tout déplacement d'un interdit crée nécessairement de nouvelles situations limites, suscitant une demande indéfinie de nouvelles lois ; 3. toute médecine comporte sa part d'action aux confins de la vie sans qu'il soit nécessaire de légiférer à tout coup. » On voit que la commission, au-delà même de son opposition à l'euthanasie, s'inquiète des conséquences de son éventuelle légalisation. Ce qu'on a vu des pratiques clandestines lui donne raison.

1. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, JO du 23 avril 2005.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

Pour ce qui est du suicide assisté, deux points majeurs lui semblent devoir être « affirmés avec netteté » : la garantie stricte de la liberté de choix en témoignant de l'autonomie de la personne et l'impératif d'impliquer au premier chef la responsabilité de l'État et la responsabilité de la médecine

La Conférence de citoyens, qui s'est prononcée en décembre 2013 sur la fin de vie, n'a pas de valeur légale. Elle a toutefois l'intérêt d'expliciter une tendance présente dans notre société. Elle a réuni 18 personnes, recrutées de manière à refléter au mieux la diversité de la population française. Elle a auditionné des experts et des porteurs d'intérêts divers, puis a rédigé, à huis clos, un avis [10]. Pour l'euthanasie, elle a d'abord écarté cette pratique comme solution pour la fin de vie, puis a envisagé une exception pour des cas particuliers « lorsqu'il n'existe aucune autre solution », possibilité qu'elle n'a envisagée que « strictement encadrée ». Elle précise en effet que la décision doit être laissée « à l'appréciation collégiale d'une commission ad hoc. La composition de chaque commission devra être mixte et intégrer l'équipe médicale concernée par le cas mais

également le médecin référent du patient, un médecin extérieur à l'hôpital concerné et un représentant du comité d'éthique de l'hôpital afin de refléter la pluralité des points de vue. »

Pour le suicide assisté, elle y est favorable mais dans des conditions très strictes :

- Cette aide ne peut concerner que des personnes en fin de vie ou atteintes d'une maladie incurable.
- Il est nécessaire d'être sûr de la détermination du sujet (par son affirmation ou ses directives anticipées écrites ou sa volonté exprimée à une personne fiable...) et que sa conscience soit formellement constatée par un collègue d'au moins deux médecins.
- Reste une condition à propos de laquelle les membres de la commission se sont trouvés partagés : 6 sur 18 excluant l'administration du produit par un tiers (ce qui serait un acte d'euthanasie) et 12 acceptant cette possibilité.

On voit que si la loi définit clairement l'attitude à avoir vis-à-vis de l'euthanasie et du suicide assisté, elle n'est pas toujours appliquée et suscite encore des polémiques. 🐦

Le Comité consultatif national d'éthique et la question de l'euthanasie

Lors du premier avis qu'il a publié sur la question en 1991, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a pris nettement position contre l'idée d'une dépénalisation de l'euthanasie. Mais dix années plus tard, dans son avis n° 63, il a introduit le concept d'« exception d'euthanasie ». Cette idée se trouve reprise, peu après, dans un avis relatif à l'arrêt actif de vie de certains nouveau-nés. En 2013, le CCNE ne trouve plus aucune justification à une quelconque aide active à mourir. Il en appelle à un élargissement du débat à la faveur d'une consultation citoyenne.

1991 : le médecin ne donne jamais la mort

Selon l'avis n° 26 de 1991, les dilemmes liés à la fin de vie ont toujours existé. Nous sommes donc fondés à puiser aux sources des pratiques d'accompagnement des mourants déjà éprouvées au cours des siècles écoulés, dans le droit fil de la tradition de l'humanisme médical : « Depuis les origines, la vocation du médecin est de prévenir, de soigner et de soulager les souffrances » [4]. Pourquoi faudrait-il modifier le régime légal pour démêler des situations qui sont immémoriales ? À l'instar des générations antérieures de médecins, les praticiens d'aujourd'hui doivent accompagner les patients en fin de vie dans un esprit de bienfaisance et d'humanité, sans qu'il y ait besoin d'une loi pour les y obliger. La demande d'euthanasie provient de « l'acharnement

thérapeutique déraisonnable ». Il faut tarir le mal à sa source au lieu de céder à une demande du mourant dont l'autonomie, en pareilles circonstances, est forcément illusoire.

2000 : il existe des cas exceptionnels

Au rebours de l'avis de 1991, l'avis n° 63 du Comité d'éthique estime que la fin de vie est source de dilemmes moraux plus aigus que par les temps passés. Toute la première partie de cet avis est consacrée au phénomène contemporain de « médicalisation de la mort ». Pour dénouer certains dilemmes tragiques soulevés par la sophistication des techniques, la voie la plus humaine est à chercher du côté d'une « exception d'euthanasie » [7]. Sur un mode transgressif, l'équipe médicale, en concertation avec le patient et sa famille, accélérera la fin d'une vie altérée par une souffrance réfractaire aux antalgiques. Ainsi, en vertu d'un « engagement solidaire », le CCNE admet qu'on puisse hâter l'échéance lorsque le mourant juge ses souffrances insupportables : « Ce qui ne saurait être accepté au plan des principes et de la raison discursive, la solidarité humaine et la compassion peuvent le faire leur. » Sous certaines conditions (consentement, concertation, collégialité), un soignant ayant administré une substance létale dans les veines d'un patient incurable ne devrait pas être l'objet de poursuites judiciaires.

Pierre Le Coz

Professeur des universités en philosophie, Espace éthique méditerranéen/UMR 7268 ADÉS, EFS/CNRS, université d'Aix-Marseille

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

L'auteur déclare un lien d'intérêt avec le Comité consultatif national d'éthique dont il a été membre durant 9 ans (dont 4 en qualité de vice-président).