



HAL
open science

L' euthanasie: pratiques et alternatives actuelles

Catherine Chevalier Lamouille

► **To cite this version:**

Catherine Chevalier Lamouille. L' euthanasie: pratiques et alternatives actuelles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2001. hal-01738968

HAL Id: hal-01738968

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738968>

Submitted on 20 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

DOUBLE
x 158408

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2001

n° JS1



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Catherine CHEVALIER LAMOUILLE

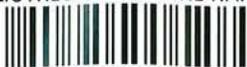
Le 10 décembre 2001

**L'euthanasie : pratiques et alternatives
actuelles**

Examineurs de la thèse :

Monsieur Claude CHARDOT	Professeur	Président
Monsieur François PAILLE	Professeur	Juge
Monsieur Xavier DUCROCQ	Professeur	Juge
Monsieur Bernard WARY	Docteur en Médecine	Juge

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 209183 9

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2001



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Catherine CHEVALIER LAMOUILLE

Le 10 décembre 2001

L'euthanasie : pratiques et alternatives actuelles

Examineurs de la thèse :

Monsieur Claude CHARDOT	Professeur	Président
Monsieur François PAILLE	Professeur	Juge
Monsieur Xavier DUCROCQ	Professeur	Juge
Monsieur Bernard WARY	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Asseseurs

du 1er Cycle :

du 2ème Cycle :

du 3ème Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mme le Professeur Michèle KESSLER

Mr le Professeur Jacques POUREL

Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – François STREIFF – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Jean GROSDIDIER – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS

Professeur Hervé BOUAZIZ

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie*)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Paul VERT – Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CÔTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Mickaël KRAMER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC

Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET

Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER

Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Claude CHARDOT
Professeur émérite de cancérologie
Chevalier de la Légion D'Honneur
Chevalier dans l'Ordre du Mérite
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Il nous fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse.
Qu'il trouve dans ce travail le témoignage de notre reconnaissance pour son
accueil bienveillant et ses conseils lors de sa réalisation.

A NOS JUGES

A Monsieur le Professeur François PAILLE
Professeur de thérapeutique

Qui a accepté de juger cette thèse.
Nous avons bénéficié au cours de nos études de la compétence et de la rigueur
de son enseignement.
Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ
Professeur de neurologie

C'est avec spontanéité qu'il a accepté de juger notre travail.
Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Bernard WARY
Praticien Hospitalier

Nous le remercions de nous avoir proposé ce sujet et de nous avoir guidé et
soutenu tout au long de ce travail.
Durant notre stage de résident dans son service, nous avons pu apprécier sa
combativité pour la cause des malades et des soins palliatifs, nous montrant la
voie pour une médecine plus humaine.
Qu'il voit dans ce travail le témoignage de notre gratitude et de notre
admiration.

A mes grands Parents

A mes Parents

En témoignage de ma reconnaissance pour leur soutien et leur confiance de chaque moment.
Avec toute mon affection.

A Vincent, mon époux

Ta présence à mes côtés m'a été précieuse pendant ces années d'études. Cette thèse est le fruit de tes encouragements et de ton soutien. Trouve dans ce travail toute ma gratitude et mon amour.

A Paul, mon fils

Source de tant d'espoir, pour sa patience et sa tendresse.
Avec tout mon amour.

A Emma, ma fille

Pour tous ces petits bonheurs qui font les grandes joies.
Avec tout mon amour.

A ma belle famille

Pour ses encouragements.

A Monsieur et Madame MARCHANDET

Sans qui rien n'aurait été possible.

A Madame NORTH

Pour son soutien inconditionnel.
Avec toute mon affection.

A Karine, Thierry, Anne, Daniel, Philippe, Pierre et Stéphanie

Amis de tous les instants.

A Catherine, Christiane, Florine, Jean-François, Josiane, Laurent, Majo, Marie-Reine, Rachel

Avec tout mon respect et mon amitié.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

L'EUTHANASIE : pratiques et alternatives
actuelles

TABLE DES MATIERES



I. INTRODUCTION	18
II. DEFINITIONS.....	19
A. EVOLUTION DE LA SEMANTIQUE.....	19
1. <i>L'euthanasie dans l'Antiquité.....</i>	<i>19</i>
2. <i>L'euthanasie au Moyen-Age.....</i>	<i>19</i>
3. <i>L'euthanasie vue par Francis BACON.....</i>	<i>20</i>
4. <i>L'euthanasie au XIX^{ème} siècle.....</i>	<i>21</i>
B. EUTHANASIE AU XX ^{EME} SIECLE.....	21
1. <i>Euthanasie eugénique</i>	<i>21</i>
2. <i>Euthanasie active ou directe</i>	<i>22</i>
3. <i>Euthanasie passive.....</i>	<i>22</i>
4. <i>Euthanasie indirecte</i>	<i>22</i>
5. <i>Euthanasie économique.....</i>	<i>22</i>
6. <i>Mercy-killing</i>	<i>22</i>
7. <i>Tentative de définition.....</i>	<i>23</i>
C. LE SUICIDE ASSISTE	23
D. L'ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE	23
III. L'EUTHANASIE EN PRATIQUE	24
A. HISTOIRE DES PRATIQUES.....	24
1. <i>L'Antiquité.....</i>	<i>24</i>
2. <i>Le Moyen-Age.....</i>	<i>24</i>
3. <i>La Renaissance</i>	<i>25</i>
4. <i>L'euthanasie institutionnalisée.....</i>	<i>25</i>
5. <i>Les pratiques contemporaines en occident</i>	<i>25</i>
B. L'EUTHANASIE EN QUELQUES CHIFFRES : L'OPINION ET LA PRATIQUE.....	25
1. <i>L'opinion publique internationale et l'euthanasie</i>	<i>25</i>
2. <i>Les médecins dans le monde et les conditions de la fin de vie.....</i>	<i>26</i>
a) <i>L'enquête Rimmelink</i>	<i>26</i>

b) Les autres enquêtes	28
3. <i>Les Français et l'euthanasie</i>	29
4. <i>Les soignants français et l'euthanasie</i>	32
C. LES « COCKTAILS LYTIQUES »	33
D. LES DEMANDES D'EUTHANASIE EN EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS (E.M.S.P.) :	
EXEMPLE DE L'E.M.S.P DU C.H.R. DE METZ-THONVILLE.....	33
1. <i>Présentation</i>	34
a) Activité de l'équipe mobile de soins palliatifs du C.H.R. de Metz-Thionville	34
b) Les demandes d'euthanasie	35
c) Synthèse.....	45
2. <i>Analyse</i>	48
3. <i>Conclusion</i>	49
IV. ASPECTS LEGISLATIFS	51
A. EN EUROPE.....	51
1. <i>Angleterre et Pays-de-Galle</i>	51
a) Le cadre juridique	51
b) La pratique et le débat	52
2. <i>Belgique</i>	54
a) Le cadre juridique	54
b) La pratique et le débat	54
3. <i>Allemagne</i>	55
a) Le cadre juridique	55
b) La pratique et le débat	56
4. <i>Danemark</i>	57
a) Le cadre juridique	57
b) La pratique et le débat	60
5. <i>Pays- Bas</i>	61
a) Le cadre juridique	61
b) La pratique et le débat	61
6. <i>Suisse</i>	62
a) Le cadre juridique	62
b) La pratique et le débat	64
B. AUX ETATS- UNIS	66

1.	<i>Le cadre juridique</i>	66
a)	Les lois pénales des Etats	66
b)	La loi de l’Oregon sur la mort dans la dignité.....	66
c)	Les lois fédérales sur les fonds fédéraux.....	67
d)	Les lois des Etats sur les instructions avancées	67
2.	<i>La pratique et le débat</i>	67
a)	L’euthanasie active.....	67
b)	L’aide au suicide	67
c)	L’euthanasie indirecte	68
d)	L’euthanasie passive	68
C.	EN AUSTRALIE	68
1.	<i>Le cadre juridique</i>	68
a)	Les codes pénaux des Etats et territoires.....	68
b)	Les lois des Etats sur l’arrêt des traitements médicaux.....	69
c)	La loi fédérale du 27 mars 1997 sur les lois d’euthanasie.....	69
2.	<i>La pratique et le débat</i>	70
a)	L’euthanasie active.....	70
b)	L’aide au suicide	70
c)	L’euthanasie indirecte	70
d)	L’euthanasie passive	70
D.	LA LEGISLATION FRANÇAISE	70
1.	<i>Le code pénal et l’euthanasie</i>	70
a)	Meurtre	71
b)	Assassinat	71
c)	Empoisonnement.....	71
d)	Omission de porter secours.....	71
2.	<i>Le code pénal et le suicide</i>	72
3.	<i>La responsabilité disciplinaire du médecin</i>	72
a)	Le conseil régional de l’Ordre	72
b)	Le code de Déontologie médicale.....	73
V.	ASPECTS PHILOSOPHIQUES ET ETHIQUES	75
A.	LA MORT AU XX ^{EME} SIECLE	75
B.	L’HOMME AU XX ^{EME} SIECLE	76

1.	<i>La douleur</i>	76
2.	<i>La dignité humaine et le droit d'autodétermination</i>	76
C.	LES SOINS PALLIATIFS	79
1.	<i>Définition</i>	79
2.	<i>Naissance et développement</i>	79
a)	Les précurseurs	79
b)	Le mouvement palliatif français	80
3.	<i>La philosophie des soins palliatifs</i>	81
a)	La mort étape ultime	82
b)	L'amélioration de la qualité de la fin de vie	82
4.	<i>Les soins palliatifs en l'an 2000 : exemple de la France</i>	82
a)	Les structures palliatives	82
b)	L'enseignement	83
D.	LES MOUVEMENTS PRO-EUTHANASIQUES	83
1.	<i>Dans le monde</i>	83
2.	<i>En France : l'A.D.M.D.</i>	83
a)	Présentation	83
b)	L'A.D.M.D. en l'an 2000	85
c)	Philosophie	85
d)	Le « testament de vie »	85
VI.	ASPECTS RELIGIEUX	89
A.	LE CATHOLICISME	89
B.	LE PROTESTANTISME	89
C.	LE JUDAÏSME	90
D.	L'ISLAMISME	90
E.	LE BOUDDHISME	90
VII.	DISCUSSION : QUELLES REponses PEUT-ON DONNER A LA DEMANDE D'EUTHANASIE ?	92
A.	FAUT-IL LEGIFERER EN MATIERE D'EUTHANASIE ?	92
1.	<i>Avis du C.C.N.E. : l'euthanasie d'exception</i>	92
a)	Présentation du rapport	92
b)	Analyse critique	95

2. <i>Définition de l'exception ?</i>	96
3. <i>Faut-il légiférer ?</i>	97
B. LA SEDATION.....	98
1. <i>Définition</i>	98
2. <i>La pratique</i>	98
a) Les critères de recours.....	98
b) Les conditions de recours	99
c) Principes pharmacologiques	99
d) Aspects éthiques.....	100
e) Conclusion	101
C. LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS	101
D. L'ORGANISATION DES ETUDES MEDICALES	102
VIII CONCLUSION	103





I. Introduction

Depuis que l'Homme s'interroge à propos de sa vie et de sa mort, il se questionne également sur cette « bonne mort » qu'est l'euthanasie.

L'évolution des mœurs et des mentalités depuis la deuxième guerre mondiale a abouti à une véritable explosion des débats à ce propos, conduisant à l'émergence de mouvements pro-euthanasiques ainsi qu'à des modifications de la législation dans certains pays. Suite à la dépénalisation de l'euthanasie aux Pays-Bas, la plupart des pays occidentaux, dont la France se sont lancés dans une réflexion visant à définir de l'opportunité, à l'aube du XXI^{ème} siècle, de suivre cet exemple. Dans ce contexte il nous a semblé nécessaire de tenter de s'écarter des débats, le plus souvent restrictifs, entre anti et pro-euthanasie afin de trouver si possible d'autres alternatives.

La première partie de ce travail s'attache à montrer l'évolution de la sémantique et les difficultés actuelles de définir avec précision ce qu'est l'euthanasie. Après un rappel historique sur les pratiques euthanasiques, nous avons étudié la place de celles-ci dans notre société contemporaine autant parmi le grand public que parmi les professionnels de santé. Cette seconde partie se termine par une illustration pratique, sous la forme de cas cliniques, de demandes d'euthanasie recueillies dans le Service Régional de Soins Palliatifs du CHR de Metz-Thionville.

Après les récentes modifications de la législation aux Pays-Bas, il nous a semblé judicieux de comparer les différentes dispositions légales prises dans les pays occidentaux à ce sujet. Ces aspects législatifs sont suivis d'une réflexion sur les aspects philosophiques et éthiques de la fin de vie et de la mort provoquée ainsi que sur ses aspects religieux. Enfin ce travail s'efforce de trouver des alternatives à l'euthanasie en avançant des arguments en faveur des soins palliatifs et de leur enseignement tout en évoquant la possibilité encore méconnue d'une sédation contrôlée.

II. Définitions

A. Evolution de la sémantique

Au cours du temps, le terme euthanasie a pris des significations variées voire opposées, inspirées des croyances religieuses, des situations socio-économiques, politiques ou des possibilités de la médecine et des sciences du moment.

1. L'euthanasie dans l'Antiquité

L'étymologie de ce terme est grecque, issue de *euthanatos* constitué du préfixe *eu* signifiant « bon » et de *thanatos* « la mort ». En traduction littérale, euthanasie correspond donc à une « bonne mort », une mort douce, sans souffrance ni symptômes pénibles, une mort « idéale » en quelque sorte.

Ce mot apparaît pour la première fois au troisième siècle avant Jésus Christ, dans un texte de l'historien grec POLYBE, extrait de *Histoires*, où relatant la mort de Cléomène, il décrit le suicide de celui-ci, cet acte étant motivé par le désir d'éviter une mort déshonorante après une défaite militaire.

