

OBSERVATIONS prononcées à la suite de la communication d'André Vacheron
(séance du lundi 31 janvier 2011)

François Terré: Ne faudrait-il pas prendre en compte le fait que l'euthanasie est couramment pratiquée dans les services de réanimation ? Cela n'est toutefois pas une raison pour la justifier. Pas plus que l'on peut prôner la légalisation de l'euthanasie sous le prétexte que, certains pays voisins du nôtre l'ayant déjà fait, d'autres se rendront dans ces pays pour y mourir. Le droit comparé a ses raisons que la raison ne connaît pas.

En m'en tenant strictement au droit positif actuel, je vous poserai quatre questions.

Premièrement, la réglementation résultant de la loi Leonetti et des modifications apportées au Code de la santé publique font prévaloir l'idée de la volonté sur celle du consentement. Par là-même, comment peut-on résoudre les problèmes de l'euthanasie face à un malade qui ne tient pas nécessairement à ce qu'on l'oblige à se prononcer de par sa volonté ? Que se passe-t-il en outre lorsqu'on est obligé de ne pas dire au malade en fin de vie la réalité de sa situation parce que parfois il n'y tient pas du tout ?

Deuxièmement, que doit faire le médecin ? Doit-il informer ou ne pas informer le malade ? Et s'il est en désaccord avec le traitement, doit-il néanmoins le poursuivre, ne serait-ce qu'à titre transitoire ?

Troisièmement, les soins palliatifs sont une grande innovation de la loi Leonetti, mais que se passe-t-il lorsque le malade les refuse ?

Quatrièmement, les services de réanimation en soins palliatifs sont-ils en mesure de se prononcer en satisfaisant les exigences qui résultent de la loi ?

Cinquièmement, il ne faut sans doute pas comparer l'euthanasie, le suicide et l'avortement, mais il n'en demeure pas moins qu'il y a là un même problème si l'on considère que les personnes concernées peuvent aller dans les pays où ces pratiques sont légales.

Réponses: Le médecin n'est évidemment pas libre de tout doute, y compris dans les services de réanimation. Mais les moyens actuels de la médecine, grâce à la biologie et grâce aussi aux progrès de l'imagerie, permettent de savoir de façon assez précise quel est le pronostic du patient en réanimation.

Disons-nous à un malade qu'il n'a plus aucune chance de vivre ? Certainement pas. On n'a pas le droit d'étouffer d'un coup tout l'espoir d'un être encore en vie. Par contre, on peut demander au malade s'il accepte de continuer à être placé sous respirateur, sous alimentation artificielle. On peut lui demander s'il souhaite une sédation – qui n'est pas l'acte létal, mais qui va le débarrasser de l'angoisse et de la douleur – tout en maintenant l'hydratation, car en supprimant l'hydratation on ne peut que tuer le malade très rapidement. La loi Leonetti donne au patient le droit de limiter ou de refuser tout traitement après qu'il ait été informé des conséquences de son choix, ou bien de tenir compte de ses directives anticipées ou de l'avis d'une personne de confiance ou des proches. Mais le médecin doit assurer la continuité des soins et des traitements pour soulager l'angoisse et la souffrance et accompagner le patient en sauvegardant sa dignité.

En 1976, il y a eu aux États-Unis un cas très intéressant. Il s'agissait d'une jeune femme du nom de Karen Ann Quinlan qui est restée pendant plus d'un an dans

le coma. Au bout d'un an, après avoir consulté les autorités religieuses, la famille a obtenu l'autorisation d'arrêter la réanimation devenue sans espoir et particulièrement le respirateur qui maintenait la jeune femme en vie. Après avoir hésité, les médecins, sur l'injonction formelle de la famille de cette jeune femme, ont débranché le respirateur – mais la jeune femme, toujours alimentée, a continué à vivre encore pendant quelques années. Cela nous montre que les médecins ne savent pas toujours ce qui va se passer s'ils arrêtent tous les appareils destinés à assurer la survie.

Vous avez dit que l'on pratiquait couramment l'euthanasie dans les services de réanimation. Mais il ne s'agit pas d'une euthanasie active, il s'agit d'une euthanasie sédative, enlevant la souffrance, enlevant l'angoisse et par laquelle on ne cherche pas à provoquer la mort par une injection létale de morphiniques à haute dose. Il n'est pas exact de dire que l'on tue les malades en fin de vie dans les services de réanimation.

