

Bientôt une nouvelle loi relative à la fin de vie

François Vialla, Professeur à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour, directeur du Centre Droit & Santé UMR 5815 Université Montpellier 1

Le 18 décembre dernier, la commission Sicard remettait au président de la République son rapport : « *Penser solidairement la fin de vie* » (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>). La mobilisation rencontrée par la commission et l'ampleur des travaux accomplis en quelques mois (la lettre de mission du président de la République date du 17 juill. 2012) démontrent, si besoin était, que les questions de fin de vie sont réellement au coeur des préoccupations de nos concitoyens. Le volumineux document produit est loin de la neutralité que certains pouvaient craindre. Le rapport met à jour, sans indulgence aucune, la réalité de la douloureuse question de la fin de vie et de la mort dans notre pays.

Loin du sort réservé à bien des études, le travail de la mission Sicard a conduit le président de la République à saisir le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) et à annoncer qu'un projet de loi serait déposé dès le mois de juin prochain. La lecture du rapport « *Penser solidairement la fin de vie* » nous permet dès lors d'envisager les principaux points qui devraient être abordés à l'occasion des futurs débats parlementaires.

Les constatations sans concession dressées par la mission Sicard devraient conduire à tenter « d'humaniser » davantage l'environnement des moments ultimes de la vie. Le rapport est, en effet, d'une réelle sévérité avec l'environnement aujourd'hui médicalisé et hospitalisé (E. Gisquet, A. Aouba, R. Aubry, E. Jouglu et G. Rey, *Où meurt-on en France ? Analyse des certificats de décès (1993-2008)*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Institut national de veille sanitaire, n° 48, 11 déc. 2012, p. 547 s.) de la fin de vie. L'idée d'une science médicale omniprésente et toute puissante, nouveau médiateur entre la personne et la - sa ? - mort, conduit à une « *surmédicalisation* » de la fin de vie et à un refoulement de la mort de nos quotidiens (ces constats étaient déjà présents dans l'avis n° 63 du CCNE, *Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, du 27 janv. 2000 ; <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis063.pdf> ; F. Vialla, &psilon; ta? a, encore... A propos des décrets du 6 février 2006, Rev. dr. et santé 2006, n° 11, p. 228, www.bnds.fr). Le rapport Sicard plaide indirectement pour une réappropriation d'un certain humanisme médical autour d'une vie qui prend fin. L'idée semble être redécouverte que la fin de vie c'est encore... la vie (P. Ricoeur, *Vivant jusqu'à la mort*, Seuil, 2007). Un « *redéploiement des ressources d'un curatif disproportionné par ses excès et trop peu interrogé, vers une meilleure prise en charge du « prendre soin » de la fin de vie* », est prôné.

Pour autant, le rapport Sicard affirme aussi avec force qu'il faut « *avoir conscience que le recours aux seules unités de soins palliatifs ne pourra jamais résoudre la totalité des situations, même si ces structures devaient être en nombre plus important* » (p. 88).

La commission s'interroge, encore, sur la méconnaissance des textes pourtant récents (loi du 9 juin 1999 relative à l'accès aux soins palliatifs, loi Kouchner du 4 mars 2002, loi Léonetti du 22 avr. 2005).

Au-delà des constatations dressées, la commission élabore des propositions qui concernent les « *conduites prévues par les lois relatives aux droits des malades en fin de vie* ». Elle livre ensuite ses « *réflexions concernant des conduites non prévues par les lois relatives aux droits des malades en fin de vie* ».

Au nombre des propositions, il convient de noter le souhait émis de voir renforcer l'intensité et le recours aux directives anticipées mises en place par la loi Léonetti et encore méconnues.

C'est surtout le paragraphe consacré à « *la décision d'un geste létal dans les phases ultimes de l'accompagnement en fin de vie* » qui semble se démarquer du cadre juridique actuel. Il est en effet rappelé que « *lorsque la personne en situation de fin de vie, ou en fonction de ses directives anticipées figurant dans le dossier médical, demande expressément à interrompre tout traitement susceptible de prolonger sa vie, voire toute alimentation et hydratation, il serait cruel de la «laisser mourir» ou de la «laisser vivre», sans lui apporter la possibilité d'un geste accompli par un médecin, accélérant la survenue de la mort* ». L'hypothèse envisagée est, notamment, celle du refus de tout traitement et particulièrement de l'arrêt des suppléances vitales. Les termes employés sont particulièrement intenses puisqu'il est pointé du doigt la cruauté du « laisser vivre » et du « laisser mourir ». La commission envisage dès lors la possibilité « *d'un geste accompli par un médecin, accélérant la survenue de la mort* », là où les dispositions de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique encadrent, aujourd'hui, la possibilité pour le médecin de soulager la souffrance d'une personne en recourant à « *... un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie...* ». Il ne serait plus envisagé le seul soulagement pouvant avoir un effet secondaire, mais non souhaité, d'abrèger la vie, il est bien évoqué un geste létal « *accélérant la survenue de la mort* ». La proposition n'est pas sans rappeler la position adoptée par le CCNE lorsque était évoquée « *l'exception d'euthanasie* » dans son avis 63.