La « bonne mort », évitant déshonneur, agonie, souffrance et affres de la vieillesse, garde ce sens jusqu'au début du premier siècle après Jésus Christ, comme dans *Les vies des douze Césars* de SÜETONE, ouvrage dans lequel l'auteur décrit la mort d'Auguste, rapide, sans souffrances, dans les bras de l'être aimé.

A la fin du premier siècle après Jésus Christ, apparaît la notion d'alternative. Il ne s'agit pas tant de connaître une mort douce mais avant tout d'échapper à une mort que l'on sait horrible telle qu'elle est décrite dans un extrait de *Antiquités Juives* de FLAVIUS JOSEPH (livre9 chapitre 4) : quatre individus forcés de vivre à l'extérieur de la ville car atteints de la lèpre, décident de se rendre aux ennemis pour ne pas mourir de faim : « ou on les égorgerait, ou on les mettrait à mort et ils auraient une mort plus douce ».(3)

2. L'euthanasie au Moyen-Age

Durant près de douze siècles, le terme euthanasie disparaît complètement du fait du développement du latin au détriment du grec et surtout, par la place croissante occupée par l'Eglise catholique. L'importance de celle-ci se retrouve au quotidien, dans les croyances et coutumes populaires dont certaines peuvent évoquer des pratiques euthanasiques. Ainsi, les

sermons dominicaux recommandaient d'éviter de faire dormir les nourrissons dans le lit de leurs parents afin d'éviter les risques d'étouffements pas toujours accidentels en ces périodes de disette.

La mort si elle n'est pas provoquée, est parfois souhaitée. Les traditions populaires font que l'on évoque l'aide de tel ou tel Saint selon les régions (saint Diboan, saint Guinefort) afin d'accélérer le décès d'un proche.(1)

3. L'euthanasie vue par Francis BACON

L'année 1605 marque un véritable tournant dans la sémantique du mot euthanasie ; en effet, c'est sous l'impulsion du philosophe anglais Francis BACON que ce terme prend un sens nouveau qu'il va garder pendant près de trois siècles et qui va évoluer vers le sens que l'on prête aujourd'hui aux soins palliatifs. Ce sens nouveau apparaît pour la première fois dans *Du progrès et de la promotion des savoirs*, puis dans sa forme définitive dans un ouvrage de 1623 :

« Je dirai de plus, insistant sur ce sujet, 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 (qu'Auguste souhaitait si fort pour lui-même), et qu'on observa aussi au décès d'Antonin-le-Pieux, qui semblait moins mourir que tomber peu à peu dans un sommeil doux et profond. On rapporte aussi d'Epicure qu'au moment où sa maladie ne laissait plus d'espérance, il se procura une pareille mort, en se gorgeant de vin et noyant, pour ainsi dire l'estomac et le sentiment ; ce qui donna lieu à ce trait d'une épigramme : Hinc Stygias ebrius hausit aquas, c'est à dire qu'à l'aide du vin il masqua l'amertume des eaux du Styx. Mais de notre temps, les médecins semblent se faire une loi d'abandonner les malades dès qu'ils sont à l'extrémité ; au lieu qu'à mon sentiment, 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, ils 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 les desiderata ».(25)

Ce texte est intéressant à plus d'un titre. Non seulement, il pose les grands principes de la philosophie des soins palliatifs actuels, mais il introduit également le rôle du médecin dans cette mort douce ainsi que dans sa préparation. Le médecin en tant que praticien, doit développer ses connaissances afin d'intervenir auprès de son patient incurable. Nous sommes loin du suicide et de la mort comme alternative à un destin horrible. C'est une tierce personne qui participe à cette bonne mort. On ne raisonne plus seulement en terme de qualité des derniers instants mais en terme d'action favorisant une telle mort, sans pour autant la provoquer. La mort est vécue comme une étape naturelle de la vie à laquelle personne ne peut échapper.

4. L'euthanasie au XIX^{ème} siècle

On constate que de l'Antiquité et jusqu'à la fin du XVII^{ème} siècle, l'euthanasie désigne le vécu du mourant, la qualité des derniers instants de la vie sans intervention extérieure. C'est la mort que l'on souhaite douce et qui arrive à son « heure ». Ce n'est qu'au début du XIX^{ème} siècle que l'on va observer une nouveau sens ; on intervient désormais dans cette euthanasie. On accompagne le mourant afin de rendre ce dernier passage plus facile. D'une constatation et d'un souhait de bonne mort, on passe à l'acte de prendre soin du malade mourant.(20)

B. Euthanasie au XX^{ème} siècle

Si le XX^{ème} siècle est source de modifications du sens du terme euthanasie, il est aussi marqué par une confusion importante à l'origine de l'adjonction d'adjectifs divers à ce mot en vue de clarifier son sens. Nous pouvons constater, dans les exemples qui suivent, que cette adjonction ne fait qu'accroître l'ambiguïté du terme.

1. Euthanasie eugénique

Le XX^{ème} siècle est marqué, dans sa première moitié, par l'association du mot euthanasie à l'adjectif eugénique. En effet, la notion de mort douce, provoquée par compassion qui apparaît à la fin du XIX^{ème} siècle, dérive dans les années 1920, en Allemagne sous l'influence de l'idéologie Nazie, pour signifier une mort provoquée à des fins économiques, rituelles et dans le but d'améliorer le patrimoine génétique d'une société ou d'une nation.

Ainsi, comme l'écrit Michel Maret, « *l'eugénisme peut inclure ou induire l'euthanasie* ». (20)
Actuellement, l'eugénisme fait place au terme d'épuration ethnique dont les motivations sont proches. On peut ainsi citer pour exemple, l'épuration des populations civiles albanaises au

Kosovo ou l'élimination d'un million de Rwandais dont la majorité était représentée par des Tutsis en 1994 lors de la chute du régime du président Hutu Jwenal HABYARIMANA.

2. Euthanasie active ou directe

Cette expression désigne l'acte intentionnel de hâter ou de provoquer la mort par l'administration de substances létales, par leur nature ou leur dose, pour abrégé les souffrances d'un patient incurable c'est-à-dire dont la maladie est évolutive et de pronostic limité. Le processus mortel est donc différent du processus déjà en cours. On peut adjoindre à cette expression, les adjectifs volontaire ou involontaire selon que le patient a exprimé ou non son désir de mourir.(1)(20)

3. Euthanasie passive

Elle consiste en l'omission ou en l'interruption délibérée de soins vitaux, dans le but d'écourter la vie d'un patient. Le décès est donc en rapport avec le processus mortel en cours.(20)

Cette définition reprend la notion d'intentionnalité qui n'est pas admise par tous, puisque certains ne voient sous ce terme que le refus d'un acharnement thérapeutique.

4. Euthanasie indirecte

Elle désigne une mort consécutive aux effets de la thérapie médicamenteuse, chirurgicale ou autre, sans que la mort soit délibérément recherchée. Dans cette terminologie, nous ne sommes plus dans le domaine de la certitude et de la volonté de donner la mort mais dans le domaine du risque d'entraîner la mort. Il n'y a plus ici intentionnalité.(20)

5. Euthanasie économique

Elle désigne l'euthanasie effectuée pour des raisons monétaires et de rendement.

6. Mercy-killing

Lorsque l'on parle d'euthanasie, on voit souvent apparaître le terme anglo-saxon de *mercy-killing* que l'on peut traduire par « tuer par pitié », il s'agit d'une mort donnée pour soulager, d'une mort donnée par compassion et qui peut prendre des formes variées allant de l'euthanasie réalisée sans ou à la demande du malade au suicide assisté.(6)

7. Tentative de définition

Si la terminologie française est source de confusion de par la multiplicité des définitions de l'euthanasie, il n'en va pas de même dans les pays anglo-saxons qui se limitent à une seule définition du terme sans tenir compte du caractère passif ou indirect de l'acte. Il semble donc nécessaire de tenter de donner une définition communément admise à ce terme, loin des nuances de spécialistes. Nous pouvons ainsi proposer la définition de Patrick VERSPIEREN : « l'euthanasie consiste dans le fait de donner sciemment et volontairement la mort ; est euthanasique le geste ou l'omission qui provoque délibérément la mort du patient dans le but de mettre fin à ses souffrances ».(41)

C. Le suicide assisté

Le suicide assisté concerne les situations dans lesquelles le malade se donne lui-même la mort, le tiers n'intervenant que pour lui apporter le moyen de réaliser son geste. Il se distingue du suicide euthanasique dans lequel, aucun tiers n'est impliqué.(20)

Le suicide assisté sous-entend l'accord et l'intentionnalité de l'assistant dans ce geste. Comme le dit le Professeur Claude CHARDOT : « il implique une connivence d'autrui, un accord, en fait une participation à l'intention et à l'acte du suicidant. L'homme monte sur le parapet du pont, un quidam l'y aide, et l'homme fait lui-même l'ultime mouvement. ».(7)

D. L'acharnement thérapeutique

Paula LA MARNE définit l'acharnement thérapeutique comme le fait « d'utiliser tous les moyens médicaux dont on peut disposer pour maintenir une personne en vie. ». Ces moyens n'ont plus de but thérapeutique, il ne s'agit que d'améliorer la durée de vie sans tenir compte de la qualité de celle-ci. On peut ainsi parler de pratiques déraisonnables, même si cette « déraison » est fonction d'un pronostic le plus souvent difficile à formuler.(18)

Selon l'article 37 du code de déontologie : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toutes obstinations déraisonnables dans les investigations ou la thérapeutique. ». Le terme d'acharnement thérapeutique est donc remplacé par l'expression obstination déraisonnable qui dépasse la notion de traitements puisque la médecine prend en charge le malade et la santé de l'homme dans sa globalité.(10)

III. L'euthanasie en pratique

A. Histoire des pratiques

1. L'Antiquité

Au sens défini actuellement, le terme euthanasie n'a été employé qu'après le XIXe siècle. Ce sont surtout dans les sociétés les plus archaïques que l'on pouvait retrouver des pratiques apparentées et en particulier l'euthanasie sociale sous la forme d'abandon ou de mise à mort de vieillards ou de malades gravement atteints ou encore par l'infanticide d'enfants atteints de malformations.

Dans la haute antiquité gréco-latine, la tendance était à l'eugénisme. Ainsi, dans la *République* de PLATON, il est prôné l'élitisme et admis, voir préconisé, l'élimination des nouveau-nés atteints de malformations ainsi que celle des adultes « *pervers et mal constitués* ».

De même, ARISTOTE préconisait l'exposition de nouveau-nés difformes et acceptait celle des enfants en surnombre : « *Quant aux enfants à exposer ou à élever dès leur naissance, que ce soit une loi de n'élever aucun enfant difforme ; et dans le cas d'un trop grand nombre d'enfants, si la règle des mœurs l'interdit, qu'on expose aucun des nouveau-nés* ». (2)

Plus tard, PLUTARQUE dans la *Vie de Lycurgue* décrit le meurtre d'enfants faibles ou infirmes, projetés du haut d'une falaise à Sparte juste après leur naissance.

STRABON rapporte quant à lui, dans un texte dont l'authenticité des faits n'est pas assurée, des coutumes de « suicides assistés » de vieillards et de faibles à Ioulis sur l'île de Céos. Cette coutume est décrite comme une coutume institutionnalisée, instaurée pour la survie de la collectivité.

Dans l'Empire romain, l'assistance au suicide est également acceptée. Ainsi, à Marseille, comme le décrit l'historien latin VALERE MAXIME, ce rôle d'assistance était dévolu aux services publics de la cité. (39)

2. Le Moyen-Age

En France, il semble que dans les campagnes, existaient des pratiques euthanasiques comme le « maillet béni » en Bretagne, instrument conservé à la sacristie de la paroisse et utilisé pour

abrégé la vie des mourants. Plus couramment en Europe, on assistait à l'étouffement entre deux matelas des enragés.(20)(1)

3. La Renaissance

Dans *Utopie* de Thomas MORE, l'auteur semble décrire des actes euthanasiques qui auraient eu lieu sur l'île d'Utopie, perpétrés par ses habitants. Ces descriptions, dont l'authenticité n'a pu être démontré du fait des difficultés de traduction du texte, décrivaient les suicides assistés pour des malades incurables et soumis à de fortes souffrances.(26)

4. L'euthanasie institutionnalisée

Celle-ci est extrêmement rare et « justifiée » par la nécessité de survie d'un groupe. Elle se rencontrait chez les Esquimaux de Nunaga au Canada jusque dans les années 1950, où elle disparue lors de la mise en place de pensions de retraite pour les personnes âgées et d'allocations familiales. De même, cette pratique existe encore chez les Yuits des îles saint Laurent et les Chukchee du Nord-est de la Sibérie.(20)

5. Les pratiques contemporaines en occident

Dans la première moitié du XX^{ème} siècle, c'est essentiellement l'euthanasie sociale, pour des motifs économiques et eugéniques puis raciaux qui sévit. Suite à l'élimination de près de six millions de personnes sous HITLER(4), la pensée euthanasique disparaît pendant près de 20 ans pour réapparaître dans les années 70 avec des associations telle que l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité ou A.D.M.D.

On assiste ainsi, depuis le début des années 90 en Europe mais également aux Etats-Unis, à de véritables mouvements de société en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté.

Ce qui diffère cependant les pratiques actuelles des pratiques antérieures c'est la pensée, la motivation qui les sous tend et en particuliers l'individualisme.(20)

B. L'euthanasie en quelques chiffres : l'opinion et la pratique

1. L'opinion publique internationale et l'euthanasie

Au Pays-Bas, le pourcentage de personnes absolument favorables à l'euthanasie est passé de 39% en 1966 à 57% en 1991, 32% des personnes étant partiellement d'accord avec l'euthanasie en 1991 contre 11% en 1966.

