

Yves-Marie Doublet - Euthanasie et suicide assisté

Modérateur : Gilles Branche

Gilles Branche

Yves-Marie Doublet, vous êtes docteur en droit, ancien chargé d'enseignement à l'espace éthique de l'APHP. Vous avez écrit pour la Fondapol, Euthanasie, suicide assisté, Le choix de la rupture, l'illusion d'un progrès (<https://www.fondapol.org/app/uploads/2024/03/235-doublet-fr-2024-03-21-w-1.pdf>)

Yves-Marie Doublet

Le calendrier de cette rencontre coïncide avec le débat sur l'aide à mourir actuellement au Sénat, bien qu'il ait été repoussé à cause du chaos politique actuel. Ce sujet nous concerne tous.

Comment aborder la question ?

Il existe plusieurs manières d'approcher cette question :

- * L'approche émotionnelle

Beaucoup d'entre nous ont été confrontés à une mauvaise prise en charge de la fin de vie, soit par incompétence, soit par une insuffisance des soins palliatifs. Certains exploitent ces défaillances pour revendiquer dans les médias la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, comme si la solution à la souffrance passait par la mort et comme si cette légalisation allait faire disparaître le mal mourir.

- * L'approche idéologique

Certains invoquent la trilogie républicaine de liberté, égalité, fraternité. Pour eux le suicide assisté serait l'accomplissement de la liberté individuelle. Mais la demande de mourir émane souvent de personnes dont la douleur est devenue insupportable et qui considèrent qu'ils n'ont plus d'autre choix que d'interrompre la vie. C'est le contraire de la liberté, d'autant que celle-ci suppose la possibilité de changer d'avis. Or dans les moments de souffrance existentielle, la pensée fluctue constamment entre le désir de mort et le désir de vie.

D'autres réclament le suicide assisté au nom de l'égalité. Or la première égalité, c'est de garantir à tous l'accès aux soins, et particulièrement aux soins palliatifs, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. 22 % des départements français n'ont aucune unité de soins palliatifs et 500 personnes décèdent chaque jour faute de soins palliatifs. Le préalable à toute réforme serait de développer massivement l'accès aux soins palliatifs, au nom de la justice et de la fraternité. Nous vivons en société, nous ne sommes pas une juxtaposition d'êtres autonomes. Nous sommes solidaires.

- * L'approche factuelle

Loin de ce discours rhétorique et théorique, je propose une approche beaucoup plus objective et factuelle.

Définitions et comparaisons internationales

Depuis 2001, un certain nombre d'Etats ont légalisé ces pratiques :

- L'euthanasie : Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Espagne.
- Le suicide assisté : Suisse (sur une base de tolérance plus que juridique), Autriche, Allemagne, et onze des Etats-Unis dont la Californie et l'Oregon .Le Canada a choisi officiellement ces deux formes de mort provoquée mais c'est l'euthanasie qui domine en pratique.

Tirons les enseignements de ces pratiques différentes.

Pour les comprendre, il faut bien définir ces notions :

- L'euthanasie : le médecin donne intentionnellement la mort.
- Le suicide assisté : le médecin prescrit une substance létale, le patient est libre de l'utiliser ou non.

Dans le premier cas, c'est un acte collectif qui engage le corps médical et la société.

Dans le second cas, c'est un choix individuel, aux implications différentes.

On constate que les pays ayant légalisé l'euthanasie connaissent un taux de décès beaucoup plus élevé que ceux qui ont choisi le suicide assisté. Entre le Canada et la Californie qui ont légalisé la même année l'euthanasie pour le premier et le suicide assisté pour la seconde, l'écart est de 1 à 17.

La législation française actuelle

Nous disposons actuellement de deux lois encadrant la fin de vie :

- La loi Leonetti (2005) proscrit l'obstination déraisonnable, encadre l'arrêt des traitements inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet que le maintien artificiel de la vie, institue une procédure collégiale pour les arrêts de traitement et instaure la sédation proportionnée pour soulager la souffrance.
- La loi Claeys-Leonetti (2016) autorise la sédation profonde et continue jusqu'à la mort (SPCJM) lorsque le pronostic vital est engagé à court terme, quelques heures à quelques jours, pour les malades atteints d'une affection grave et incurable en cas de souffrance réfractaire, ceci à la demande du patient (en tenant compte de ses directives anticipées) et à l'initiative de l'équipe médicale.

