

Éléments de réflexion

sur les enjeux de la « fin de vie »

Une nouvelle loi n'est aucunement nécessaire

Plusieurs enquêtes récentes ont démontré que les Français ignorent à peu près tout du cadre législatif actuel, grâce auquel le respect des droits des malades ou des personnes en fin de vie est garanti dans un souci d'humanité et de solidarité : la loi de 1999 fait en effet des soins palliatifs un véritable droit pour tous ; la « loi Léonetti » de 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, loi adoptée à l'unanimité qui renforce l'obligation de dispenser des soins palliatifs, proscrit toute "obstination déraisonnable", permet qu'une personne en phase terminale puisse décider de l'arrêt de ses traitements, et prévoit que des traitements antidouleurs puissent être administrés en fin de vie, même si ceux-ci ont pour effet de raccourcir l'espérance de vie du patient ; enfin, loi Claeys-Leonetti de 2016 va jusqu'à prévoir la possibilité de recourir à une sédation profonde et continue pour soulager une personne en fin de vie.

Dans son avis du 13 septembre 2022, le Comité Consultatif National d'Éthique admet lui-même à demi-mot que *« la loi actuelle permet de répondre aux demandes de malades dans la quasi-totalité des cas »*.

Il est vrai qu'il existe des situations tout à fait exceptionnelles auxquelles ni les lois en vigueur, ni la médecine ne semblent pouvoir apporter de réponse satisfaisante, et qui doivent être appréhendées au cas par cas, mais cela ne justifie aucunement le vote d'une loi générale, ne serait-ce qu'en vertu du principe juridique et de bon sens selon lequel « on ne légifère pas sur l'exception ».

Les sondages et l'opinion publique

Les sondages auxquels nos concitoyens sont invités à répondre sont le plus souvent biaisés, dans la mesure où ils laissent entendre que les personnes malades, handicapées ou en fin de vie n'auraient le choix qu'entre souffrir atrocement ou mourir, ce qui ne correspond aucunement à la réalité. Et peut-être les Français sont-ils plus hostiles à l'acharnement thérapeutique que véritablement favorables à l'euthanasie. C'est en tout cas ce que laisse penser une enquête de l'IFOP de mars 2021 selon laquelle obtenir l'euthanasie n'est une priorité que pour 24% des Français, loin derrière le refus de l'acharnement thérapeutique (46%), le traitement de la douleur (48), les soins et l'accompagnement (55%). Un autre sondage réalisé par Harris Interactive de septembre 2024 montre par ailleurs que le vote

d'une loi sur l'aide à mourir n'arrive qu'au quinzième rang des attentes des sondés par rapport aux préoccupations que sont pour eux la santé, le pouvoir d'achat, la sécurité, etc.

La dignité des personnes malades, handicapées ou en fin de vie

La notion de dignité est, à nos yeux, inhérente à la personne humaine, quelle que soit sa race, son origine, sa condition sociale... ou son état de santé physique ou mental. Il s'agit là d'un principe essentiel sur lequel repose toute l'anthropologie chrétienne et la doctrine sociale de l'Eglise.

Cette conception n'est malheureusement pas celle que défend l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD), qui se livre, depuis des années, à une intense propagande en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté dans la presse et les médias comme auprès des parlementaires. N'est-ce pas Odette Thibault, co-fondatrice de l'ADMD, qui écrivait dans « *La maîtrise de la mort* » (1975) : « *Beaucoup d'individus sont des morts-vivants bien avant la fin de leur vie organique. (...) Prolonger cette déchéance est, à mon avis, une des plus grandes atteintes qu'on puisse porter à la dignité humaine* » ? « L'ADMD se trompe sur ce point » rétorque le philosophe André Comte-Sponville, qui ajoute « *En quoi un polyhandicapé ou un grabataire sont-ils moins dignes de respect qu'un valide ? En rien, bien sûr.* ». (*Le goût de vivre et cent autres propos*, Albin Michel, 2010)...

Une liberté individuelle ?

La légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté ne relève pas uniquement de la liberté individuelle de celui qui entend « choisir sa mort » ; elle engagerait en effet la responsabilité de l'ensemble des citoyens et de l'Etat, auquel incombera la charge de rendre effectif l'exercice de ce « droit », c'est-à-dire la possibilité de recourir à l'euthanasie ou au suicide assisté au sein des services hospitaliers et des établissements de soin.