En Australie et en Suisse, près de 80% des personnes sont favorables à cette pratique dans des circonstances précises. En Europe, les différentes enquêtes réalisées retrouvaient des pourcentages variant de 60 à 83% de partisans à l'euthanasie, définie comme « la possibilité pour un médecin de mettre un terme à la vie d'un patient qui en aurait fait la demande par écrit et qui souffre d'une maladie incurable ». Aux Etats-Unis, l'euthanasie évoquée avec suspicion laisse sa place au débat sur le suicide assisté, mobilisant en sa faveur une majorité d'Américains.(20)

2. Les médecins dans le monde et les conditions de la fin de vie

a) L'enquête Rimmelink

Concernant les pratiques euthanasiques, l'enquête la plus complète réalisée à ce jour est l'enquête dite REMMELINK, effectuée aux Pays Bas en 1990.

- Présentation

Cette enquête cherchait à évaluer « l'ensemble » des pratiques médicales en fin de vie, c'est à dire « les actes ayant pour but d'accélérer la fin de vie ou des séries d'actes pour lesquels le médecin prend en compte la probabilité que la fin de vie du patient pourrait être accélérée. Cette (série) d'action(s) concerne l'abstention ou l'interruption de traitement, ainsi que la prescription, la fourniture et l'administration de substances ».

Cette enquête qui allait servir de travail préparatoire à la discussion concernant une modification de la législation en matière d'euthanasie, se fondait sur trois études différentes : l'entretien détaillé avec 405 médecins, l'envoi de questionnaire à des médecins portant sur un échantillon de 6942 personnes à partir de leurs certificats de décès, une étude prospective parmi les participants aux entretiens permettant de recueillir des informations sur 2250 décès. Le résultat final est une estimation de l'interpolation entre les résultats de ces trois études.

Les termes utilisés dans ces pratiques médicales en fin de vie sont multiples et il semble important de les définir avec exactitude avant d'analyser les résultats obtenus. Ainsi, dans la catégorie « euthanasie et pratiques de la fin de vie apparentées », on retrouve :

- *L'euthanasie définie comme l'action volontaire de provoquer la mort, exécutée par une personne autre que la personne concernée et sur sa demande*
- *Le suicide assisté défini comme la prescription ou la fourniture de substance avec l'intention explicite de permettre au patient de mettre fin lui-même à sa vie*

- « *Life-terminating acts without explicit and persistent request* », qui consiste à mettre fin à la vie d'un malade sans demande explicite et insistante de celui-ci.

Une autre catégorie d'action, intitulée « Alleviation of Pain and Symptomes APS » et que l'on peut traduire par thérapie de soulagement de la douleur, se définit comme l'administration de hautes doses d'antalgiques tout en prenant en compte la probabilité que cette action pourrait raccourcir la vie du patient.

Enfin, la dernière expression rencontrée est « Non-Treatment Decisions NTD » ou décision de non-traitement qui correspond à l'abstention ou à l'interruption de traitement, en prenant en compte la probabilité que cette action a de raccourcir la vie du patient.(20)(40)

Les résultats globaux peuvent être présentés sous forme de tableau :

« *Estimated incidence of MDLE as percentage of all deaths (percentage refer to total deaths in the Netherland (128786 in 1990))* »(40)

	Etude I	Etude II	Etude III	Estimation globale
Euthanasie et MDLE apparentées		2.7 %	4.7 %	2.9 %
-euthanasie	1.9 %	1.7 %	2.6 %	1.8 %
-suicide médicalement assisté	0.3 %	0.2 %	0.4 %	0.3 %
-euthanasie sans demande explicite et insistante du patient		0.8 %	1.6 %	0.8 %
Thérapie de soulagement de la douleur APS	16.3 %	18.8 %	13.8 %	17.5 %
Abstention ou interruption de traitement NTD		17.9 %	17 %	17.5 %
Total MDLE		39.4 %	35.4 %	38 %

- Analyse

En analysant les résultats de cette enquête, on peut être étonné de la proportion relativement importante de décès en rapport avec des MDLE (près de 38 %). Cet étonnement se transforme en indignation lorsque l'on analyse les données concernant l'euthanasie sans demande explicite et insistante du malade, qui représente 0.8 % des décès soit 1030 décès en 1990.

En 1995, une seconde enquête sur le modèle de la précédente était réalisée. Cette enquête permettait de comparer l'évolution des pratiques entre 1990 et 1995. Elle reposait sur les résultats d'un questionnaire envoyé à des médecins concernant 6060 patients décédés et sur l'entretien détaillé avec 405 praticiens sur l'année 1995 où il a pu être dénombré aux Pays-Bas 135546 décès. Ces résultats comparatifs peuvent également être reproduits sous forme de tableau :

« *Estimated incidence of Specific Medical Decisions at the End of Life* »(17)

Décision médicale	Enquête de 1990		Enquête de 1995	
	A partir des questionnaires	A partir des entretiens	A partir des questionnaires	A partir des entretiens
Euthanasie	2189 (1.7%)	2445 (1.9%)	3253 (2.4%)	3018 (2.3%)
Suicide assisté	244 (0.2%)	380 (0.3%)	271 (0.2%)	542 (0.4%)
Euthanasie sans demande explicite	1030 (0.8%)		948 (0.7%)	
Administration d'opioïdes avec l'intention explicite de raccourcir la fin de vie		1350 (1%)		1896 (1.4%)
Décès totaux rapportés à une intervention active	4812 (3.7%)		6368 (4.7%)	

On observe ainsi une augmentation du taux d'euthanasie qui passe de 1.8% à 2.4%, ce qui correspond à un accroissement de un tiers. Si les autres chiffres restent stables, il est toutefois possible de conclure que la mise en place de la dépénalisation a pu entraîner une augmentation des demandes et des réalisations d'euthanasie.(20)

b) Les autres enquêtes

Selon Yvon KENIS, qui a réalisé entre 1980 et 1989 des sondages auprès des médecins de plusieurs pays à propos de leur opinion en faveur de l'euthanasie, « avant 1988, le taux de réponses positives est toujours inférieur à 50% et se situe de façon presque constante entre 30

et 40%. Les 5 sondages réalisés en 1988, dont un en Belgique, donnent des résultats nettement plus élevés : de 50 à 70 % de réponses positives... ». Ces taux sont donc proches de ceux obtenus dans la population générale. Selon cet auteur, en se fondant sur les résultats de 22 sondages, « environ 40% des médecins, en moyenne, ont été confrontés à une demande d'euthanasie et un cinquième à un tiers des médecins interrogés reconnaissent l'avoir pratiquée. Dans plusieurs enquêtes, une question de ce type est restée sans réponse dans une grande proportion des cas (jusqu'à 40% des médecins interrogés), ce qui fait penser que l'euthanasie est sous-évaluée ».(20)

Une étude réalisée aux Pays-Bas concernant les problèmes cliniques rencontrés par les médecins lors de la réalisation des suicides assistés est intéressante de part ces conclusions. En effet sur 649 cas d'euthanasies et de suicides assistés recueillis lors de 2 enquêtes, l'une réalisée en 1990 et 1991, l'autre en 1995 et 1996, les auteurs retrouvaient une intention de fournir une aide au suicide dans 114 cas et de réaliser une euthanasie dans 535 cas. Concernant les suicides assistés, des complications telles que des myoclonies ou des vomissements sont survenus dans 7% des cas et des problèmes d'efficacité dans 16% des cas conduisant le médecin à administrer dans 21 cas une substance létale. Ainsi, des problèmes purement techniques ont pu conduire à une euthanasie.(15)

3. Les Français et l'euthanasie

En France, différents sondages ont été effectués ces dernières années par divers instituts spécialisés. Parmi ceux-ci, on peut retenir le sondage de la SOFRES concernant les valeurs des Français et réalisé du 23 mars au 10 avril 1999. Cette enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population complétait une enquête identique réalisée en 1981 et 1990. En demandant aux personnes interrogées, en se plaçant sur une échelle de 1 pour jamais justifiée à 10 pour toujours justifiée, si elle pensait que l'euthanasie, définie comme le fait de mettre fin aux jours d'une personne incurable, et le suicide pouvaient toujours se justifier, jamais se justifier ou être entre les deux positions, on obtenait les notes ou indicateurs de tolérance suivants : pour l'euthanasie 4.71 en 1981, 5.18 en 1990 et 6.17 en 1999 soit une accentuation franche de la tolérance à ce sujet. Concernant le suicide, on assiste également à un phénomène identique avec des notes de 3.48 en 1981, 3.84 en 1990 et 4.31 en 1999 même si la tendance moyenne reste non permissive.

En septembre 1998, une étude IPSOS était réalisée pour La Marche du Siècle et Le Figaro sur le sujet de l'euthanasie et sur ses modalités. Les résultats obtenus sont les suivants :

Question : Si vous étiez atteint d'une maladie incurable, et en proie à des souffrances extrêmes, demanderiez-vous que l'on vous aide à mourir ?

	Rappel Ipsos 1988 %	Ensemble %	Catholique Pratiquant %	Catholique Non pratiquant %	Sans religion %
Oui	57	79	64	83	82
Non	23	12	26	9	9
Ne se prononce pas	20	9	10	8	9
	100	100	100	100	100

Question : Si l'un de vos proches était atteint d'une maladie incurable, et en proie à des souffrances extrêmes, décideriez-vous de l'aider à mourir ?

	Rappel Ipsos 1988 %	Ensemble %	Catholique Pratiquant %	Catholique Non pratiquant %	Sans Religion %
Oui	49	61	49	62	68
Non	33	28	43	26	22
Ne se prononce pas	18	11	8	12	10
	100	100	100	100	100

Question : A propos du débat actuel sur l'euthanasie, de laquelle de ces trois opinions vous sentez-vous le plus proche ?

	Ensemble %	Catholique Pratiquant %	Catholique Non Pratiquant %	Sans Religion %
Il faut légaliser l'euthanasie, c'est à dire voter une loi qui autorise la pratique de l'euthanasie	34	21	36	37
Il faut dépenaliser la pratique de l'euthanasie, c'est à dire mettre fin aux poursuites judiciaires contre les médecins ou les proches des malades qui pratiquent l'euthanasie	48	49	49	48
Il faut continuer à interdire et à condamner l'euthanasie	11	18	9	9
Ne se prononce pas	7	12	6	6
	100	100	100	100

Question : selon vous, dans le cas où le malade ne serait plus en état de décider lui-même, qui devrait décider d'avoir recours à l'euthanasie ?

	Ensemble %	Catholique Pratiquant %	Catholique Non pratiquant %	Sans Religion %
La famille ou les proches du malade	46	37	49	47
Les médecins soignant le malade	25	26	26	24
La famille et les médecins	22	23	20	22
Ne se prononce pas	7	14	5	7
	100	100	100	100

En première lecture de ces chiffres, on peut être tenté d'affirmer que la majorité des Français sont en faveur de l'euthanasie pour eux-même ou pour un proche. On peut toutefois être critique quant à la formulation des questions ; en effet, à aucun moment il n'est donné une alternative à cette euthanasie sous la forme d'une prise en charge adaptée de ces «souffrances extrêmes» qu'il s'agisse de douleurs physiques ou morales. Comment peut-on accepter de continuer à vivre ou de laisser vivre un être cher lorsque ses souffrances ne sont pas prises en compte ?(37). De plus, il est nécessaire d'insister et d'être critique quant aux termes employés, en particuliers concernant l'expression « aider à mourir » qui devrait être remplacé par « donner la mort ». On peut ainsi se questionner quant aux résultats obtenus si la question était : « en proie à des souffrances extrêmes, accepteriez vous qu'un médecin vous tue ou tue un de vos proche ? ».

4. Les soignants français et l'euthanasie

En terme d'euthanasie, il n'existe bien entendu aucun chiffre officiel en France, la législation étant bien définie. Pourtant, certains soignants s'expriment, avouant avoir « euthanasié » des patients, le plus souvent par compassion mais aussi parfois pour des motifs plus intéressés. Certains de ces aveux ont même été rendu publiques par l'intermédiaire des médias et des grandes affaires judiciaires de ces dernières années en particulier « l'affaire Christine Malèvre » en 1998.

Une étude pourtant, réalisée par le Docteur Fernand FERRAND a permis d'obtenir des informations sur ces pratiques dans les hôpitaux français.

Cette enquête a été réalisée dans 113 services de réanimation, concernant 7309 patients dont 1461 sont décédés. Parmi ces décès, 807 soit 55 % sont attribués à des décisions médicales comprenant bien entendu l'abstention thérapeutique ou la limitation de traitement au titre de lutte contre l'acharnement thérapeutique. Dans 90 % des cas, la décision était une décision collective prise entre soignants et dans 80 % des cas seulement, la famille ou les proches étaient informés de celle-ci et d'autant plus lorsque le patient était pris en charge dans un centre hospitalier universitaire(3). Ce chiffre de 55 % peut paraître important, il faut toutefois tenir compte des spécificités des services de réanimation dans l'analyse de ces données.

En 1990, une enquête nationale était réalisée, sous la direction du Docteur SEBAG-LANOË, parmi les médecins français à propos de l'usage des cocktails lytiques. Il ressortait de cette enquête que « 44 % de ces médecins ne les pratiquent jamais, 36 % une à deux fois par an, 13 % cinq à dix fois par an, 5 % plus de dix fois et 2 % ne répondent pas ».(20)

S'il n'existe pas de chiffre officiel, nous pouvons néanmoins affirmer que les pratiques euthanasiques existent en France bien qu'elles prennent des aspects très variés, sources de confusion dans l'esprit des familles et du grand public mais également au sein des équipes soignantes elles-mêmes. Ainsi, la sédation contrôlée est souvent confondue avec une pratique euthanasique alors qu'elle n'en est en aucun cas apparentée.

