



La fin de vie en question Éléments de réflexion

Lettre de Marie de Hennezel à Emmanuel Macron au sujet de la fin de vie

Lettre parue dans le Journal
OUEST FRANCE, le 12 mars 2024

Monsieur le Président,

Je me fais ici la porte-parole de gens qui n'ont pas les moyens de vous interpeller. Des personnes de 80 à 100 ans, fragilisées bien que souvent encore autonomes, qui perçoivent le danger d'une loi qui établira un continuum entre les soins de fin de vie et l'euthanasie.

Solitaires pour beaucoup d'entre elles, souvent abandonnées par leurs proches, redoutant de terminer leur existence dans un établissement mal traitant faute de personnels, cette future loi les tourmente.

Trouveront-elles des médecins qui s'engageront à ne pas les abandonner et à leur permettre de terminer leur vie comme elles le souhaitent : chez elles, dans leur lit et pas à l'hôpital, sans souffrir, sans être obligées de s'alimenter si elles n'ont plus faim, entourées de vie, de paroles, de gestes de tendresse, de douceur ? Ou bien leur fera-t-on comprendre qu'elles sont devenues inutiles, qu'elles représentent un fardeau pour la société, et que l'élégance serait qu'elles consentent à s'en aller, à s'auto-effacer, pour reprendre l'expression d'un de vos derniers ministres. À la moindre plainte, ne leur proposera-t-on pas la mort comme porte de sortie ?

Vous le savez bien, Monsieur le Président, l'intrication soins palliatifs et euthanasie, au sein d'une même loi d'aide active à mourir, signera à terme la mort des soins palliatifs.

Qui se formera au maniement subtil des antalgiques, à l'accompagnement de la souffrance globale, quand il suffira de pousser une seringue ? Un acte facile et peu coûteux, pour accomplir ce qui sera alors considéré comme un « soin ultime ».

Cette idée d'une aide active à mourir qui commencerait par des soins palliatifs, - et encore là où ils existent - et se terminerait par une injection létale est une idée perverse.

L'urgence : former aux soins palliatifs

Est pervers, n'est-ce pas, ce qui ne tient pas compte de la réalité. Or la réalité est que 500 personnes meurent tous les jours sans avoir eu accès à ces soins, et que l'urgence n'est pas d'accéder à la volonté d'un petit pourcentage de personnes qui pour des raisons philosophiques veulent décider du moment de leur mort. L'urgence est de couvrir le territoire de structures de soins palliatifs, maintenant et pas d'ici dix ans. L'urgence est de former tous les médecins au traitement de la douleur et à l'accompagnement de la fin de vie. L'urgence est d'embaucher et de former suffisamment de soignants pour que les Ehpad et les équipes de soins à domicile puissent accompagner au mieux les personnes fragiles et vieillissantes.

Je sais, pour en avoir été témoin pendant dix ans, comme psychologue de la première unité de soins palliatifs française, que des soins palliatifs bien conduits par des personnes compétentes peuvent venir à bout de toutes les souffrances, même les plus réfractaires.

Le drame est de constater qu'au lieu de soutenir le développement de ces soins, on les a freinés. Le drame est de constater qu'on a perdu confiance dans leur efficacité.

Peut-être avez-vous été convaincu, Monsieur le Président, qu'en légalisant l'aide active à mourir vous réglerez le problème ? Peut-être d'autres ont-ils réussi à vous persuader que donner la mort pourrait être un soin ultime ?

Vous savez cependant que la grande majorité des médecins et des soignants en refusent l'idée. La pensée même que l'injection létale pourrait être la réponse aux inquiétudes de nos contemporains, hantés par la peur de souffrir avant de mourir, en inquiète plus d'un.

Vous rendez-vous compte de ce que cette perversion du concept de soin fera peser sur une profession déjà malmenée ? Qui fera désormais confiance à son

médecin ? Comment ferez-vous pour restaurer cette confiance, pour protéger les plus vulnérables de notre société ? »

Marie de Hennezel, Psychologue, écrivaine, spécialiste du vieillissement

Clarifier le vocabulaire

JOURNAL LA CROIX - Antoine d'Abundo et Alice Le Dréau, le 09/12/2022

Quelle est la différence entre euthanasie et suicide assisté ? En quoi consistent les soins palliatifs ? Que recouvre l'obstination déraisonnable ? Qu'est-ce que les directives anticipées ? Petit lexique pour suivre le débat sur la fin de vie.

Pour beaucoup, l'euthanasie et le suicide assisté sont interchangeables, et peu connaissent les réalités que recouvrent les expressions de soins palliatifs, d'obstination déraisonnable ou de directives anticipées. D'où la nécessité de ce petit lexique de base.

Euthanasie

Du grec eu qui signifie « bon », et thanatos, « mort », le mot désigne le fait d'administrer à une personne en fin de vie qui le demande un produit létal afin de précipiter son décès. Le geste est généralement accompli par un médecin dans le petit nombre de pays qui l'autorisent comme les Pays-Bas depuis 2001, suivis par la Belgique l'année suivante.

Suicide assisté

Le suicide assisté se distingue de l'euthanasie par le fait que c'est le patient lui-même qui s'administre le produit prescrit par un médecin après que ce dernier s'est assuré que le cadre légal est bien respecté. La principale différence tient donc dans l'implication des soignants qui, dans ce cas, ne fournissent qu'une « assistance », comme c'est le cas en Suisse ou dans certains États américains.

Soins palliatifs

Cette prise en charge interdisciplinaire consiste à soulager les symptômes d'une maladie, à apaiser les douleurs physiques ou psychiques et à accompagner le patient atteint d'une maladie grave, ainsi que ses proches. Ces soins ne doivent ni ralentir la mort ni hâter le décès. Contrairement aux idées reçues, les soins palliatifs peuvent être proposés de façon précoce et pas seulement dans les derniers jours de vie.

Sédation

Elle consiste à endormir le patient pour soulager ou prévenir une souffrance qui résiste aux traitements. Elle peut être transitoire et réversible ou, depuis la loi Claeys-Leonetti de 2016, profonde et continue jusqu'au décès en cas de pronostic vital engagé à court terme. Un patient peut la demander, mais elle ne peut être mise en place que sur décision collégiale de l'équipe soignante.

Obstination déraisonnable

Le terme a remplacé, depuis 2005, l'expression « acharnement thérapeutique ». On l'évoque lorsque des traitements sont poursuivis alors qu'ils apparaissent « inutiles », « disproportionnés » ou n'ayant d'autre effet « que le seul maintien artificiel de la vie ». Il est interdit par la loi et, en ce sens, oblige non seulement le médecin à ne pas entreprendre des soins et des traitements dans un but d'obstination déraisonnable, mais aussi à les interrompre dans ce contexte, via un arrêt ou une limitation des traitements.

Directives anticipées

Ces instructions écrites permettent à quiconque d'exprimer ses volontés, notamment sur la fin de vie, pour les faire valoir dans le cas où il ne serait plus en capacité de s'exprimer. Depuis la loi de 2016 sur la fin de vie, les directives anticipées sont en principe opposables aux médecins, sauf si ceux-ci considèrent qu'elles sont « manifestement inappropriées ».

A lire sur le site de la Conférence des Evêques de France :

<https://eglise.catholique.fr/sengager-dans-la-societe/eglise-et-bioethique/science-et-ethique/fin-de-vie-2/>