Il est donc évident que la liberté pour certains de demander la mort entraînera nécessairement, pour d'autres, en particulier les soignants ou professionnels de la santé (y compris les pharmaciens auxquels on refuse pourtant la reconnaissance d'une clause de conscience), l'obligation de donner la mort ou de participer au processus qui y conduit.

Enfin, quelle signification, autre que formelle, cette prétendue liberté peut-elle avoir pour une personne seule et vulnérable, à laquelle certains soins sont refusés faute de moyens, et qui souffre, parfois terriblement, sans que rien ne soit fait pour la soulager ou lui venir en aide ?...

Un enjeu économique et financier ?

Une étude intitulée « *Les non-dits économiques et sociaux du débat sur la fin de vie* » publiée en janvier dernier par la Fondapol (Fondation pour l'innovation politique) rappelle qu'en

France, la dernière année de vie d'un patient coûte en moyenne 26000 euros, et évaluée à 1,4 milliard d'euros le montant des économies que l'Assurance-maladie pourrait réaliser si l'euthanasie, une fois légalisée, représentait (comme au Québec) un peu plus de 7% du total des décès.

Cette logique économique et financière nous incite à penser que la motivation des mutuelles de santé qui transmettent aux députés des propositions d'amendements et militent en faveur de l'« aide à mourir », n'est peut-être pas uniquement d'ordre altruiste.

Il est en effet tout à fait clair que la prise en charge des personnes âgées, malades, handicapées ou en fin de vie et le développement des soins palliatifs, coûtent infiniment plus cher que l'euthanasie et le suicide assisté.

N'est-ce pas ce qui faisait dire à Jacques Attali, au cours d'un entretien avec Michel Salomon publié en 1981 : *« Dès qu'il dépasse 60/65 ans, l'homme vit plus longtemps qu'il ne produit et il coûte cher à la société. Je crois que dans la logique même de la société industrielle, l'objectif ne va plus être d'allonger l'espérance de vie (...) Il est bien préférable que la machine humaine s'arrête brutalement plutôt qu'elle se détériore progressivement. (...) L'euthanasie sera un instrument essentiel de nos sociétés future. »* (« L'avenir de la vie », éd. Seghers) ?...

L'euthanasie n'est pas un soin...

Donner la mort ne peut en aucun cas être assimilé à un soin... et « la main qui soigne ne peut pas être la main qui tue » font valoir les principales associations de professionnels de la santé. L'euthanasie et le suicide assisté sont on ne peut plus contraires à l'antique Serment d'Hippocrate (*« Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément »*) et seraient évidemment incompatibles avec l'actuel Code de déontologie médicale qui dispose que *« le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers instants, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort »* (art. R 4127-38.).

La différence est en effet essentielle entre accompagner une personne en fin de vie jusqu'à son dernier souffle en s'efforçant d'atténuer ses douleurs et en lui prodiguant tous les soins nécessaires, et le fait de la supprimer par un geste létal. Comme est indéniable la différence entre le fait de « laisser mourir » une personne qui réclame un arrêt des traitements disproportionnés qu'elle endure parfois sans espoir de guérison, et le fait de « faire mourir » un patient.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les professionnels de la santé sont, pour la plupart, hostiles à toute dépénalisation de l'euthanasie et du suicide assisté (cf. par exemple, l'appel de treize organisations représentant 800.000 professionnels de santé qui expriment leur refus « catégorique » de l'euthanasie et du suicide assisté publié dans « Le Figaro » du 17 février 2023).

C'est plus particulièrement le cas des médecins et des infirmières (comme des nombreux bénévoles) engagés dans une unité de soins palliatifs. Ceux-ci sont en effet mieux placés que quiconque pour savoir que dans la quasi-totalité des cas, les malades qui expriment le désir d'en finir ou demandent à être euthanasiés, changent d'avis dès lors qu'ils sont convenablement pris en charge, entourés, soignés, et que leurs souffrances sont soulagées.

Ouvrir la boîte de pandore ?

Nombre d'intellectuels et d'observateurs (croyants ou non) font observer que le « permis légal de tuer » consécutif à la légalisation de l'euthanasie et/ou du suicide assisté, constituerait une « rupture anthropologique majeure ». L'interdit de tuer est en effet depuis toujours ou depuis des millénaires, le fondement principal sur lequel repose la vie en société.

C'est dans cet esprit que l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme stipule que « *la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement* »...

Il ne saurait logiquement y avoir de limite qui tienne si le principe fondateur qu'est l'interdit de tuer, est aboli. Cette transgression majeure ouvre inévitablement la porte à toutes les dérives possibles et imaginables. Une « exception d'euthanasie » finit ainsi par devenir la règle.