C. Les « cocktails lytiques »

Si dans l'Antiquité, l'euthanasie se présentait sous la forme de morts parfois violentes, de nos jours, elle s'effectue de manière camouflée sous la forme de cocktails dits « lytiques » composés d'une association de produits dont l'action et la posologie vont entraîner le décès. Utilisés initialement durant la guerre d'Indochine par Henri LABORIT pour entraîner une neuroplégie, ils ont été détournés de leurs buts originaux pour accélérer ou provoquer le décès(1). On peut ainsi citer en exemple le « PDL », largement utilisé dans les années 80, associant Prométhazine PHENERGAN^R, Péthidine DOLOSAL^R, Chlorpromazine LARGACTIL^R, molécules dont les effets se potentialisent. D'autres substances peuvent également être utilisées du fait de leurs actions directes en particuliers sur le myocarde, tel que le Chlorure de potassium, ou de leurs effets mortels à des doses plus élevées que les doses habituellement usitées, c'est le cas de la morphine ou de certains anxiolytiques benzodiazépiniques.(18)

Ainsi, sous couvert de soulager la douleur ou l'angoisse, l'usage des cocktails « éthiques » a pris la place des cocktails lytiques, au nom si péjoratif, dans le but volontaire mais tu d'abrèger la vie du malade. Ainsi, nous pouvons reprendre l'adage de PARACELSE « Dosis sola facit venenum », c'est la dose seule qui fait le poison(6), pour montrer l'importance de la morale et de l'intention du médecin dans sa pratique.

D. Les demandes d'euthanasie en équipe mobile de soins palliatifs (E.M.S.P.) : exemple de l'E.M.S.P du C.H.R. de Metz-Thionville.

Il nous a semblé intéressant d'étudier les demandes d'euthanasie reçues par les différents membres d'une équipe mobile de soins palliatifs. Cet exemple de l'équipe de soins palliatifs du C.H.R de Metz-Thionville vise à montrer les difficultés en terme de reconnaissance et de réponses données dans ces demandes si particulières. Les éléments recueillis portent sur la période du 1^{er} mai au 31 octobre 2000.

1. Présentation

a) Activité de l'équipe mobile de soins palliatifs du C.H.R. de Metz-Thionville

L'équipe mobile de soins palliatifs de Metz-Thionville était composée au 1^{er} mai 2000, de deux praticiens hospitaliers, d'un assistant généraliste, d'un résident en médecine, de deux infirmières, d'une ergothérapeute, d'une psychologue à temps partiel, d'une secrétaire et d'une coordinatrice des bénévoles. Cette équipe a pris en charge entre le 1^{er} mai et le 31 octobre 2000, 314 patients dans le cadre de soins continus dits palliatifs, représentant 1219 évaluations cliniques complétées par une prise en charge spécialisée ergothérapique et psychologique, et par l'accompagnement bénévole.

Ces 314 patients étaient répartis en 184 hommes soit 58% et 130 femmes soit 41 %. La moyenne d'âge de ces patients était de 65 ans pour des extrêmes de 26 et 96 ans.

Ces évaluations suivaient la répartition suivante selon les services :

SERVICES	REPARTITION EN %
Traumatologie	0.66
Soins palliatifs (consultations)	4.02
O.R.L	2.71
Gastro-entérologie	10.83
Dermatologie	2.21
Chirurgie digestive	3.77
Hématologie	3.36
Pneumologie	10.83
Cardiologie	0.82
Neurologie	2.62
Urologie	4.18
Oncologie et curiethérapie	36.34
Néphrologie	2.32
Endocrinologie	0.9
Unité d'Hospitalisation Temporaire	0.25
Médecine	0.49
Chirurgie générale	4.26
Soins palliatifs- Maison de repos	8.2
Rhumatologie	0.82

b) Les demandes d'euthanasie

Sur cette période de six mois, l'équipe mobile de Metz-Thionville a recueilli 12 demandes d'euthanasie ou identifiées comme telles, exprimées de façons diverses et émanant de plusieurs sources. Ces demandes concernaient donc 3.82 % des patients pris en charge durant cette période.

Parmi ces demandes, 6 émanaient de femmes et 6 d'hommes.

L'âge moyen des femmes était de 71.7 ans pour des extrêmes de 58 et 89 ans ; concernant les hommes, l'âge moyen était de 61.7 ans pour des extrêmes de 41 et 71 ans.

Les pathologies initiales dont souffraient ces patients étaient variées mais représentées en majorité par des pathologies cancéreuses :

PATHOLOGIE INITIALE	REPARTITION	SERVICES
TUMEUR CEREBRALE	1	Oncologie
HEPATOCARCINOME	1	Hépto-Gastro-Entérologie
Lymphome	1	Hématologie
Sarcome de langue	1	O.R.L
SIDA maladie	1	Dermatologie
Ostéosarcome	1	Pneumologie
Néoplasie pulmonaire	1	Pneumologie
Adénocarcinome mammaire	1	Hépto-gastro-entérologie
Sclérose médullaire avec syringomyélie	1	Neurologie
Adénocarcinome pancréatique	3	Hépto-Gastro-Entérologie (2 cas) et domicile (1 cas)

Nous allons présenter brièvement ces 12 demandes en mettant en relief les motifs qui nous ont poussés à les considérer comme des demandes d'euthanasie. Puis dans une seconde partie nous analyserons les critères d'inclusion, l'évolution des demandes et les réponses qui leurs ont été données.

- ✓ Cas n°1 : Mme. P., 71 ans, est prise en charge dans un service d'hépto-gastro-entérologie pour une récurrence d'un hépatocarcinome sur cirrhose hépatique marquant l'évolution d'une hépatite C. En août 2000, l'E.M.S.P. prend contact pour la première fois avec la patiente dans le cadre de la consultation de la douleur avant son retour à domicile avec un bon équilibre antalgique obtenu sous 3 g/jour de Paracétamol. Le 06/09/2000, la patiente est ré-hospitalisée devant une altération franche de l'état général avec reprise des douleurs et apparition de symptômes pénibles (diarrhée, nausées, vomissements) pour lesquels l'E.M.S.P intervient. Le 20/09/2000 on note un net ralentissement psychomoteur et Mme P. exprime clairement le décalage existant entre sa maladie, son pronostic qu'elle connaît et les réactions de sa fille qui refuse d'aborder ce sujet, refus qui constitue une source d'angoisse pour la patiente et ses proches. Par l'adaptation régulière du traitement, le syndrome douloureux est

jugulé et apparaît le 24/09/2000, une somnolence dite « refuge ». Le tableau évolue à compter du 28/09/2000 vers un tableau d'angoisse majeure exprimée par la patiente et observable cliniquement sous la forme d'une agitation anxieuse ne cédant pas à l'administration de Midazolam HYPNOVEL^R. Le 03/10/2000 les phénomènes anxieux sont en régression sous Tiapride TIAPRIDAL^R, la patiente exprimant toujours une souffrance morale intense mais acceptant l'aide de la psychologue et de la musicothérapeute de l'équipe. En parallèle, son fils est vu par L'E.M.S.P. et il lui est indiqué le stade de la maladie et l'évolution à prévoir. Celui-ci évoque la possibilité d'une euthanasie devant les modifications physiques de sa mère et les symptômes pénibles insupportables à ses yeux, euthanasie qu'il aurait le courage de réaliser lui-même si nous refusons ce geste. Le 05/10/2000, l'état de Mme P. se dégrade, la communication verbale devient impossible, le 06/10/2000, la patiente est comateuse, calme, non douloureuse mais réapparaissent des vomissements bilieux et sanglants. Le 08/10/2000, son fils, face au décès imminent demande une euthanasie pour sa mère tout en développant une agressivité vis à vis du personnel du service hospitalier et des « sbires des soins palliatifs ». Nous avons pu observer une grande ambivalence dans ses propos entre le besoin d'agir pour mettre un terme à sa propre souffrance et le reproche fait aux soignants qui ne peuvent empêcher sa mère de mourir. La patiente décède quelques heures plus tard. Un médecin de l'E.M.S.P. accueille la souffrance du fils. Dans ce cas, la demande d'euthanasie émanant de la famille, était exprimée sans aucune ambiguïté et sous tendue par une souffrance morale intense, le refus de la déchéance physique et la persistance de symptômes pénibles en phase pré-mortem.

- ✓ Cas n° 2 : M. Z., âgé de 68 ans, est hospitalisé en service d'hématologie pour prise en charge d'une récurrence d'un lymphome de haut grade avec atteinte pulmonaire initiale et récurrence parotidienne. L'unique contact avec l'E.M.S.P s'effectue le 03/10/2000, motivé par la nécessité d'un soutien psychologique et la prise en charge de symptômes pénibles en particulier d'une dysphagie. En dehors de celle-ci, le patient n'est pas douloureux mais signale une souffrance morale intense avec perte d'espoir. Il ne trouve plus de « forces pour se battre de nouveau contre la maladie ». Ce vécu difficile de la récurrence est accentué par l'apparition d'un état de dépendance et des modifications physiques (paralysie faciale périphérique). Cette perte de sens et cette déchéance poussent le patient à demander « qu'on l'aide à mourir ». Le patient décédera avant une nouvelle intervention de l'E.M.S.P. Ce désir de mourir est ici aussi

clairement exprimé sous tendu par la déchéance physique et la perte du sens donné à la vie.

- ✓ Cas n° 3 : M. S., âgé de 51 ans, est pris en charge dans un service d'O.R.L pour un sarcome de la base de la langue, latéralisé à droite et au-delà de toutes ressources thérapeutiques. Le premier contact avec l'E.M.S.P. s'effectue le 30/08/2000 et nous nous trouvons devant un patient en très mauvais état général, cachectique, présentant une volumineuse tumeur de la langue, s'extériorisant entre les lèvres et ne permettant plus aucune communication verbale. Cette tumeur saigne spontanément et de manière itérative, source d'angoisse pour le patient mais également pour l'équipe soignante. Le patient souffre en outre de douleurs de type neurogène et nociceptive intenses, il est trachéotomisé et a bénéficié de la pose d'une sonde de gastrostomie ; l'examen clinique retrouve un net encombrement bronchique. Les phénomènes douloureux et l'encombrement bronchique sont rapidement maîtrisés laissant place au problème des saignements de plus en plus fréquents et de plus en plus importants, faisant craindre la survenue d'une évolution cataclysmique du fait de l'extension du processus tumoral à proximité des vaisseaux du cou. En concertation avec l'équipe soignante, il est convenu de la pose d'une voie veineuse périphérique en cas de nouveau saignement, permettant d'administrer à la fois des antalgiques et des sédatifs si nécessaire. Cette solution qui nous semblait optimale était exposée au patient qui ne s'y opposa pas. Suite à des problèmes techniques, cette voie veineuse ne put être conservée en l'état et par la suite, le patient s'opposa à toutes injections (intra-veineuse ou sous cutané), pose de voie veineuse et développa une certaine méfiance quant à l'administration même des thérapeutiques par la sonde de gastrostomie montrant que l'information concernant le protocole de soins n'avait pas été suffisamment explicite, rendant difficile la prise en charge ultérieure du patient, la relation patient-soignant ayant été altérée. Le 28/09/2000, l'état du patient est stable hormis une reprise des douleurs nécessitant des adaptations thérapeutiques. Le volume de la tumeur a augmenté de façon flagrante. La mère du patient, à son chevet, nous demande d'abrégé les jours de son fils : « faites quelque chose, ce n'est pas possible de le laisser comme ça avec cette tumeur qu'il arrache et comme il a maigri ! Il faut en finir vite. ». Nous recevons des demandes de même type mais plus camouflées émanant de l'équipe infirmière : « On ne peut rien faire ? ! C'est long et puis on a du mal à faire les soins avec cette masse, les odeurs, les saignements. Il faudrait que ça aille plus vite pour ne plus qu'il

souffre », propos recueillis alors que le patient n'est plus douloureux après une adaptation thérapeutique et demande son retour à domicile. Le décès survient le 04/10/2000 en secteur hospitalier et sans que le recours au protocole de sédation soit nécessaire. Cette observation est intéressante à plus d'un titre car elle montre bien la difficulté qu'ont les soignants d'appréhender la fin de vie de certains patients, surtout lorsqu'ils sont hospitalisés pour des périodes longues, les renvoyant à leur propre mort. Cette identification peut être responsable de prise de décision non optimale pour le patient. Ici, il existait en plus un net décalage entre celui-ci, non douloureux, demandeur d'une mort à domicile, peu préoccupé de son aspect physique, et la famille et les soignants, en état de souffrance extrême, ayant atteint les limites du supportable dans ce tableau de déchéance et qui demandent à en être libéré.

- ✓ Cas n° 4 : M. E., âgé de 41 ans, est pris en charge le 02/10/2000 en service de dermatologie à sa demande, suite à un transfert d'un hôpital parisien qui l'accueillait depuis plusieurs mois et le suivait pour un Syndrome d'Immunodéficience Acquise. Ce transfert était motivé par le désir du patient d'un rapprochement familial après plusieurs années de séparation. L'E.M.S.P. entre en contact avec le patient pour la première fois le 11/10/2000, à l'occasion d'une consultation de la douleur et d'un soutien psychologique. Le patient est somnolent, douloureux, dyspnéique du fait d'une hypertension artérielle pulmonaire majeure. Les échanges autour du sujet de la mort se font sereinement, M. E. se préparant depuis une longue période à l'issue fatale de sa maladie souhaitant toutefois être aidé dans cette démarche par la psychologue de notre équipe. Sa demande immédiate concerne surtout les douleurs pour lesquelles il souhaite mourir plutôt que de les endurer plus longtemps. Cette demande de mort n'est donc à rapporter qu'à la douleur. Après mise en place d'un traitement antalgique par morphinique, les symptômes douloureux disparaissent, permettant à M. E. de profiter pleinement de son hospitalisation pour renouer avec ses proches. Le 17/10/2000, le patient n'est plus douloureux mais angoissé dans un tableau de mort imminente. Il est alors décidé de réaliser une anxiolyse par Midazolam HYPNOVEL^R. Le patient décède le jour même sans réitérer un quelconque désir de mort après l'obtention de l'antalgie, montrant que des phénomènes douloureux isolés et non traités peuvent être à l'origine d'une demande d'euthanasie.

