

« La loi sur la fin de vie, entre fausses promesses et contre-vérités »

par J-M. Gomas et P. Favre

Invention d'un soin d'accompagnement distinct du soin palliatif, confusion entre euthanasie et suicide assisté... le projet de loi sur la fin de vie, qui arrive en conseil des ministres le 10 avril, est truffé de contre-vérités, dénoncent les médecins Jean-Marie Gomas et Pascale Favre.

Jean-Marie Gomas, est ancien gériatre, médecin de la douleur et de soin palliatif.

Pascale Favre, médecin, est diplômée d'un DEA de droit de la santé et est doctorante en philosophie. Co-auteurs du livre « Fin de vie, peut-on choisir sa mort ? » Edition Artège. 2^{ème} édition mise à jour 2023.

FIGAROVOX/TRIBUNE le 5 avril à 19h 45

La presse a récemment révélé le détail du projet de loi (P JL) relatif à [la fin de vie](#), avant même son envoi au Conseil d'État. Sans doute, dans sa mission de contrôle, l'institution garante du sérieux juridique apportera-t-elle certains amendements indispensables et le texte en reviendra modifié. Cependant, plusieurs éléments de cette première rédaction imposent un véritable questionnement, car leur déconnexion de la clinique médicale et les contradictions qu'ils portent se révèlent inadaptées voire inapplicables.

«La définition proposée dans ce projet de loi pour les soins d'accompagnement ne fait que reprendre celle qui est donnée pour les soins palliatifs par la loi de 1999».

Des torsions du vocabulaire. [L'invention d'un «soin d'accompagnement»](#), distinct du «soin palliatif», est superfétatoire. Cette dernière expression fait l'objet d'un véritable consensus international et surtout la définition proposée dans ce projet de loi pour les soins d'accompagnement ne fait que reprendre celle qui est donnée pour les soins palliatifs par la loi de 1999. Plus grave est [la confusion délibérément entretenue](#) entre euthanasie et suicide assisté, aggravée encore par la suppression complète des mots eux-mêmes, pour faire croire à chacun que le geste mortifère serait une «aide», dans une trompeuse imprécision.

Sans compter des délais irréalistes, qui ne tiennent compte ni de la singularité de chaque situation, ni de l'ambivalence des patients (48h pour la réitération d'une demande de mort provoquée, 15 jours pour la réponse). Oubli aussi de [l'abyssale carence de soignants et de médecins](#) - actuellement plusieurs semaines sont nécessaires pour obtenir un rendez-vous avec un médecin de la douleur.

Ce projet est ainsi une triple incitation au suicide : d'abord par l'annonce de la possibilité du recours à la mort programmée dès le diagnostic d'[une maladie grave](#), avec la création d'un plan personnalisé d'aide (PPA) utilisable pour annoncer précocement l'option de l'euthanasie, à l'instar de ce qui se pratique au Québec (pays

dans lequel le taux de décès par euthanasie avoisine fin 2023 les 10%, huit ans seulement après l'instauration de la loi la dépénalisant).

Ensuite par la présence obligatoire d'un soignant pour l'éventualité de l'injection d'une «dose de sécurité supplémentaire», contraignant à la prise d'un rendez-vous. Cette organisation, fondamentalement contraire au principe de liberté invoqué pour [promouvoir le suicide assisté](#), impose un véritable enfermement, figeant la personne dans un processus qui la dépasse en limitant tout revirement potentiel. Les différents États des USA, à l'image de l'Oregon qui a dépénalisé le suicide assisté depuis plus de 20 ans, restreignent le rôle du médecin à une vérification des critères et à la prescription létale ; le patient quant à lui reste libre jusqu'au bout de se procurer ou non le produit létal, puis de l'absorber ou non. De fait, plus de 30% des patients ne le prennent jamais et meurent d'une mort naturelle dans les suites de leur maladie. Il n'est pas anodin de constater que dans cet État, le taux de décès par suicide assisté demeure relativement stable autour de 0,6%.

Enfin, l'inscription d'une «date de péremption» de la démarche fait inéluctablement pression sur [le passage à l'acte](#). Si au bout de trois mois, la personne ne s'est pas suicidée, de nouvelles vérifications obligatoires sont prévues par la loi.