Je peux vous citer l'exemple d'un grand insuffisant respiratoire qui était considéré comme perdu, mais qui finalement a été tiré d'affaire par les réanimateurs. Quand il a repris conscience et qu'on a débranché son respirateur parce que son état de santé le permettait, il a déclaré avoir eu très peur, très peur non pas de mourir, mais que l'on regardât son testament de fin de vie dans lequel il avait demandé à ne pas subir d'acharnement thérapeutique.

*
* *

Alain Besançon : Je souhaiterais introduire une considération plus sociologique qu'éthique, à partir d'un cas que je connais bien, celui d'une infirmière, aujourd'hui en retraite, qui travaillait dans un hôpital de province. Très consciencieuse et très proche de ses malades, elle faisait en sorte, lorsqu'elle sentait qu'un malade était véritablement en fin de vie, de rassembler la famille autour de lui, après quoi il se trouvait que le malade mourait rapidement. Le chef des services était à peu près au courant et, ayant besoin d'un lit, laissait faire. Quant à l'infirmière, femme simple, elle agissait sans problème de conscience particulier. Pourriez-vous nous indiquer quelle proportion de malades meurt dans ces conditions en France ? J'imagine qu'elle est très élevée.

Vous avez parlé de l'interdiction, puis de la dépénalisation et enfin du « droit à ». Je ne peux m'empêcher de faire un rapprochement avec l'avortement, d'abord interdit, puis dépénalisé et qui est aujourd'hui devenu un des droits sacrés de notre République.

Réponse : Le nombre de malades tués – j'emploie ce mot car il s'agit en l'occurrence d'une euthanasie non demandée et sans consentement – est assurément très faible. J'ai travaillé à l'hôpital pendant cinquante ans et je peux vous assurer que, tant dans les services de réanimation que dans les services cliniques, je n'ai jamais eu connaissance d'une infirmière qui se serait permis de tels gestes. Dans un service bien encadré, où le patron est un vrai patron, c'est-à-dire un « chien de garde », il règne un esprit qui n'est certainement pas d'accélérer la fin d'une vie.

Pour ce qui est de la loi sur l'avortement, vous avez tout à fait raison d'évoquer un parallèle possible avec l'euthanasie. Toutefois, pour beaucoup de gens, l'embryon de quelques semaines n'est pas considéré comme un être humain, alors que le malade que l'on euthanasie est indéniablement un être humain.

*
* *

Marianne Bastid-Brugière : Vous avez dit que, la plupart du temps, vous ne disiez pas la vérité au patient. Mais quels sont les critères qui vous permettraient de lui dire la vérité ?

Par ailleurs, y a-t-il des cas où, intérieurement, vous avez prévu que le malade n'avait plus que trois mois à vivre et où cela s'est avéré ? Ou bien arrive-t-il fréquemment que ce pronostic intérieur soit démenti par les faits ? Y a-t-il toujours une marge d'incertitude ou bien peut-on parfois être certain du pronostic que l'on fait ?

À propos des effets de la loi Leonetti, il me semble que les cas que l'on traite ne se posent pas seulement dans des grands services hospitaliers, mais dans de nombreuses maisons de retraite médicalisées qui, elles, sont dépourvues d'un grand patron pouvant faire office de « chien de garde ».

Réponse : Dire ou ne pas dire la vérité ? Tout dépend du patient. Il y a des patients qui ont la maturité nécessaire, qui ont la foi et à qui l'on peut dire la vérité. Mais il y a aussi des patients qui sont submergés par l'angoisse et que l'on plongerait dans une détresse plus grande encore en leur disant la vérité. Il y a donc deux catégories d'êtres humains face à la fin de vie.

En ce qui concerne le pronostic, dans beaucoup de cas, mes confrères des services de réanimation peuvent prévoir quel va être le devenir d'une situation désespérée. Ils peuvent même en fixer la chronologie. Lorsque tout a été tenté, il arrive un moment où l'on sait qu'il n'y a plus d'espoir. Le médecin s'adresse alors à la famille ou à la personne de confiance désignée par le patient et c'est avec elle qu'il prend la décision d'une fin de vie progressive – et non d'appuyer sur un bouton pour faire une injection de chlorure de potassium qui arrête le cœur – en débranchant le respirateur et en donnant des sédatifs et des morphiniques.