- ✓ Cas n° 5 : Mme. F., âgée de 64 ans, est suivie par l'E.M.S.P. depuis le 29/01/1999, pour prise en charge d'une symptomatologie douloureuse en rapport avec un sarcome de la cuisse droite évoluant depuis 1993 et pour lequel, elle a bénéficié d'un traitement chirurgical, radiothérapique et chimiothérapique. En février 2000, suite à un épisode de dyspnée aiguë, on découvre une extension métastatique pulmonaire et surrenallienne, associée à une récurrence sarcomateuse. En avril 2000, l'état respiratoire de la patiente se dégrade, avec apparition d'une dyspnée de stade IV et d'une toux invalidante. Le 27/04/2000, on relève une souffrance morale intense qui pousse la patiente à demander la mort. Dans les jours qui suivent, les demandes sont réitérées bien que l'état somatique de la patiente s'améliore. L'angoisse de mort est très présente et tournée en dérision par les proches de la patiente qui se défendent de cette manière contre leur propre angoisse. Il existe une nette ambivalence entre désir de mourir et peur de mourir sans maîtriser cette mort dans ces demandes d'euthanasie. L'anxiolyse est réalisée par l'administration de Midazolam HYPNOVEL^R, les autres symptômes pénibles sont jugulés, un travail d'ergothérapie permet à la patiente de retrouver un début d'autonomie dans les transferts lit-fauteuil, le travail de trépas se poursuit et les demandes de mort disparaissent le 04/05/2000. La patiente décède le 04/06/2000 sans avoir renouvelé de telles demandes. Les demandes d'euthanasie dans ce cas émanaient de la patiente seule et sont apparues après l'annonce de la récurrence et de l'extension métastatique, lors de la mise en place du travail de trépas. Ces demandes étaient sous-tendues par des manifestations somatiques (douleur et symptômes pénibles) d'une part, et par une souffrance morale intense et une angoisse d'autre part.

- ✓ Cas n° 6 : M. B. , âgé de 71 ans, est suivi par l'E.M.S.P. depuis le 14/03/2000 dans le cadre de la consultation de la douleur suite à la découverte fortuite d'une néoplasie pulmonaire avec envahissement médiastinal. Entre mars et mai 2000, le patient est hospitalisé à plusieurs reprises pour chimiothérapie et le retour à domicile est toujours possible avec un bon équilibre antalgique après adaptation du traitement. Le 14/05/2000, une nouvelle hospitalisation s'impose devant la survenue d'une aplasie médullaire. La famille est informée du pronostic péjoratif et interprète cette nouvelle comme l'annonce d'une mort imminente. Dans les jours qui suivent, les phénomènes douloureux sont maîtrisés et apparaît un tableau d'angoisse majeure avec insomnie, agitation essentiellement nocturne et épisode de confusion mentale évoquant un

possible processus métastatique cérébral. La famille organise un accompagnement du patient sous la forme d'une présence constante à son chevet. Le 16/05/2000, lors de notre passage, M.B. mime une injection mortelle et une mort par arme à feu, gestes que nous avons interprétés comme des demandes d'euthanasie. La famille appuie cette demande, parlant du patient à l'imparfait, nous demandant devant lui de l'aider à mourir car « on ne laisse pas les chiens mourir comme ça, il faut faire quelque chose, on ne supporte plus de le voir comme ça ». La fille du patient nous explique avoir eu une longue conversation avec son père la nuit précédente et être prête à « le voir mourir », ne supportant plus son état de déchéance physique et la durée de son agonie. Le lendemain, devant la persistance des phénomènes anxieux malgré les modifications de traitement, les demandes d'euthanasie évoluent vers des demandes de sédation exprimées par la famille et vers des demandes d'anxiolyse de la part du patient qui veut être « plus calme sans dormir ». Après de nombreuses adaptations du traitement, un compromis est trouvé entre anxiolyse et sédation. Le 23/05/2000, l'agitation réapparaît. Le 24/05/2000 le patient est sédaté par les médecins du service qui l'accueillait et décède dans les heures qui suivent. Dans ce cas, la source de la demande était double, patient et famille, motivée par la déchéance physique, l'angoisse majeure et la souffrance morale. Cet exemple nous montre également, les difficultés que peuvent rencontrer les équipes de soins palliatifs en rapport avec des demandes discordantes entre la famille et le patient d'une part et le mode de fonctionnement de telles équipes, dont le rôle est essentiellement de conseiller, de faire des propositions de prises en charge qui seront ou non suivies dans les services où elles interviennent. Si les équipes de soins palliatifs placent le malade au centre de leurs préoccupations en respectant son désir, ici, il s'agissait d'un désir d'anxiolyse et non pas de sédation, elles s'opposent parfois aux pratiques des services hospitaliers qui sont soumis à d'autres contraintes et en particulier une forte pression des familles.

- ✓ Cas n° 7 : Mme. P., âgée de 75 ans est hospitalisée le 24/08/2000 en service d'hépatogastro-entérologie dans un tableau de sub-occlusion digestive. Elle est suivie par ailleurs depuis 4 ans pour une néoplasie du sein droit avec extension métastatique ganglionnaire, osseuse et pulmonaire. L'E.M.S.P. voit pour la première fois la patiente le jour de son hospitalisation pour adaptation du traitement antalgique et soutien psychologique. La patiente est angoissée, logorrhéique, demande des explications quant à l'évolution de sa maladie, explications qu'elle rejette et dénie. Le jour même,

elle fait aux médecins du service qui l'accueillent une demande de mort dans un tableau d'angoisse marquée. Le lendemain, lors de notre passage, la patiente n'est plus douloureuse à l'hétéro-évaluation alors qu'elle signale des douleurs intenses ; le contact est très limité, la patiente refusant progressivement de nous parler et s'isolant dans une somnolence refuge. Elle décède le jour même sans réitérer sa demande. Dans ce cas, le demande d'euthanasie ne s'est pas faite aux soignants de l'E.M.S.P. mais au médecin du service et a été une demande directe de mort sous tendue par une perte d'espoir et une angoisse majeure.

- ✓ Cas n° 8 : Mme. S., âgée de 88 ans, est hospitalisée le 29/05/2000 en service de neurologie suite à un malaise hypoglycémique survenu à domicile. Cette patiente est suivie en outre par ce même service pour une sclérose médullaire C6-C7 avec syringomyélie, compliquée d'escarres fessières, sacrées et malléolaires. L'E.M.S.P. intervient dans le cadre de la consultation de la douleur et le 08/06/2000, la patiente regagne son domicile avec un bon équilibre antalgique. Le 22/06/2000, une nouvelle hospitalisation est nécessaire devant une recrudescence des douleurs et l'apparition d'un syndrome infectieux. Progressivement, le tableau évolue vers un tableau anxio-dépressif avec plaintes somatiques multiples, anhédonie, aboulie et souffrance morale intense. C'est dans ce tableau qu'apparaissent le 20/07/2000, les premières demandes de mort qui seront réitérées par la suite (« je veux mourir, aidez moi à mourir »). Une anxiolyse est réalisée par administration per os de Alprazolam XANAX^R permettant de limiter les phénomènes anxieux sans avoir recours à la sédation contrôlée qui avait été discutée, et de faire disparaître les demandes de mort . La patiente décède le 24/07/2000. Ici, il s'agit de demandes d'euthanasie marquant l'évolution d'un syndrome anxio-dépressif en fin de vie.

- ✓ Cas n° 9 : M.C., âgé de 69 ans est suivi en consultation de soins palliatifs depuis le 27/03/2000 pour un adénocarcinome excréto-biliaire étendu à la tête du pancréas, au corps et à la région coeliaque pour lequel il a bénéficié d'une dérivation digestive purement palliative avec splanchnectomie suivie de radio et chimiothérapie. Le patient est maintenu à domicile grâce au concours du médecin traitant et de la famille, dont un fils infirmier qui fait le lien entre le domicile et l'E.M.S.P. Les différentes adaptations thérapeutiques permettent d'obtenir un confort de vie acceptable tant sur le plan de la

douleur qu'au niveau de la symptomatologie digestive (anorexie, diarrhée). Le 01/08/2000, apparaissent des hallucinations visuelles associées les jours suivants à des épisodes confusionnels et à une reprise des douleurs justifiant la réalisation d'une rotation des opioïdes avec passage à l'Hydromorphone SOPHIDONE^R. Le 11/08/2000, l'état clinique du patient se dégrade avec la survenue d'une septicémie à E. coli et de rectorragies. Le maintien à domicile se poursuit malgré les difficultés rencontrées par le fils du patient, partagé entre son rôle familial et professionnel. Le 15/08/2000 des membres de l'E.M.S.P. se rendent au domicile du patient et se retrouvent face à un patient présentant une anxiété majeure avec une peur de la mort intense. L'anxiolyse est intensifiée. Le 18/08/2000, le fils du patient, angoissé à l'idée d'une fin prochaine et de la possibilité de survenue d'une hémorragie digestive cataclysmique, en pleine souffrance, exprime ses tentations d'euthanasie ne parvenant plus à distinguer son rôle de fils de son rôle de soignant. Il demande au médecin de l'E.M.S.P. de réaliser des prescriptions anticipées afin de pallier à toutes les éventualités. Un protocole de sédation est proposé en cas d'épisode hémorragique cataclysmique. Le patient décède le jour même sans que nous n'ayons pu obtenir d'information sur les circonstances du décès et sans qu'il ait exprimé un désir de mort. Cet exemple présente bien les difficultés des familles à maintenir un proche à domicile en fin de vie et les tentations d'abrégier la vie de celui-ci lorsque les rôles de soignant sont détenus par la famille. La survenue de symptômes pénibles, la crainte de phénomènes cataclysmiques et l'angoisse du décès à domicile étaient à l'origine de ces désirs d'euthanasie.

- ✓ Cas n° 10 : M. C. , âgé de 70 ans est vu pour la première fois par l'E.M.S.P. en service d'hépto-gastro-entérologie le 19/05/2000 pour prise en charge de phénomènes douloureux abdominaux en rapport avec un adénocarcinome pancréatique. Après un retour à domicile avec un bon équilibre antalgique, le patient est ré-hospitalisé le 23/08/2000 pour recrudescence des douleurs et sub-occlusion digestive. Une extension métastatique hépatique est décelée à cette occasion. Le patient qui jusqu'alors était resté dans une logique curative, évoque sa mort prochaine avec une relative sérénité. Le 28/08/2000, les douleurs reprennent associées à nouveau à un tableau de sub-occlusion qui persistera malgré les différents traitements médicaux tentés. Le désir de mort est exprimé par le patient le 30/08/2000, sous tendu par la douleur et une angoisse majeure. Le 01/09/2000, la douleur a disparu mais il persiste un tableau

anxieux ; le patient décède le jour même sans que cette angoisse ai pu être complètement jugulée.

- ✓ Cas n° 11 : Mme. L. , âgée de 73 ans, est accueillie dans un service de convalescence bénéficiant de la présence de lits de soins palliatifs dits intégrés pour prise en charge de phénomènes douloureux en juillet 2000. Elle a bénéficié en novembre 1999 d'une intervention palliative de dérivation digestive pour néoplasie pancréatique. Le premier contact avec l'E.M.S.P. a lieu le 01/08/2000, Mme L. se plaignant essentiellement de douleurs abdominales, évoquant facilement sa maladie et son pronostic péjoratif, et exprimant son désir de « profiter des derniers instants de vie sans souffrance ». Les 17 et 30/08/2000, les doléances se modifient, la patiente exprime une perte de sens donné à sa vie qui se limite à des activités de plus en plus restreintes en rapport avec une asthénie intense. Elle exprime alors une demande claire de mort. Un traitement antidépresseur psychotonique est mis en place associé à des entrevues avec la psychologue de l'E.M.S.P. dans le but de recentrer la malade dans une démarche de vie. La patiente décède le 04/09/2000 sans réitérer de nouvelles demandes.

- ✓ Cas n° 12 : Mme. L., âgée de 58 ans est hospitalisée en service d'oncologie après la survenue d'une altération nette de l'état général avec altération de la vigilance chez une patiente ayant bénéficié en août 1999 d'une intervention chirurgicale suivie d'une radiothérapie pour tumeur cérébrale. Le 06/09/2000, l'E.M.S.P. voit pour la première fois la patiente qui présente une labilité émotionnelle marquée avec une lenteur d'idéation et des éléments confusionnels. Dès le 13/09/2000, apparaissent des demandes de mort exprimées par la patiente et associées à des idées suicidaires, sous tendues par une souffrance morale majeure, par l'angoisse et amplifiées par la déchéance physique. L'anxiolyse est intensifiée de même que le traitement antidépresseur. Une prise en charge multidisciplinaire (psychiatre, psychologue, musicothérapeute) associée à un accompagnement bénévole est mise en place. La patiente est transférée dans une unité de lits de soins palliatifs intégrés où elle décède le 01/10/2000. Dans les jours précédents son transfert, les demandes d'euthanasie n'avaient pas été renouvelées.

c) Synthèse

Le problème principal de ce type de recueil est représenté par la définition de critères d'inclusion des patients. Le fonctionnement type de l'équipe mobile avec un mode d'évaluation en binôme infirmière-médecin a permis une certaine concertation dans l'inclusion des malades ; inclusions sur des critères le plus souvent subjectifs, inhérents à l'expérience et au ressenti de chacun, mais qui reposaient toutefois sur les termes utilisés par les patients, leurs familles ou les équipes soignantes dans la formulation de la demande.

En effet, sur ces 12 demandes reconnues comme des demandes d'euthanasie, toutes n'émanaient pas du patient-lui même comme le montre le tableau suivant :

*Sources des demandes d'euthanasie recueillies par l'équipe mobile de Soins Palliatifs du
C.H.R. de Metz-Thionville*

Patients	Famille/proches	Soignants	Patient et famille	Famille et soignants
8	2	0	1	1

Comme nous l'avons dit précédemment, les termes, expressions verbales ou gestuelles utilisées par les personnes à l'origine de la demande d'euthanasie nous ont permis d'inclure 12 malades mais également, au travers de ces expressions et de l'évolution de ces demandes, de donner, parfois, dans un second temps, un sens très différent à ce désir de mort.