Au nombre des « *réflexions concernant des conduites non prévues par les lois relatives aux droits des malades en fin de vie* », la commission aborde la question du suicide assisté et envisage une possible intervention législative sur ce point. A l'inverse de l'Académie de médecine (Académie nationale de médecine, 11 déc. 2012, « *Contribution à la « réflexion publique des citoyens, sur l'accompagnement de la fin de vie* » (mission Sicard) », <http://www.academie-medecine.fr> : « *sans équivoque, quand bien même il s'agirait seulement d'une aide au suicide, il s'agit bien d'une euthanasie active* »), la commission Sicard distingue le suicide assisté de l'euthanasie. Si elle considère que le recours au suicide assisté doit être circonscrit, elle n'envisage pas moins que « *... pour certaines personnes atteintes d'une maladie évolutive et incurable au stade terminal, la perspective d'être obligé de vivre, jusqu'au terme ultime, leur fin de vie dans un environnement médicalisé, où la perte d'autonomie, la douleur et la souffrance ne peuvent être soulagées que par des soins palliatifs, peut apparaître insupportable. D'où leur souhait d'interrompre leur existence avant son terme. Leur demande est celle d'une assistance au suicide, sous la forme de médicaments prescrits par un médecin* ».

Le recours à l'assistance au suicide ne serait cependant envisageable que dans l'hypothèse où la personne est suffisamment autonome pour accomplir elle-même l'acte ultime : « *En aucun cas, l'administration par un tiers d'une substance létale à une personne ne peut être considérée comme une assistance au suicide, ... Elle serait alors une euthanasie active* ». Pour autant, lorsque la personne est « *incapable d'accomplir elle-même de quelque manière que ce soit le geste de suicide assisté* », la commission considère que « *la médecine ne peut se considérer comme quitte et doit envisager à la demande de la personne un arrêt des soins de supports vitaux accompagné d'une sédation* ». La proposition précédemment évoquée prend alors une réelle ampleur. Rappelons qu'il est proposé de ne plus se référer au recours au traitement ayant pour finalité de soulager les souffrances au risque d'avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie (CSP, art. L. 1110-5), mais plutôt d'envisager « *... un geste accompli par un médecin, accélérant la survenue de la mort* ».

Pour autant, la commission Sicard affirme que demeurerait prohibé l'acte d'euthanasie entendu comme « *un acte médical qui, par sa radicalité dans son accomplissement, et par sa programmation précise dans le temps, interrompt soudainement et prématurément la vie* ».

On remarquera l'indéniable glissement sémantique qui fait du terme euthanasie un synonyme de mort donnée, là où Bacon envisageait plutôt une mort accompagnée : « *Je dirai de plus que l'office du médecin n'est pas seulement de rétablir la santé, mais aussi d'adoucir les*

*douleurs et souffrances attachées aux maladies ; et cela non pas seulement en tant que cet adoucissement de la douleur, considérée comme un symptôme périlleux, contribue et conduit à la convalescence, mais encore afin de procurer au malade, lorsqu'il n'y a plus d'espérance, une mort douce et paisible ; car ce n'est pas la moindre partie du bonheur que cette euthanasie [...]. Mais de notre temps les médecins [...], s'ils étaient jaloux de ne point manquer à leur devoir, ni par conséquent à l'humanité, et même d'apprendre leur art plus à fond, n'épargneraient aucun soin pour aider les agonisants à sortir de ce monde avec plus de douceur et de facilité. Or, cette recherche, nous la qualifions de recherche sur l'euthanasie extérieure, que nous distinguons de cette autre euthanasie qui a pour objet la préparation de l'âme, et nous la classons parmi nos recommandations » (Bacon, *De dignitate et augmentis Scientiarum, Du progrès et de la promotion des savoirs*, livre II, partie 3, Gallimard, 1991, p. 150 ; F. Vialla, L'instrumentalisation des mots : l'euthanasie, *in Le sens des mots en droit des personnes et droit de la santé*, dir P. Pédrot, RGDM 2008, n° spécial, www.bnds.fr ; D. Sicard, *L'alibi éthique*, Plon, 2006, p. 190).*

Mots clés :

PERSONNE HUMAINE * Dignité de la personne humaine * Maladie * Fin de vie * Directive anticipée * Suicide assisté