*
* *

François d'Orcival : Vous avez comparé les législations sur l'euthanasie des pays du Benelux en les opposant à celles de la Suisse et de l'Oregon, comme si, dans le cas où l'on voudrait légaliser l'euthanasie en France, les législations du Benelux vous paraissaient pouvoir constituer un cadre de référence suffisamment large et précis.

D'autre part, pourquoi, selon vous, des groupes de pression si actifs se sont-ils emparés du sujet de l'euthanasie pour en faire un sujet actuel ?

Enfin, pouvez-vous m'indiquer la raison pour laquelle l'ancien Premier ministre Ariel Sharon est toujours maintenu en vie sous respirateur, en Israël ?

Réponse : Quand on examine de près les cadres réglementaires et législatifs dans les pays qui ont légalisé l'euthanasie, on constate qu'ils n'admettent l'euthanasie que pour les personnes atteintes de maladie incurable en phase terminale. Dans le cas de la Belgique, il semble qu'il n'y ait pas eu de dérapage ; on ne peut toutefois pas éliminer la possibilité d'euthanasies clandestines. Aux Pays-Bas, beaucoup de

demandes d'euthanasie sont rejetées par les médecins depuis le développement des soins palliatifs.

Les groupes de pression sont mis sur le devant de la scène avant tout par les médias qui s'emparent avec délectation de tout ce qui n'est plus dans la norme. Il y a aussi un aspect politique. On sait que la légalisation de l'euthanasie fait partie du programme électoral des partis de gauche alors que les partis de droite y sont opposés. On peut enfin remarquer que les défenseurs de l'euthanasie sont généralement des gens bien-portants et que ce ne sont jamais des personnes âgées.

En ce qui concerne Ariel Sharon, la religion joue un très grand rôle en Israël, je rappellerai simplement que toutes les religions monothéistes condamnent l'euthanasie.

*
* *

Chantal Delsol : Nos contemporains sont des admirateurs du stoïcisme. Or, pour les stoïciens, quand la vie est devenue insupportable, il faut la quitter. Pensez-vous que votre attitude face à l'euthanasie – attitude que j'approuve pleinement – puisse être fondée en dehors de la croyance religieuse spécifique qui irrigue la culture occidentale ?

Réponse : Je crois qu'il n'est pas besoin d'être chrétien pour condamner l'euthanasie. Il s'agit avant tout d'un problème de dignité humaine. Un homme n'a pas le droit de tuer un autre homme, quelles que soient les raisons. On invoque un motif compassionnel, mais la compassion n'est pas une raison suffisante. Actuellement, en France, la réglementation et les soins palliatifs permettent parfaitement d'assurer à qui que ce soit une fin de vie dans la dignité et sans douleur.

Cicely Saunders, l'Anglaise qui a été l'initiatrice des soins palliatifs au Royaume Uni et qui a fondé le Saint-Christopher's Hospice à Londres, a vu des milliers de patients en fin de vie et elle a écrit qu'elle n'avait jamais entendu un malade demander la mort.

*
* *

Christian Poncelet : Peu important les sondages. L'essentiel est la conviction, la foi que l'on a. Je ne puis personnellement accepter que l'on puisse donner la mort, sous quelque forme et pour quelque motif que ce soit. C'est pourquoi il ne m'est pas possible de légiférer sur ce sujet. De même, j'ai voté contre la peine de mort et contre l'avortement au nom de mes convictions.

Réponse : J'adhère totalement à vos propos.

*
* *

Georges-Henri Soutou : Je me contenterai de remarquer qu'après le XX^e siècle, qui a essayé de créer l'homme nouveau, le XXI^e essaie de trouver le moyen de le tuer. Le tout au nom d'une position idéologique qui me paraît fondamentalement identique: "*Sicut dei eritis*".

*
* *

Bertrand Saint-Sernin : Comment voyez-vous la possibilité en pratique d'assurer à domicile des conditions pas trop différentes de celles qui peuvent être réalisées en milieu hospitalier, étant donné que beaucoup de gens souhaitent mourir chez eux ?