L'exception d'euthanasie envisagée dans certaines situations est aussi inappropriée qu'inutile. En dépit de l'étrange affirmation du [Comité consultatif national d'éthique](#) (CCNE) dans son avis 139, l'exception d'euthanasie n'a pas lieu d'être mise en place en complément du suicide assisté. Elle est inappropriée parce qu'aucune exception n'est défendable en droit. L'avis 63 du CCNE avait en son temps fait couler beaucoup d'encre sur cette question, les commentateurs s'accordant sur cette incongruité juridique inapplicable. Elle est surtout inutile puisque le suicide assisté serait réalisable par [tout patient handicapé](#) ou incapable d'avaler, qui souhaiterait une mort anticipée, grâce à des techniques simples ou à une domotique adaptée - installation déjà en place pour ces patients équipés souvent de longue date. Rappelons ici que pour la plupart d'entre eux, qui bénéficient de supports artificiels, la question n'est pas celle de l'euthanasie, mais celle d'un arrêt de traitement ; ce dernier étant toujours possible, à leur demande (loi de 2005) et accompagné de la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (loi de 2016) pour optimiser leur confort tout en respectant leur rythme.

Par ailleurs, la participation d'un proche au geste mortifère nie trois aspects essentiels du fonctionnement familial. D'une part, [les inévitables dissensions](#) : comment sera regardé par ses frères et sœurs celui ou celle qui aidera leur mère à avaler le produit mortel ? Que deviendront les liens de sang dès lors que le petit-fils aura participé à la mort du grand-père ? D'autre part, les conflits d'intérêts potentiels et le risque d'abus de faiblesse ; à titre de comparaison, la Suisse tolère le suicide assisté à la condition expresse qu'il n'y ait pas de mobile égoïste. Enfin l'impact psychologique majeur d'un tel geste, sur la personne elle-même mais plus largement encore à travers ses conséquences transgénérationnelles.

La rapide caducité des critères posés au départ par le législateur est constatée dans tous les pays qui ont dépénalisé l'euthanasie : le critère de fin de vie a disparu au Canada, l'euthanasie a été ouverte aux mineurs en Belgique.

Quant à l'encadrement par des critères qui se veulent stricts, c'est illusoire, comme nous le montrent tous les pays étrangers qui se sont engagés dans cette voie. Plusieurs critères, par nature subjectifs, se révèlent invérifiables, comme [la notion de «souffrance insupportable»](#). Par ailleurs, la notion de souffrance psychologique en elle-même est un invariant de toute la psychiatrie. Convierait-il donc d'accorder une mort programmée à la demande de dizaine de milliers de patients souffrant de pathologie mentale ? Comment concilier prévention du suicide et mort programmée ? Sur un plan plus général, la rapide caducité des critères posés au départ par le législateur est constatée dans tous les pays qui ont dépénalisé l'euthanasie : le critère de fin de vie a disparu au Canada, [l'euthanasie a été ouverte aux mineurs en Belgique](#). Par le biais d'un élargissement législatif ou par une extension interprétative, la prudence initialement prévue s'estompée de manière vertigineuse : au Canada, on peut se faire euthanasier le jour même de sa demande «en cas d'urgence» ; en Hollande, on peut être euthanasié en couple, même si le conjoint n'est pas malade...

La promesse de la généralisation de l'offre palliative est intenable. Dans un contexte où les moyens financiers sont contraints, le retard semble désormais irrattrapable. D'où des annonces dérisoires, tout juste destinées à compenser l'inflation, alors que les besoins sont en augmentation constante avec le vieillissement de la population. Rappelons que chaque jour 500 personnes meurent dans notre pays sans avoir bénéficié d'[une prise en charge palliative adaptée](#). En outre le monde palliatif, comme l'ensemble du système de santé, se trouve confronté à une vague de démissions et de fermetures de lit, conséquences du manque de professionnels dûment formés. La carence de soignants limite aussi considérablement les prises en charge à domicile pourtant souhaitées par tant de Français.

D'autres points encore méritent réflexion et discussion. Souhaitons que le monde politique prenne conscience à la fois de la nécessité de prioriser une offre réelle de soins avant toute autre décision relative à la mort provoquée, tenant compte de l'importance que notre société apporte à la dimension collective de la solidarité ; et de l'indispensable remaniement du texte proposé par l'exécutif, pour l'encadrer par des critères médicalement et juridiquement dûment clarifiés.