Cette sédation irréversible vise à altérer la conscience du patient pour qu'il ne souffre pas, jusqu'à ce que la mort intervienne pendant le sommeil, non à provoquer la mort, dont on ne connaît pas le moment précis. L'intention et le critère du temps sont donc différents de ceux de l'euthanasie qui a pour objet de provoquer immédiatement la mort .

Les risques d'une légalisation précipitée en France

La proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale consacre l'aide à mourir, sans en définir les formes exactes. Ceux qui ont fait le choix de l'euthanasie refusent d'en prononcer le mot. C'est une manipulation sémantique. Cela risque d'amener une triple rupture :

- Rupture éthique : l'euthanasie est une transgression majeure du principe fondamental de notre société interdisant de donner la mort.
- Rupture médicale : contradiction avec le serment d'Hippocrate, du code de la santé publique et du code de déontologie médicale. Ce n'est pas un acte médical : un médecin soigne, soulage mais ne donne pas la mort. La loi sur les soins palliatifs consacre l'accompagnement de la personne en fin de vie et repose sur le non abandon de la personne.
- Rupture juridique : rupture avec l'interdiction de l'homicide volontaire ou involontaire, avec la notion d'assistance à personne en danger, contradiction avec la politique publique de prévention du suicide et de pénalisation de l'incitation au suicide, dont le suicide assisté est une forme. L'abus d'une autorité morale incitant au suicide constitue aujourd'hui une provocation. Qu'en sera-t-il demain ? La Suisse a refusé en 2011 de donner une base légale au suicide assisté de crainte d'être en contradiction avec une politique de prévention du suicide qui incombe à la société. Il en a été de même en Allemagne en 2023. En France, le débat sur l'incompatibilité avec la prévention du suicide a été escamoté alors que le CCNE relève qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre suicide et suicide assisté. L'Observatoire national du suicide n'a pas été consulté pour élaborer la loi.

Lorsqu'il y a une prise en charge par les soins palliatifs, si 3% des malades qui en arrivent dans un service demandent l'euthanasie, le taux tombe à 0.3% au bout d'une semaine. Car la volonté fluctue constamment entre le désir de la mort et le désir de vie. Relisons « La mort et le bûcheron » de La Fontaine ! Et 100% des recours en justice par les proches dénoncent l'arrêt des traitements, montrant par là qu'ils sont beaucoup plus attachés à la vie, fût-ce au prix d'une obstination déraisonnable que partisans d'une accélération de la mort avec une dose létale.

Il y a enfin derrière ce débat la question des abus de faiblesse. 500 abus de faiblesse par an sont condamnés en moyenne, et beaucoup ne sont pas dénoncés, ce qui laisse à penser que la réalité est supérieure. Demain avec la légalisation de l'euthanasie, ce chiffre risque d'augmenter considérablement.

Les enseignements du droit comparé

En Belgique, le taux officiel d'euthanasie concerne 4 % des décès (mais 40 % ne seraient pas déclarés), avec une augmentation de 16 % entre 2023 et 2024 ; aux Pays-Bas, il est de 6%, au Canada de 8%. Au Québec, on est passé de 488 euthanasies en 2016 à 6 058 en 2024, évolution dont s'inquiètent même les autorités. Si on appliquait le taux canadien en France, on arriverait à plus de 50 000 euthanasies par an. Si on appliquait le taux de suicide assisté de 0.8% de l'Oregon cela représenterait environ 5 000 décès en France. Insistons sur le fait que 38% des ayants-droits de l'Oregon ne l'utilisent pas. Certains vivent toujours quatre ans après avoir reçu la prescription.

Par ailleurs 21% des euthanasies en Belgique et aux Pays-Bas ne concernent pas des personnes en fin de vie, c'est 34% au Canada. Ces chiffres montrent que contrairement à ce qui est présenté, l'euthanasie ne s'applique pas systématiquement à la fin de vie mais peut s'appliquer à des personnes dépressives par exemple.

Quant à la question économique évoquée tout à l'heure, elle est trop souvent occultée.