Réponse : Actuellement, dans les deux tiers des cas, la mort intervient hors de la maison familiale, en particulier pour des raisons d'organisation. Il y a malgré tout un bon nombre de Français qui souhaitent et attendent la mort à leur domicile. Pour répondre à leur souhait, on peut recourir à l'hospitalisation à domicile, très bien développée à Paris et dans bon nombre de grandes villes. La sédation à domicile avec une fin de vie digne peut être aujourd'hui assurée et le patient peut ainsi échapper à la mort dans la solitude, comme c'est presque toujours le cas à l'hôpital. La présence d'un proche est cependant indispensable. Cette condition a motivé la loi du 2 mars 2010 qui assure un congé assorti d'une allocation journalière à l'accompagnant des personnes en fin de vie.

*
* *

Gilbert Guillaume : Il n'est pas question de révéler à un patient sa mort prochaine. La solution passe, dans beaucoup de cas, par les soins palliatifs. Mais est-il possible de mettre un patient dans une unité de soins palliatifs sans qu'il devine que sa mort est prochaine ?

Réponse : Il y a des situations réversibles, parfois de façon tout à fait étonnante. J'ai évoqué il y a un instant ce malade quasiment ressuscité et soulagé que l'on n'ait pas ouvert son testament de vie (ses directives anticipées) dans lequel il demandait à ne pas être « prolongé ». Il faut bien comprendre que le soin palliatif n'est pas un soin de désespoir, mais un soin actif. Il serait faux de croire qu'en soins palliatifs, le corps médical se contente de laisser la situation évoluer. Je rappellerai ainsi que Mgr Lustiger a été soigné en soins palliatifs et qu'il a pu quitter l'Institution où il était hospitalisé à plusieurs reprises avant d'y revenir terminer sa vie.

*
* *

Jean-Louis Crémieux-Brilhac : Permettez-moi de signaler qu'il existe en France une situation anormale pouvant entraîner dans certains cas une mort non voulue de grands malades, dans des conditions qui ne peuvent avoir l'euthanasie pour excuse. J'ai été témoin récemment, dans des services d'urgence d'hôpitaux parisiens débordés par l'affluence des malades, de cas de patients qui se sont vus rejetés vers des services extérieurs qui n'étaient pas en mesure de les traiter. Ce sont certes des cas exceptionnels et qui relèvent plus d'une bonne administration que de la législation, mais ce sont des cas qui existent.

Réponse : Ce sont des situations inacceptables et ce que vous venez d'évoquer tient effectivement à l'engorgement des urgences hospitalières que nous connaissons aujourd'hui à Paris. Les tutelles ont décidé de concentrer dans des grands pôles toute la médecine et la chirurgie parisienne à tel point que des situations intolérables – sans doute exceptionnelles – peuvent se produire dans les services d'urgence.

*
* *

Jean Cluzel : Dans la nuit du débat au Sénat, le 25 Janvier 2011, la chaîne *Public Sénat* a retransmis l'intégralité du débat sur l'euthanasie. Il faut noter que n'était pas discuté un projet de loi, donc d'origine gouvernementale, mais une proposition de loi, ce que les médias n'ont pas clairement dit. Cela explique la position très ferme qu'a adoptée le Premier ministre François Fillon. Mais cela n'explique pas que la Commission des affaires sociales ait initialement voté majoritairement pour ce texte.

Au Sénat, le nombre des votants était de 332 ; 315 suffrages ont été exprimés ; 172 votants se sont opposés à ce texte qui visait à légaliser l'euthanasie, 143 l'approuvant, si bien que la majorité a été seulement de 29 voix. Cela doit faire réfléchir car on peut être assuré que le sujet va revenir prochainement sur le devant de la scène et qu'il deviendra un enjeu dans la campagne présidentielle.

Réponse : Il est effectivement certain que les défenseurs de l'euthanasie vont revenir à la charge. C'est pourquoi il convient de ne pas baisser la garde.

*
* *

Jean Baechler : J'ai été confirmé dans mon opinion qu'il s'agit, avec ce type de questions, questions de limite, de transition, de seuil, de questions très délicates, ce qui me permet d'introduire Aristote et le principe d'équité, tel qu'Aristote le concevait : il n'y a que des cas particuliers ; or, on ne peut légiférer sur des cas particuliers puisque la loi porte sur le général ; l'équité est donc là pour corriger la loi dans le sens de la prise en compte des circonstances particulières. En d'autres termes, vouloir légiférer sur ces questions est anti-aristotélien et donc conceptuellement nul et non avenu.