Les expressions le plus souvent rencontrées chez les patients font partie du registre de l'angoisse, angoisse de la mort, de la douleur physique ou de la souffrance au sens large du terme, mais sont aussi issues de la problématique existentielle : « je préfère que l'on me tue plutôt que de souffrir comme ça », « c'est long, la vie n'a plus de sens, je fais souffrir mes proches, autant mourir, j'ai assez vécu, vous pouvez ou devez me faire une piqûre pour en finir », « je ne peux plus vivre comme ça » « j'ai peur de l'étouffement, de la douleur »...

Sur cet échantillon, nous avons rencontré un patient qui lors de nos passages, mimait un suicide par arme à feu ou une injection intra – veineuse d'une substance létale.

Concernant les demandes issues des proches ou des soignants, les motivations sont différentes et fondées essentiellement par la peur de la mort elle même et des symptômes pénibles qui l'entourent, mais également par les modifications physiques inhérentes à l'évolution de la pathologie qui rendent celle-ci difficilement supportable, d'autant plus lorsque l'agonie se prolonge. Cette souffrance des familles et des soignants au contact de ces malades depuis des semaines voire des mois, avec des liens parfois très forts qui se créent et la nécessité de poursuivre des soins dont on ne parvient plus à trouver de sens, est source de demandes violentes rendant bien compte de l'épuisement de ces acteurs forcés : « ne peut-on rien faire pour lui ? vous ne pouvez pas l'aider... ? » « c'est inadmissible de laisser quelqu'un comme cela, même les chiens on les tue... » « vous voyez bien qu'il veut en finir, je ne peux plus supporter cela... » « si vous ne le faites pas, je vais le faire moi même.. »...

En dehors de ces « paroles » de patients, familles et soignants, nous pouvons résumer les motivations des « demandeurs » d'euthanasie sous 5 items et définir ainsi leur répartition dans notre échantillon :

Fondement de la demande	Source de la demande			
	Patient (sur 8)	Famille Proches (sur 2)	Famille et Patient (sur 1)	Famille et soignants (sur 1)
Douleur non jugulée	3			
Souffrance morale/ Perte de sens	5	2	1	
Angoisse	5	1	1	
« Déchéance » physique	2	1	1	1
Symptômes pénibles non jugulés	1	2		

Parmi notre échantillon de 12 demandes, une patiente a été perdue de vue car prise en charge dans une structure où l'équipe mobile de soins palliatifs de Metz-Thionville n'intervenait pas, une demande a été exprimé par une famille en période pré-mortem imminente, la patiente décédant dans les heures suivantes, de même pour un autre patient dont le décès est survenu avant un second entretien.

Une patiente est décédée dans les 24 heures suivant sa demande, après adaptation efficace du traitement antalgique et anxiolytique et sans avoir réitéré sa demande, s'enfermant dans une somnolence feinte dite « refuge ».

Dans trois autres cas, suite à une prise en charge médicamenteuse de la douleur et des symptômes pénibles associés à une prise en charge multidisciplinaire (psychologue, ergothérapeute, musicothérapeute, accompagnement bénévole...), nous avons pu voir ces trois patients revenir sur leurs demandes.

Deux protocoles dits de sédation, en plus de la prise en charge globale, ont été proposés dans le cadre de prescriptions anticipées du fait de risques non négligeables, de survenue d'événements cataclysmiques de type hémoptysies ou hématoméses massives. Un patient est décédé à domicile sans que nous ayons pu obtenir de renseignements quant à l'utilisation de ce protocole, l'autre protocole n'a pas été utilisé.

Dans un cas, la demande d'euthanasie émanant de la famille et appuyée par celle du patient s'est modifiée au cours du temps pour faire place à une demande de sédation, l'agitation anxieuse persistant malgré l'augmentation de posologie des anxiolytiques à visée sédative. Le malade, quant à lui souhaitait, et l'exprimait de façon tout à fait compréhensible, être moins anxieux mais « sans dormir ». Une modification de posologie dans un premier temps puis de

molécule dans un second état proposée par l'équipe mobile. Le patient est décédé après avoir été « sédaté » par décision des médecins du service qui l'accueillait.

Un patient a présenté des douleurs jugulées par les thérapeutiques dans un premier temps puis réapparaissant et persistant en partie malgré les antalgiques, responsables d'une angoisse majeure qui prend rapidement le devant du tableau. Une anxiolyse est proposée et réalisée. Le patient décède sans douleur avec une régression notable des phénomènes anxieux.

Une patiente a réitéré un désir de mort en rapport avec une angoisse marquée et une souffrance morale intense marquant l'évolution d'un syndrome dépressif réactionnel. Une sédation contrôlée avait été évoquée mais une anxiolyse adaptée permit de faire disparaître la symptomatologie et les demandes.

2. Analyse

Nous pouvons constater que les critères d'inclusions dans notre échantillon de demandeurs d'euthanasie n'étaient pas des critères pré-établis avant notre enquête et reposaient sur des critères essentiellement subjectifs. Il paraît toutefois difficile de réaliser une véritable grille d'inclusion, comprenant en outre des facteurs psychologiques qui seraient responsables de l'inclusion de non demandeurs d'euthanasie et à contrario de l'exclusion de patients ne s'exprimant pas dans ce type de registre.

Néanmoins, il semble nécessaire de préciser avec plus de détails les phénomènes dépressifs et anxieux, de préférence avec une cotation reconnue par le plus grand nombre, utilisable par tous et reproductible permettant d'évaluer l'évolution de tels symptômes.

En effet, la notion même de demande d'euthanasie est inséparable d'une dimension dynamique, évolutive de la demande mais il semble indispensable de tenir compte, dans la pratique des demandes non réitérées afin de comprendre de quelle type de demande il s'agit et de s'adapter à la demande du patient dans la prise en charge.

Le terme de symptômes réfractaires n'apparaissait pas explicitement dans le dossier soin du patient de même que les symptômes potentiellement réfractaires bien qu'ils soient le plus souvent à l'origine des demandes. Il paraît donc nécessaire de notifier de telles manifestations dans les dossiers des patients de même qu'une chronologie précise des modifications thérapeutiques afin de pouvoir discuter d'une éventuelle sédation contrôlée avec le patient, sa famille et l'équipe soignante.

Bien que notre échantillon ne compte que 12 patients, nous avons pu voir la difficulté de reconnaître de telles demandes et surtout la difficulté d'y répondre. Le facteur temps et la recherche des motivations du patient semblent jouer un rôle primordial dans l'évolution de

celles-ci. En effet, la plupart de ces demandes, lorsqu'elles émanaient du patient ont disparu après une prise en charge palliative au sens large. Le problème essentiel est représenté par les demandes émanant des proches et des soignants qui nécessitent une écoute et des réponses très différentes, justifiant disponibilité et expérience en matière de préparation au deuil.

3. Conclusion

En conclusion, nous pouvons affirmer que derrière une demande d'euthanasie, c'est souvent une demande de reconnaissance qui est exprimée par le patient, entrant dans une dynamique de relation qu'il faut reconnaître et à laquelle il faut répondre. Il s'agit toujours de l'expression d'une souffrance globale que l'on appelle « total pain » et qui couvre tous les champs de la souffrance physique, psychique, spirituelle, sociale... sous tendue par la peur de la mort. Nous pouvons citer ici une expression que Philippe GELUCK prête à son héros de bande dessinée le Chat : « j'ai tellement peur de la mort que j'aimerais mourir vite pour avoir peur moins longtemps ».

Cette expression qui ne s'associe pas qu'à des patients en fin de vie est bien le reflet de la fréquence des demandes de mort dans la population générale, survenant dans des situations variées faites de deuils, d'échecs professionnels ou conjugaux...

Les demandes exprimées par la famille sont également le reflet d'une souffrance intense à laquelle peuvent se surajouter des phénomènes de projection, une culpabilité, une lassitude et parfois un deuil anticipé. Accéder à une telle demande ne pourrait qu'accentuer ce sentiment de responsabilité des survivants.(34)

Il convient donc au vu de ces constatations d'adopter une attitude adéquate en plaçant toujours le patient au centre de la réflexion. Il faut donc s'asseoir afin de signifier au patient que la gravité de sa demande a été entendue et écouter les motifs qui ont poussé le patient à l'effectuer. Comme le dit le Docteur SALAMAGNE « le premier médicament administré au patient est le médecin lui-même ! Entendre cette demande en s'asseyant, pour en signifier la gravité, la recevoir sans l'interpréter, sans vouloir en débattre, sans préparer une argumentation, constitue le premier temps du soin. ».(31) Cette phase d'écoute est primordiale car elle va permettre de mieux comprendre la demande en limitant les interprétations des expressions du malade, souvent ambiguës et ambivalentes.

Lorsque la demande de mort est confirmée il convient de trouver des alternatives à l'euthanasie et de les exposer au patient, tout en lui expliquant que le médecin ne peut accéder à sa demande quelle que soit l'évolution de son état mais en lui garantissant qu'il ne souffrira pas et qu'il ne subira pas d'acharnement thérapeutique.

Des soins palliatifs seront mis en place en assurant un confort physique et psychique permanent tout en tenant compte des besoins de la famille. Celle-ci devra être incluse, dans la mesure du possible, dans la prise en charge du patient, donnant un sens aux derniers instants partagés.(34)

Si le développement et la mise en application des soins palliatifs permettent de répondre en partie à la demande d'euthanasie, on ne peut nier que de tels soins ne répondent pas toujours à ces demandes. Il convient donc de trouver d'autres solutions, d'autres alternatives, telles que la sédation contrôlée qui constitue une réponse possible, mais qui resteront toujours des solutions extrêmes à des situations extrêmes.

IV. Aspects législatifs

L'ensemble des textes de lois ont été repris des sites internet du Sénat, du ministère des affaires étrangères des Pays-Bas, et du site Caducée.net.

A. En Europe

Lors de l'assemblée du 25 juin 1999, l'assemblée parlementaire du conseil de l'Europe énumérait un certain nombre de recommandations dans un texte adopté le même jour. Ce texte, dit recommandation 1418, concerne la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants.(28) Le conseil européen insiste ainsi sur la nécessité et le droit pour tout malade incurable d'avoir accès à des soins palliatifs et antalgiques, d'être accompagné et soutenu en fin de vie, de refuser l'acharnement thérapeutique. Ce texte réitère également l'interdiction euthanasique, citant l'article 2 de la Convention européenne des Droits de l'Homme qui énonce : « la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement », même s'il existe une demande explicite du patient.

Même si l'euthanasie reste globalement interdite dans tous les pays européens, il existe des différences sur le plan législatif reposant essentiellement sur la possibilité d'une dépenalisation de l'euthanasie active, sur la reconnaissance des « testaments de vie » et sur la notion d'euthanasie indirecte et passive.

1. Angleterre et Pays-de-Galle

a) Le cadre juridique

- Les lois pénales

L'euthanasie est poursuivie au titre de meurtre, d'homicide volontaire ou de coups et blessures puisqu'elle ne constitue pas une entité légale.

L'article 4, «des pactes de suicide», de l'*Homicide Act* de 1957, qualifie d'homicide involontaire le fait pour une personne d'en tuer une autre conformément à un pacte de suicide conclu entre elles et puni ce type d'homicide d'une peine plus douce.

Le *Suicide Act* de 1961 a dépenalisé le suicide et sa tentative tout en préservant l'assistance au suicide dans la catégorie des infractions comme stipulé à l'article 2 : « Toute personne qui aide, encourage, recommande ou permet le suicide d'un tiers est passible d'une peine

d'emprisonnement au plus égale à quatorze ans. Si au cours du procès d'accusation pour homicide, volontaire ou involontaire, il est prouvé que l'accusé a aidé, encouragé, conseillé ou permis le suicide de la personne en question, il peut être déclaré coupable de l'une ou l'autre de ces infractions. »

- L'arrêt Airedale NHS Trust v. Bland

Il s'agit d'un arrêt rendu le 9 février 1993 par la Chambre des Lords, qui autorisait la suppression de l'alimentation et de l'hydratation artificielle chez un patient en état végétatif depuis 1989. Cette même Chambre rappelait dans le même temps que l'administration d'une substance mortelle était interdite et que le droit pour les malades de refuser un traitement constituait une liberté fondamentale, même dans les situations où le refus pouvait entraîner le décès du patient.

La jurisprudence admet donc l'euthanasie passive.

b) La pratique et le débat

- L'euthanasie active

Unanimement condamnée, la jurisprudence considère l'euthanasie active comme un homicide volontaire. L'infraction est constituée lorsque la mort est provoquée et lorsqu'il y a intention de la donner quel qu'en soit le mobile ou l'auteur. Une commission d'enquête sur l'éthique médicale, désignée par la chambre des Lords a publié le 31 janvier 1994, un rapport qui concluait à la nécessité de ne pas modifier la loi pour autoriser l'euthanasie active et de ne pas créer une infraction de meurtre par compassion.

- L'aide au suicide

L'opposition au suicide médicalement assisté est unanime. La dernière proposition de loi en faveur d'une légalisation du suicide médicalement assisté chez des patients incurables du 10 décembre 1997 a été rejetée par 234 voix contre 89.

- L'euthanasie indirecte

La jurisprudence dans ce cas se fonde sur la théorie du «double effet» qui autorise un médecin à utiliser légalement des antalgiques même si cela a pour effet secondaire ou double effet, prévisible mais non voulu de hâter la mort.

- L'euthanasie passive

Deux situations distinctes apparaissent dans ce cadre selon que le patient est capable ou non d'exprimer un consentement juridique valable.

Lorsque le patient en est capable, la jurisprudence, ainsi que la commission d'enquête de la Chambre des Lords reconnaît son droit de refuser un traitement pour un « motif rationnel, ou irrationnel, voire sans raison ». Ce droit repose sur la liberté fondamentale de libre disposition qu'a tout être humain de son corps.

Lorsque le patient est incapable de donner son consentement, deux cas peuvent se présenter selon qu'il a rédigé ou non un testament de vie.