L'argent public pour les soins palliatifs représente 1.6 milliards € par an. Le gouvernement s'est engagé sur un plan de 10 milliards sur 10 ans. Les dépenses d'assurance maladie concernant la dernière année de vie pèsent pour 13.5 milliards, le dernier mois coûte un peu moins de 4 milliards. Par personne cela représente environ 26 000 euros pour la dernière année de vie. Si l'euthanasie est légalisée, cela représenterait une économie pour la seule assurance maladie d'environ 1,3 milliard par an, soit un montant proche de ce qui est dépensé pour les soins palliatifs.

Ces données n'ont pas été exposées lors du débat parlementaire. La proposition de loi ne contient aucune donnée économique, alors que le Canada a clairement chiffré l'économie représentée par la légalisation de l'euthanasie en 2020, en précisant qu'elle économiserait 149 millions de dollars canadiens.

Par ailleurs même si depuis 2005, on ne pratique plus l'obstination déraisonnable, on continue de dispenser des traitements très onéreux dont la pertinence ne s'impose pas, sous la pression des laboratoires, pesant pour 6 milliards d'euros. Ils pourraient bénéficier aux soins palliatifs.

Par conséquent derrière ce discours sur l'autodétermination individuelle, il y a malheureusement l'insuffisance de l'offre de soins aux plus vulnérables qui légitimerait l'euthanasie et une absence de débat sur la pertinence des traitements onéreux.

Une proposition de loi critiquable

- Elle a un champ très large.
- L'aide à mourir ne distingue pas l'euthanasie et le suicide assisté
- La nature de la maladie grave et incurable n'est pas définie. Aux causes pathologiques, peuvent s'ajouter des causes accidentelles (cérébrolésés et handicapés moteur)
- Le pronostic vital n'est pas défini, malgré la mention d'un pronostic vital à moyen terme, ce qui ne veut médicalement rien dire. L'allusion embarrassée à une phase avancée où terminale renvoie aux affections de longue durée qui concernent 14 millions de personnes. Or les cancers peuvent durer plusieurs années, sans parler des 4 millions de diabétiques. Ce critère de phase avancée a été très critiqué par les médecins.
- La souffrance psychique insupportable : tous ceux qui souffrent d'une maladie grave ont aussi des souffrances psychologiques. Une personne qui refuse un traitement serait éligible à l'aide à mourir.
- Le texte ne propose aucun garde-fou ni contrôle
- Le refus du traitement n'a même pas besoin d'être écrit, le malade n'a pas à consulter son médecin traitant qui n'a pas à l'orienter vers un psychiatre. La collégialité n'existe pas : le médecin est à la fois l'expert, le décideur et l'exécutant. Quant à l'avis du second

médecin il peut être délivré sans consultation physique de la personne. Celle-ci n'a que 48h pour se prononcer, le médecin 15 jours pour prendre sa décision, alors qu'il faut un mois en Belgique, trois mois en Autriche.

- Il n'y a pas de clause de conscience, mais au contraire un délit d'entrave, qui n'a aucun équivalent à l'étranger. Et il n'y a pas de symétrique pour l'incitation à mourir.

G. Branche

De graves dérives

En Suisse, le suicide assisté est devenu un marché, avec des tarifs allant jusqu'à 10 000 CHF, en Belgique c'est 10 000 euros.

Au Canada, qui était un modèle, il y a eu une nette diminution des soins palliatifs.

Dans ces deux pays, l'euthanasie est autorisée pour des enfants handicapés de 12 ans. Les Alzheimer et les autistes sont déjà dans la ligne de mire. Et ça ne concerne plus seulement les patients en fin de vie. Récemment une jeune femme en Belgique a demandé l'euthanasie à la suite du traumatisme psychique dû à l'attentat de Bruxelles. Un prisonnier accusé de 50 infanticides a demandé l'euthanasie.

Quant à la commission de contrôle belge, elle valide l'euthanasie *a posteriori*, après la mort du patient ! La procédure n'est pas respectée, avec les deux consultations par les médecins, celle par le psychologue. Et de nombreux cas d'euthanasie ne sont pas déclarés.

