

FIN DE VIE EUTHANASIE

Fiches bioéthique
© Juin 2018



Ce que dit la loi

9 juin 1999 : loi visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

4 mars 2002 : la loi consacre les droits des malades : droit à l'information, réaffirmation du consentement libre et éclairé, droit au refus de traitement, possibilité de désigner une personne confiance. L'autonomie des malades est consacrée en droit.

22 avril 2005 : la loi protège les malades contre l'acharnement thérapeutique et introduit la notion d'obstination déraisonnable : droit de laisser mourir sans faire mourir. En même temps, elle fait obligation au médecin d'accompagner son malade, si celui-ci décide l'arrêt de ses traitements. Elle prévoit 4 cas d'arrêt de traitement pour des malades maintenus artificiellement en vie ou en fin de vie. Elle introduit le principe du double effet.(faut-il l'expliquer ?) Elle crée le principe de directives anticipées révisables tous les 3 ans.

2 février 2016 : Un enseignement sur les soins palliatifs est introduit dans la formation initiale et continue du personnel médical. La nutrition et l'hydratation artificielles constituent désormais des traitements qui peuvent être arrêtés. Un nouveau droit est ouvert : le malade qui décide d'arrêter un traitement qui le maintient en vie peut exiger une sédation profonde et continue jusqu'au décès. Les directives anticipées, sans limite dans le temps, sont opposables au médecin.

FIN DE VIE EUTHANASIE

Demandes d'évolution

Légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie

Quels sont les arguments ?

- un certain nombre d'euthanasies clandestines (le chiffre de 800 est avancé) ont lieu chaque année en France.
- En donnant un droit à certains, on n'enlève rien à personne.



Que répondre ?

S'il est si facile d'obtenir l'euthanasie de médecins qui ne sont jamais sanctionnés, pourquoi vouloir en faire un droit ? Faut-il au contraire sanctionner ces médecins qui contreviennent à la loi ?

Ils refusent de voir que le droit de demander sa mort risque de devenir un devoir pour des personnes âgées, dépendantes, fragiles, qui se sentiront de trop et à charge de la société. Notre décision personnelle a toujours un impact sur les autres.

Problèmes éthiques

La loi de 2016 a entr'ouvert la porte du suicide assisté, en accordant le droit à un malade atteint d'une affection grave et incurable de demander une sédation profonde et continue jusqu'au décès après avoir décidé l'arrêt de traitements le maintenant en vie, sans préciser si le malade est en fin de vie ou non. Une affection peut être grave et incurable sans mettre à court terme une vie en danger.

Il faut toutefois noter que les points de repère juridiques donnés aux médecins par l'APHP (Assistance publique Hôpitaux de Paris) et parus en janvier 2018 sont très prudents et permettent aux médecins de décider en conscience.

Cette loi commence donc à peine à entrer en application et les partisans de l'euthanasie veulent relancer le débat.

En décembre 2012, la commission SICARD avait mis en garde contre une telle législation, estimant que les situations limites relèvent d'édictons de recommandations de bonnes pratiques et non d'une loi qui sera sans cesse élargie. « *Tout déplacement d'un interdit crée d'autres situations limites, toujours imprévues initialement et susceptibles de demandes réitérées de nouvelles lois.* » Force est de constater que chaque nouveau pas, loin d'apaiser ceux qui réclament davantage, leur donne la certitude que, tôt ou tard, ils arriveront à leurs fins.

FIN DE VIE EUTHANASIE

Enjeux

de ces demandes d'évolution

Ces demandes sont fréquentes et insistantes avec, comme toile de fond, des réflexions sur la dépendance, phénomène dont se préoccupent les pouvoirs publics. Les raisons les plus souvent évoquées sont

La douleur physique et la souffrance psychologique sans aucun espoir d'amélioration qui paraissent intolérables

Une volonté de maîtriser sa vie

La crainte de la dépendance et son coût pour la société.

Ces demandes portent en elle des contradictions : la revendication de maîtrise sur sa vie s'accompagne d'une part de l'exigence d'être assisté par un médecin et d'autre part d'une demande que la médecine aille aussi loin que possible dans le prolongement de la vie. Vouloir être maître de son destin « ma vie, mon choix, j'en décide » oui, mais avec l'aide de la médecine et l'aval de la société au moyen de la loi. Ces demandes sont aussi le signal de la difficulté de notre société à accepter la fragilité. Elle semble ne s'intéresser qu'à la jeunesse, qu'à la réussite. Donc si je ne réussis pas, si je vieillis, si je deviens dépendant, je n'existe plus pour les autres, je ne suis plus intéressant. Alors je demande à disparaître. La mort fait peur, la souffrance aussi. Pour éviter cette mort, pour l'apprivoiser, je veux en choisir l'heure, surtout lorsque je suis bien portant. La demande provient le plus souvent de personnes en bonne santé, qui ne veulent pas reproduire une fin de vie qu'ils ont peut-être mal vécue chez leurs aînés ou leurs proches : vie diminuée, dépendante, fragile... Il semble que ce souhait de maîtriser sa vie diminue en avançant en âge.

Cela amène donc plusieurs questions :

Sur quoi bâtissons-nous notre vie pour vouloir décider de notre mort ? Comment pouvons-nous nous considérer propriétaires de notre vie, de notre mort ? Nous n'avons pas décidé de notre conception, pouvons-nous décider de notre mort ?

Quelle est la place de la famille, des proches dans la fin de vie ?

Que nous disent les sondages qui plébiscitent l'euthanasie ? Une véritable demande de mort ou une immense peur de la mort ?

Qu'est-ce qu'une bonne mort pour nous et nos proches ?

Cette approche individualiste de la fin de vie n'est-elle pas angoissante ? Ne serons-nous pas sommés bientôt de prévoir notre mort, d'en choisir le moment ?

FIN DE VIE EUTHANASIE

Nos propositions

Soutenir le développement d'une culture de soins palliatifs aussi bien dans les services hospitaliers que dans les maisons de retraite et en exercice libéral. Ne pas réserver cette culture du soin à la fin de vie, mais la diffuser hors des soins palliatifs dans toutes les équipes médicales.

Rétablir la nutrition et l'alimentation artificielle comme la satisfaction d'un besoin naturel et non comme un traitement.

Insister sur la solidarité de toutes nos décisions avec le corps social tout entier : Chaque nouveau droit accordé aux patients entraîne un devoir pour le personnel médical : celui de tuer pour répondre à la demande. Cela crée aussi un devoir pour les personnes vieillissantes et/ou dépendantes de demander à ne plus être à charge de leurs proches et de la société.

Développer les services de soins palliatifs à domicile.

Soutenir les bénévoles et les associations de soins palliatifs qui les forment à l'accompagnement des malades.

Reconnaître le rôle des aidants familiaux et les soutenir.

Développer des structures d'accueil temporaire des malades pour permettre aux aidants de souffler.

Développer le congé d'accompagnement.