Il n'existe pas de loi concernant un refus anticipé de traitement, pourtant la jurisprudence reconnaît sa valeur juridique. Ainsi, la Cour d'Appel (Chambre civile), dans sa décision Re.T (Adult refusal of medical treatment) rendue en 1992, indique que si un patient a fait un choix anticipé clairement établi et applicable compte tenu des circonstances dans lesquelles il se trouve, ce choix lie juridiquement le médecin dès lors que les quatre conditions suivantes sont remplies :

- Le patient avait la capacité mentale nécessaire au moment où il a exprimé ce refus anticipé
- Le patient avait pris en considération l'exacte situation dans laquelle il se trouverait au moment où il perdrait sa capacité juridique
- Le patient avait pleinement apprécié les conséquences de son refus de traitement
- Le patient n'avait pas été moralement influencé par une autre personne au moment où il a pris sa décision

En l'absence de testament de vie, l'arrêt des médicaments, et notamment des antibiotiques ainsi que celui de la ventilation artificielle est légal. La Cour a également autorisé l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielle même si dans ce domaine, la légalité de cet arrêt n'est pas clairement définie puisque certains considèrent l'alimentation et l'hydratation comme un traitement et d'autres comme des soins fondamentaux.

Le débat actuel, débuté dès 1995, à partir du rapport de la Law Commission, repose sur la nécessité de reconnaître ou non une valeur juridique au testament de vie. Ce rapport était en faveur de cette reconnaissance et proposait la création d'une « autorité générale agissant raisonnablement » et veillant au respect de ces volontés par le corps médical dans l'intérêt du malade. Le 10 décembre 1997, le ministre de la justice publiait un document de consultation sur l'incapacité mentale, intitulé « qui décide ? », visant à recueillir des avis sur différentes recommandations de la Law Commission, en particulier concernant le testament de vie et la

possibilité pour une personne capable de désigner un mandataire qui déciderait à sa place, y compris dans le domaine médical, si elle devenait incapable.

L'association médicale britannique a également pris part dans ce débat en lançant une consultation auprès des professionnels de la santé. Les conclusions s'orientaient vers l'inutilité de prolonger la vie à tout prix et vers la nécessité de suspendre des gestes médicaux disproportionnés.

2. Belgique

a) Le cadre juridique

Selon les articles 392 et 417 du Code pénal, l'euthanasie est assimilée à un homicide volontaire avec préméditation. La compassion ou le fait que cet acte soit réalisé à la demande de la victime ne constitue pas des circonstances atténuantes et l'homicide volontaire avec préméditation est punissable de la peine de mort.

Concernant le suicide assisté, les articles 420 bis et suivants du code pénal le condamnent au titre de non assistance à personne en danger.(20)

b) La pratique et le débat

En matière d'euthanasie, la jurisprudence montre que les cours d'assises acquittent presque toujours les accusés.

Depuis 1984, plusieurs propositions de lois visant à légiférer dans le sens d'une dépénalisation de l'euthanasie et d'une reconnaissance du testament de vie ont été déposées mais sans connaître de suite.

En mai 1997, le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique était prié par les présidents de la Chambre et du Sénat de s'exprimer sur la question de l'opportunité d'une loi sur l'euthanasie. Ce comité qui n'a qu'un rôle consultatif, ne put se positionner de façon claire à ce sujet mais évoquait dans sa proposition n°3, vers laquelle la commission restreinte semblait tendre, la possibilité d'une « régulation 'procédurale' a priori des décisions médicales les plus importantes concernant la fin de vie, y compris l'euthanasie, après consultation collégiale ». Dans cette procédure, la responsabilité de la décision d'euthanasie se partagerait entre le malade et le médecin après avis de la famille et du personnel infirmier. Ainsi, l'euthanasie ne serait pratiquée qu'après débat éthique au sein de l'équipe soignante et assistance dans ce débat d'une tierce personne nommée par le Comité d'éthique local. Il existerait de plus, un contrôle social, éventuellement judiciaire de l'acte euthanasique.(9)

3. Allemagne

Le mot euthanasie est un mot réellement tabou en Allemagne du fait des nombreuses actions d'euthanasie économique et eugénique qu'a connu ce pays au début du siècle. On lui préfère le terme de « aide à la mort » ou Sterbehilfe.

a) Le cadre juridique

- Les dispositions constitutionnelles

La Loi fondamentale par les articles 1-1 et 2 alinéa 1 et 2 protège le droit absolu à la vie et le droit d'autodétermination :

Article 1-1 : « la dignité de l'homme est intangible »

Article 2 alinéa 1 : « chacun a droit au libre développement de sa personnalité »

Article 2 alinéa 2 : « chacun a droit à la vie et à l'intégrité physique »

Ces articles expriment clairement le droit pour un patient de refuser un traitement médical même si celui-ci est destiné à prolonger sa vie. Le droit à la vie et à l'intégrité protège tout patient contre les agissements d'un tiers. Même si ces articles s'opposent au droit de se suicider, la doctrine et la jurisprudence estiment que la Loi fondamentale ne condamne pas le suicide.

- Le code pénal

Le seul article concernant explicitement l'euthanasie est l'article 216 qui énonce : « si quelqu'un a été conduit à commettre un homicide à la demande expresse et sérieuse de la victime, une peine de prison d'une durée comprise entre six mois et cinq ans doit être prononcée ». Il s'agit donc d'une peine allégée puisqu'un homicide perpétré en l'absence de demande expresse et sérieuse est passible d'une peine d'au moins cinq ans.

- Les directives de la Chambre Fédérale des médecins

La Chambre fédérale des médecins a émis en septembre 1998, des principes réactualisés à partir des directives émises pour la première fois en 1979 et déjà actualisées en 1993, sur l'euthanasie. Ces « principes pour l'accompagnement médical de la mort » réaffirment le devoir des médecins à maintenir leur patient en vie et à mettre en place des soins dits palliatifs lorsque la pathologie du patient dépasse toute ressource thérapeutique, en respectant le droit d'autodétermination du patient.

Ces principes exposent l'hostilité de la Chambre fédérale des médecins à l'euthanasie active.

b) La pratique et le débat

- L'euthanasie active

Celle-ci reste illicite en Allemagne bien que le débat reste d'actualité comme le montre un projet de loi de 1986 visant à dépénaliser l'euthanasie commis à la demande de malades incurables et dont les souffrances ne pouvaient être apaisées. L'homicide aurait constitué une infraction mais son auteur n'aurait pas été poursuivi.

- L'aide au suicide

Le suicide n'est pas punissable, et l'aide au suicide n'est pas répréhensible non plus dans la mesure où celui qui aide ne prend pas une part active à l'acte et ne peut pas être considéré comme auteur. Par contre, il existe une contradiction dans la mesure où une personne qui a assisté un candidat au suicide peut être punissable (pour non-assistance à personne en danger ou homicide sur demande) ou non punissable (pour complicité de suicide) selon la jurisprudence. Celle-ci tolère donc l'aide au suicide lorsque le patient est physiquement capable d'accomplir ce geste suicidaire, elle reste très exigeante lorsqu'il s'agit d'une personne dont l'autonomie est limitée.

- L'euthanasie indirecte

Ce type de pratique considérée comme une conséquence possible de la lutte contre la douleur est admise autant par la doctrine que par la jurisprudence. Une décision du 15 novembre 1996 de la Cour fédérale suprême affirmait sa préférence pour une mort sans souffrance et conforme à la volonté du patient par rapport à une période de vie dans d'atroces souffrances.

- L'euthanasie passive

Deux cas différents sont définis. Dans le premier cas, il s'agit d'interrompre des soins médicaux intensifs dont le seul but est de prolonger la vie, chez un patient d'accord avec cette interruption et lorsque la souffrance «est inéluctable, l'agonie commencée et le décès prévisible à court terme». Dans cette situation, qui concerne des patients capables de donner un consentement juridique valable, la jurisprudence et la doctrine considèrent que l'euthanasie passive est licite voire obligatoire, conséquence du droit d'autodétermination. Les soins concernés par cette interruption regroupent la respiration artificielle, le traitement d'une nouvelle complication ou un transfert dans une unité de soins intensifs mais ne comprennent

pas les soins généraux tels que l'alimentation ou l'hydratation artificielle. Pourtant en 1994 et 1998, deux décisions de ce type étaient admises par la Cour fédérale suprême sur la base de la volonté présumée des patients.

Le second cas s'adresse aux patients dans l'incapacité de donner leur consentement. Dans cette situation, l'euthanasie passive peut être pratiquée mais le médecin doit se fonder sur la volonté présumée du patient que celle-ci ait été exprimée précédemment oralement, par écrit ou au travers de convictions religieuses ou philosophiques. Les proches n'ont aucun rôle décisionnel, ils ne peuvent que donner des indices afin de faciliter la décision du médecin. Les testaments de vie constituent également un élément d'appréciation dans ces situations. En cas de doute, la vie doit être respectée.

Une loi de septembre 1990, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1992, sur les incapables majeurs, prévoit la possibilité pour un patient de désigner ou de faire désigner par le tribunal des tutelles un mandataire pouvant, selon l'article 1904 du code civil, et après confirmation par le tribunal, demander une euthanasie passive.

Cette loi, associée aux nouvelles directives de la Chambre fédérale des médecins de 1998 stipulant que le médecin doit aider les mourants à mourir dignement dans certaines circonstances, et au jugement rendu par le tribunal régional supérieur de Francfort qui a estimé que le tribunal des tutelles pouvait donner son accord pour suspendre l'alimentation artificielle d'une patiente comateuse depuis plus de six mois, est source de controverses en Allemagne. Ainsi, le ministère de la Justice s'est prononcé pour une interdiction explicite de l'euthanasie afin d'éviter toute dérive de l'euthanasie passive vers l'euthanasie active.

4. Danemark

a) Le cadre juridique

- Le code pénal

Outre les articles se rapportant à l'homicide, à la non-assistance à personne en danger et aux coups et blessure, il existe dans le code pénal danois deux articles spécifiques concernant l'euthanasie ; il s'agit des articles 239 et 240 :

Article 239 : « celui qui tue autrui à sa demande expresse est puni par une peine de détention pouvant atteindre trois ans ou par une peine de prison d'au moins soixante jours ». Il s'agit donc d'une peine allégée en comparaison avec la peine d'au moins cinq ans encourue en cas d'homicide.

Article 240 : « Celui qui prêle son concours au suicide d'autrui est sanctionné par une amende ou une peine de prison. Si l'action est accomplie dans un but intéressé, la durée de la peine de prison peut atteindre trois ans ».

Les articles 84 et 85 du code pénal prévoient un allègement de ces sanctions voire leur suppression lorsque ces actes sont commis dans des circonstances particulières tel que « sous l'influence d'une émotion forte, ou lorsque d'autres explications particulières justifient l'état du coupable ».

- La loi sur l'exercice de la profession médicale

Depuis la loi de 1992, dans le chapitre 2, plusieurs articles s'appliquent aux patients en fin de vie. Ainsi, l'article 6, à partir de l'alinéa 3 énonce « à moins de disposer d'une autorisation spéciale, un médecin ne doit pas commencer ou poursuivre un traitement contre la volonté du patient. Cette disposition s'applique également lorsque le patient a exprimé dans un testament de vie, son désir d'être dispensé de tout traitement prolongeant sa vie dans l'hypothèse où il serait mourant et où sa mort serait inévitable ».

Article 6, alinéa 4 : « par traitement prolongeant la vie, on entend traitement qui n'offre aucune perspective de guérison, d'amélioration ou de soulagement, mais qui vise seulement à allonger la survie ».

Article 6, alinéa 5 : « dans la mesure où le patient est mourant et où sa mort est inévitable, mais où il n'y a pas de testament de vie, le médecin peut se dispenser de commencer ou de poursuivre des soins qui ne peuvent que retarder la date du décès. Dans les mêmes circonstances, le médecin peut donner des antalgiques, des calmants ou des produits analogues, qui sont nécessaires pour soulager le patient, même si une telle action peut conduire à hâter le moment du décès ».

L'article 6a énonce dans l'alinéa 1 : « toute personne majeure peut établir un testament de vie. Le testateur exprime ainsi sa volonté en matière de soins médicaux, s'il devait se trouver dans un situation où il ne pourrait plus exercer d'une autre façon son droit d'autodétermination ».

- La loi sur le statut juridique du patient

Cette loi datant de 1998 comporte deux chapitres relatifs au libre arbitre du patient en général et dans des cas particuliers tels que ceux définis dans les articles 16 et 17.

L'article 16 concerne spécifiquement le traitement des mourants dont la mort est inévitable : « 1.un mourant dont la mort est inévitable peut refuser un traitement qui ne peut que retarder l'arrivée de la mort ».

« 2. dans la mesure où un mourant dont la mort est inévitable ne peut plus exercer son droit d'autodétermination, le personnel soignant peut s'abstenir de commencer ou de poursuivre un traitement prolongeant la vie ».

« 3. un mourant dont la mort est inévitable peut prendre des antalgiques, des calmants ou des produits analogues qui sont nécessaires pour le soulager, même si ceci peut conduire à hâter le moment du décès ».

L'article 17 s'attache au testament de vie :

« 1. Toute personne qui a plus de 18 ans, qui n'est pas sous tutelle, qui remplit les conditions personnelles, et notamment les conditions de santé, conformément à l'article 5 de la loi sur la tutelle, peut rédiger un testament de vie. Dans un testament de vie, l'intéressé peut exprimer sa volonté en matière de traitement médical s'il devait se trouver dans un état où il ne pourrait plus exercer lui-même son droit d'autodétermination ».

« 2. Un testament de vie peut contenir des dispositions selon lesquelles :

1) Au cas où le testateur est mourant et où la mort est inévitable, il ne désire pas de traitement prolongeant la vie ;

2) Dans les cas où la maladie, l'extrême affaiblissement dû à la vieillesse, un accident, un arrêt cardiaque, ou tout autre événement semblable a provoqué une invalidité si grave que le testateur serait durablement hors d'état de prendre soin de lui-même physiquement et mentalement, le testateur ne désire pas un traitement prolongeant la vie ».