En tout état de cause, et comme le souligne l'avocat et essayiste Erwan Le Morhedec, « *il n'existe pas de « dérives de l'euthanasie ». L'euthanasie est une dérive* »...

Le fait est que l'expérience des pays étrangers qui ont légalisé depuis plusieurs années le « suicide assisté » et/ou l'euthanasie (le Canada, les Pays Bas, la Belgique ou la Suisse) démontre que les limites ou les prétendus « gardes fous » souvent mis en avant pour lever les réticences de certains parlementaires et rassurer les indécis, ne sont qu'une illusion, pour ne pas dire une supercherie. Telle est la réalité dont Chantal Delsol (philosophe et membre de l'Académie des sciences morales et politiques) se fait l'écho dans « Le Figaro » du 14 décembre 2022 : « *On jure que le suicide assisté ne concernera que des personnes volontaires et pleinement conscientes. Et finalement la loi s'applique aux enfants et aux handicapés. Les Belges ont proclamé au départ la nécessité du consentement libre et éclairé, et aujourd'hui, ils légitiment l'euthanasie d'enfants. Au Canada, l'euthanasie a été légalisée en 2016 pour des adultes conscients et demandeurs, porteurs de maladies graves et irrémédiables, sous des conditions précises, lesquelles ont disparu rapidement, ce qui porte dans certaines régions à 5% des décès le pourcentage des euthanasies (Amanda Achtman, novembre 2022). Aux Pays-Bas, la loi qui concernait des adultes conscients en phase terminale s'est étendue à toutes les pathologies et handicaps, ainsi qu'aux enfants, et il est question aujourd'hui de l'étendre aux personnes âgées sans pathologie...* »...

Ce qui devient légal finissant par être considéré comme moral aux yeux du plus grand nombre, il est probablement inévitable que la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté se traduise à plus ou moins brève échéance par leur complète banalisation, comme

ce fut d'ailleurs le cas de l'avortement dans les années qui suivirent sa dépénalisation en 1975.

Dans ces conditions, légaliser l'euthanasie n'obligerait personne à y recourir mais elle obligerait tous les malades, leurs familles et le corps médical, à l'envisager. Situation qui aurait inévitablement pour effet d'inciter les patients les plus vulnérables (personnes âgées, handicapées, dépendantes ou en fin de vie) à penser qu'elles représentent peut-être pour leur famille, leurs proches, les soignants et la société tout entière, un poids ou un fardeau insupportable, et à se demander si leur vie vaut encore la peine d'être vécue...

Il n'est pas non plus excessif de penser que la « légalisation du « suicide assisté » (et plus encore, l'éventuelle adoption d'un délit d'entrave à l'euthanasie et au suicide assisté) réduirait quasiment à néant tous les efforts qui sont réalisés dans le cadre de la politique de prévention du suicide depuis de nombreuses années. C'est d'autant plus vraisemblable que le nombre de suicides augmente de façon significative dans les pays étrangers qui ces dernières années, ont légalisé le suicide assisté. Enfin, secourir une personne qui tente de mettre fin à sa vie est, en l'état actuel des choses, une obligation légale en France où le code pénal sanctionne la « non-assistance à personne en danger », mais qu'en sera-t-il si demain, le « suicide assisté » est dépénalisé ou légalisé ?

L'urgence et la nécessité de développer les soins palliatifs

Les soins palliatifs se proposent de « guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours », mais nos concitoyens ignorent bien souvent qu'ils ont le droit d'être accompagnés en fin de vie et que les soignants ont le devoir de tout mettre en œuvre pour soulager la douleur, même si cela peut raccourcir leur espérance de vie.

En principe, la loi du 9 juin 1999 ainsi que la « loi Léonetti » du 22 avril 2005 garantissent à chacun l'accès aux soins palliatifs, mais en réalité, 21 départements français sont encore dépourvus d'unité de soins palliatifs et l'on estime que 500 personnes meurent chaque jour sans avoir bénéficié des soins dont elles auraient eu besoin.

Olivier Falorny (rapporteur de la proposition de loi sur l'aide à mourir actuellement en discussion à l'Assemblée nationale) reconnaissait pourtant lui-même dans le rapport d'évaluation de la loi Claeys-Léonetti de 2016, que les malades ne demandent plus à mourir lorsqu'ils sont convenablement pris en charge.

C'est pourquoi la priorité devrait être de développer les soins palliatifs, qui consistent à « guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours ». C'est bien entendu une question de moyens, mais plus encore, de volonté politique...