Questions du public

De quelle liberté de décider pour soi s'agit-il, lorsqu'on est cloué au lit dans une maison de retraite, qu'on ne peut même plus appuyer sur la sonnette ?

G. Branche

Aucun médecin ne s'abat sur sa victime pour lui donner la mort. Le but de toute équipe soignante est de soulager au maximum, dans le respect de la personne, pas de tuer. Ce n'est pas un assassinat, comme vous le faites sentir.

En soins palliatifs, l'accès à la sédation profonde est possible au juste moment face à la souffrance et à la famille qui est prête. Mais en d'autres lieux, comme les maisons de retraite, la décision est prise aux dates des commissions.

YM Doublet

Certes tout n'est pas parfait aujourd'hui. Les 750 00 personnes âgées qui vivent sans lien social, avec une HAD défaillante, ne sont pas dans les mêmes conditions que ceux qui bénéficient d'une HAD quotidienne et de proches aidants. Mais faut-il, au nom de ces insuffisances multiples, légaliser l'euthanasie et le suicide assisté ?

Questions du public

Revenons sur la question sémantique. L'euthanasie évoque la mort animale, le suicide a une connotation de violence traumatisante pour les familles. On est dans une autre conception : décider

de sa mort et être accompagné si on le souhaite. Il serait bon que les juristes donnent une définition précise dans la loi en projet, afin qu'il n'y ait pas de dérives.

On invoque beaucoup de statistiques pour élaborer cette loi, qui sera forcément imparfaite et évolutive, car dans trente ans, la société sera différente de celle actuelle vieillissante.

G. Branche

Moi, ce que je crains, c'est la banalisation de l'euthanasie. Par exemple au Canada, des sociétés de pompes funèbres font leur publicité à la télévision. Il y a même des brochures destinées aux enfants sur l'aide médicale à mourir.

YM Doublet

Je reviens sur la terminologie. Le gouvernement avait chargé l'académicien Éric Orsenna, de trouver les bons mots. On lui demandait de parler de l'euthanasie sans employer le mot. Il a jeté l'éponge au bout d'un mois. On triche en parlant d'« aide à mourir », c'est un euphémisme.

Questions du public

Pour moi, il y a une hypocrisie profonde à dire que la sédation profonde n'est pas une euthanasie, puisque c'est le médecin qui décide du juste moment et qui donne la mort, certes en accord avec la famille.

G. Branche

L'intention de l'euthanasie est de donner la mort par une seule dose létale, celle de l'euthanasie est de soulager par des doses sédatives adaptées et progressives, c'est complètement différent. Dans un cas, c'est la mort immédiate, dans l'autre, c'est considéré comme une mort naturelle. La législation enfin autorise la sédation, pas l'euthanasie.

YM Doublet

Si la sédation profonde et continue jusqu'au décès, c'est la même chose que l'euthanasie, alors pourquoi légaliser l'euthanasie ?

Public

Dans les soins palliatifs, ce sont des médecins formés qui mettent la sédation en place, mais malheureusement dans certains départements, la loi Claeys Leonetti n'est pas appliquée, sauf en soins palliatifs. Les soins palliatifs et l'aide à mourir doivent être tous deux accessibles. Le gouvernement dit vouloir développer un budget sur dix ans. En France, on sait le temps qu'on met, il ne faudra pas dix mais vingt ans avant qu'il y ait assez de soins palliatifs.

G. Branche

C'est bien à cause de la méconnaissance des soins palliatifs que le public demande l'aide à mourir. Personnellement, en 23 ans de carrière, je n'ai pratiqué que trois sédations. Lorsque quelqu'un demande le suicide assisté et qu'il est transféré en soins palliatifs, cela fait chuter la demande. Je n'ai eu qu'un cas d'une personne qui a persisté à réclamer cette aide, on lui a fourni le système lui permettant de s'auto-administrer la sédation, et elle l'a utilisé.

E Destrées

La sédation profonde est continue n'est pas une euthanasie. On injecte un produit qui altère la conscience mais pas pour arrêter le cœur et provoquer la mort.

YM Doublet

Si la loi est adoptée, elle sera immédiatement appliquée, alors que la loi sur les soins palliatifs avec des crédits publics couvrira au mieux 70 % des besoins et ce dans dix ans.