« 3. Par traitement prolongeant la vie on entend traitement qui n'offre aucune perspective de guérison, d'amélioration ou de soulagement, mais qui vise seulement à allonger la survie ».

« 4. Dans la mesure où un membre du personnel soignant, face à un patient qui n'est pas en état d'exercer son droit d'autodétermination, envisage de commencer un traitement prolongeant la vie d'un mourant dont la mort est inévitable, ou envisage de poursuivre un tel traitement dans les cas visés au n°2 de l'alinéa 2, cette personne doit consulter le registre des testaments de vie, conformément à l'article 18, en vue de vérifier s'il y a un testament de vie ».

Dans l'alinéa 5 est mis en relief la distinction entre les patients en phase terminale et ceux atteints d'une pathologie grave et invalidante puisque : « 5. Dans les cas visés au n°1 de l'alinéa 2, le souhait du testateur a force obligatoire pour le personnel soignant, tandis que dans les cas visés au n°2 du même alinéa, il n'a qu'une valeur indicative et doit donc être examiné. »

- Les dispositions réglementaires sur le testament de vie

Un règlement du ministre de la Santé du 14 septembre 1998, entré en vigueur le 1^{er} octobre 1998 notifie la valeur du testament de vie. Celui-ci doit être formulé sur des imprimés spéciaux et enregistrés à l'hôpital contre le paiement d'un droit de 50 couronnes soit environ 40 francs ; ce testament est bien sur révocable à tout moment.

Des dispositions et directives ont été envoyées à tous les médecins du Danemark afin que ceux-ci respectent le devoir qu'ils ont devant les volontés du patient « mourant dont la mort est inévitable », même si cette définition est difficile à préciser. Ainsi, sont considérés comme tels des patients dont la mort est prévisible dans les jours ou les semaines suivantes quelques soient les dispositions médicales prises.

En l'absence de testament de vie, le médecin respecte l'article 6 de la loi sur l'exercice médical et peut donc prendre la décision d'abrèger la survie de certains patients.

- Les directives sur l'administration continue par voie intraveineuse d'opioïdes aux malades en phase terminale

En 1995, le ministère de la Santé, publie des directives qui fournissent les dosages à respecter en matière d'analgésie par les opioïdes, selon le passé du malade et précise que la voie intraveineuse doit constituer une voie de recours ultime. Ces directives tendent à re-préciser l'interdiction de l'euthanasie active et ont été émises en réponse aux critiques vis à vis des médecins, accusés d'utiliser trop souvent ces produits pour accélérer le décès de certains mourants.

b) La pratique et le débat

Les articles de loi sur l'exercice de la profession médicale ont favorisé la légalisation de l'euthanasie passive et de l'euthanasie indirecte pour des patients dont la mort est prévisible à court terme.

L'euthanasie indirecte semble être particulièrement utilisée par les médecins puisque un rapport publié en 1996 évaluait le fait que 1 médecin sur 10 abrégait la vie de certains mourants par une utilisation excessive d'opioïdes.

Le problème actuel est essentiellement posé par des patients en phase terminale dont la mort n'est pas prévisible à court terme ; les médecins et le comité d'éthique étant formellement opposés à une légalisation de l'euthanasie active dans ce cadre, depuis 1997, les autorités cherchent à multiplier et à organiser de façon rationnelle, des unités de soins palliatifs.

5. Pays- Bas

a) Le cadre juridique

Depuis le 1^{er} juin 1994, les Pays-Bas, bien que condamnant dans le Code pénal l'euthanasie et l'aide au suicide, permettaient à des médecins de ne pas être poursuivis s'ils pratiquaient une euthanasie ou aidaient un patient à se suicider à condition qu'ils aient respecté un certain nombre de critères dits critères de minutie stipulés dans la Loi sur le contrôle de l'interruption de la Vie et qu'ils aient déclaré le décès comme étant secondaire à un acte euthanasique.

Cette dépenalisation a été remplacée le 10 avril 2001 par l'adoption du projet de loi sur le « contrôle de l'interruption de vie pratiquée sur demande et de l'aide au suicide », légalisant ces actes et faisant des Pays-Bas le premier pays au monde à adopter une telle législation.

b) La pratique et le débat

Cette nouvelle loi est très proche des dispositions précédentes ; le médecin a également le devoir de respecter les critères de rigueur et de signaler la mort non naturelle à la commission régionale de contrôle de l'euthanasie.

Les critères de rigueur inscrits dans cette loi sont au nombre de 7 et sont définis dans l'article 2, paragraphe 1: « le médecin doit

- A) Avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie
- B) Avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration
- C) Avoir informé le patient sur sa situation et sur les perspectives qui sont les siennes
- D) Conjointement avec le patient, être parvenu à la conviction qu'il n'existait pas d'autre solution raisonnable dans la situation où se trouvait le patient
- E) Avoir consulté au moins un autre médecin indépendant, qui a vu le patient et a donné par écrit son jugement concernant les critères de rigueur visés aux points A) et D) ; et
- F) Avoir pratiqué l'interruption de la vie ou l'aide au suicide avec toute la rigueur médicale requise ».

Dans ces quelques lignes, nous pouvons percevoir le risque de dérives inhérent à la formulation des critères. En effet, le concept de souffrances dépasse largement la souffrance physique seule et il n'est à aucun moment évoqué au sens strict la notion de maladie incurable et de stade palliatif. Ainsi, peuvent avoir accès à l'euthanasie ou au suicide assisté un patient présentant une dépression grave par exemple. Bien sur, l'acte euthanasique est réalisé par le

médecin traitant qui doit connaître suffisamment le patient pour juger de la validité de la demande mais cela suffit-il à éviter les dérives ?

Les mineurs sont également concernés par cette loi. L'article 2, paragraphes 2,3 et 4, énonce en effet : «

- si le patient âgé de 16 ans ou plus n'est plus capable d'exprimer sa volonté, mais qu'avant d'être dans cette état, il était jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière et a fait une déclaration écrite dans laquelle il demande l'interruption de la vie, le médecin peut donner suite à cette demande. Les critères de rigueur visés au paragraphe 1 sont applicables par analogie.
- si le patient mineur a entre 16 et 18 ans et peut être capable d'apprécier convenablement ses intérêts en matière, le médecin peut donner suite à sa demande d'interruption de la vie ou d'aide au suicide après que le parent ou les parents investis de l'autorité parentale ou le tuteur ont été associés à la décision.
- si le patient mineur a entre 12 et 16 ans et peut être jugé capable d'apprécier convenablement ses intérêts en la matière, le médecin peut donner suite à sa demande si le parent ou les parents investis de l'autorité parentale ou le tuteur peuvent accepter l'interruption de la vie ou l'aide au suicide. L'article 2 est applicable par analogie ».

Ainsi, pour les mineurs de plus de 16 ans, les détenteurs de l'autorité parentale et le tuteur n'ont pas de rôle décisionnel.

Selon l'article 7, paragraphe 2, de la loi sur les pompes funèbres, le médecin qui a effectué une euthanasie ou participé à un suicide assisté, doit le signaler au médecin légiste de la commune en joignant un rapport « motivé sur le respect des critères de rigueur ». Le médecin légiste fait alors à son tour un rapport qu'il adresse à la commission régionale de contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide. Le rôle de ces commissions régionales est essentiellement un rôle de contrôle du respect des critères de rigueur.

6. Suisse

a) Le cadre juridique

- Les dispositions constitutionnelles

La liberté individuelle est une garantie constitutionnelle dont découle le droit à la vie et le droit d'autodétermination, même si ces deux droits ne sont pas écrits dans la constitution. Ainsi, le droit à la vie sous entend le respect du médecin pour la vie de son patient même si

celui-ci est incurable, et le droit à l'autodétermination permet à un patient d'accepter ou de refuser un traitement quelques soient les conséquences de sa décision.

- Le code pénal

Il protège la vie de manière absolue, y compris contre la volonté de l'individu. Ainsi, l'euthanasie est répréhensible sur la plan pénal au titre de meurtre ou d'homicide comme le stipule l'article 111 : « celui qui aura intentionnellement tué une personne » est « coupable d'homicide ou de meurtre », même si cet acte est réalisé à la demande du malade et par compassion. En effet, l'article 114 condamne « celui qui cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci. »

En revanche, le code pénal autorise implicitement dans son article 115, l'aide médicale ou non, au suicide si l'assistant n'est pas animé d'un mobile égoïste : « celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide (...)sera(...)puni(...) ».

- Le code civil

Il garantit le droit à l'intégrité corporelle. Tout acte médical étant considéré comme une atteinte à celle-ci, l'article 28 du code civil prévoit que l'atteinte à la personnalité est présumée illicite « à moins qu'elle ne soit justifiée par le consentement de la victime ».

- Les lois cantonales

Les cantons suisses qui ont compétence dans le domaine de la santé publique ne se sont jamais clairement exprimés sur le thème de l'euthanasie. En revanche, plusieurs de ces cantons ont reconnu dans les droits du patient le droit d'exprimer des « directives anticipées » qui doivent être respectées par le personnel soignant le cas échéant ; c'est le cas des cantons de Genève, de Lucerne, de Neuchâtel et de Zurich.

- Les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales

L'Académie suisse des sciences médicales se présente comme une autorité morale dont les directives, bien que n'étant pas des normes légales, sont reconnues par les tribunaux qui s'y réfèrent.

Depuis 1976, l'Académie a émis des directives concernant l'assistance aux mourants, plusieurs fois révisées et dont la révision fondamentale date de 1995 et concerne

« l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes ».

Elles définissent le devoir du médecin « d'assister le patient dans tous les cas en l'aidant et en soulageant sa souffrance et en s'efforçant de préserver sa vie ».

Elles rappellent l'interdiction de l'euthanasie active et de l'assistance au suicide. Par contre, elles autorisent l'euthanasie passive et admettent l'euthanasie indirecte : « s'agissant de personnes en fin de vie amenées par leur affection à une mort inéluctable(...)et de personnes souffrant de troubles cérébraux extrêmes(...), le médecin peut soit renoncer à administrer des traitements de survie, soit interrompre ces derniers ». Par traitement de survie, elles entendent « entre autres, la réhydratation et l'alimentation artificielles, l'administration d'oxygène, la respiration assistée, la médication, la transfusion sanguine et la dialyse ». « La gravité et l'intensité des interventions et des contraintes(...)doivent être raisonnablement proportionnelles aux résultats thérapeutiques escomptés ainsi qu'à l'espérance de vie du patient ».

« S'agissant de personnes en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes(...), le médecin peut utiliser les techniques de la médecine palliative pour combattre la douleur(...)même si elles impliquent un risque éventuel d'abrégé la survie du patient ».

La validité du testament de vie est reconnue dans ces directives.

b) La pratique et le débat

- L'euthanasie active et le suicide assisté

Depuis plusieurs années, existe une forte demande en faveur d'une révision des articles 114 et 115 du code pénal en faveur d'une légalisation de l'euthanasie active réalisée par un médecin à la demande du malade et de l'assistance médicale au suicide. A deux reprises en 1994, le gouvernement a été interpellé sur la question de l'assistance au suicide et de sa réglementation ; il a toujours jugé inopportun de légiférer à ce sujet. Il a alors été déposé en 1994 par les parlementaires une motion connue sous le nom de « motion Ruffy », transformée en 1996 en postulat demandant au gouvernement de soumettre au Parlement un projet d'article 115 bis :

« Il n'y a pas de meurtre au sens de l'article 114, ni assistance au suicide au sens de l'article 115 lorsque sont cumulativement remplies les conditions suivantes :

La mort a été donnée à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci.

La personne défunte était atteinte d'une maladie incurable ayant pris un tour irréversible avec un pronostic fatal lui occasionnant une souffrance physique ou psychique intolérable.

Deux médecins diplômés et indépendants tant l'un envers l'autre qu'à l'égard du patient ont tous deux préalablement certifié que les conditions fixés au chiffre 2 sont remplies.

L'autorité médicale compétente s'est assurée que le patient a été convenablement renseigné, qu'il est capable de discernement et qu'il a réitéré sa demande.

L'assistance au décès doit être pratiquée par un médecin titulaire du diplôme fédéral que le demandeur aura choisi lui même parmi ses médecins. »

Après la transformation de la motion en postulat, le conseil fédéral réunissait un groupe de travail composé d'experts en médecine, en droit et en éthique afin de réfléchir sur le problème de l'euthanasie.

Ainsi, en réponse au postulat Ruffy et sur les bases du rapport du groupe de travail « assistance au décès », le conseil fédéral dans un communiqué du 05/07/2000 concluait à la nécessité de mener le débat sur l'euthanasie devant le parlement.

Les conclusions de ce groupe de travail étaient partagées, mais il faut noter qu'une majorité était favorable à une « close » d'exemption de peine à l'article 114 alinéa 2 du code pénal, cette close n'étant pas limitée au personnel médical :

« Si l'auteur a donné la mort à une personne atteinte dans sa santé d'une manière incurable et se trouvant en phase terminale, cela dans le dessein de mettre fin à des souffrances insupportables et irrémédiables, l'autorité compétente renoncera à le poursuivre, à le renvoyer devant le tribunal ou à lui infliger une peine. ».(27)

L'aide au suicide est surtout soutenue par l'Association Exit A.D.M.D. , très présente en Suisse et qui, se reposant sur l'article 115 du code pénal, affirme aider chaque année 120 personnes à mourir dans ces conditions. L'aide au suicide pour cette association consiste à procurer au patient le produit létal et à être représentée par deux membres jusqu'au décès de celui-ci qui aura, au préalable, signé une demande d'assistance au suicide et fourni un certificat médical stipulant que sa maladie est irrémédiable et source de douleurs intolérables.

- L'euthanasie passive

Deux cas se posent selon l'état de conscience et de discernement du patient :

- Lorsque le malade est capable de donner un consentement juridique valable, ses instructions, données après informations des risques encourus, quelque soient leurs conséquences doivent être respectées par le médecin. La loi genevoise prévoit même la possibilité pour le médecin de demander une confirmation écrite de cette décision si

celle-ci pouvait avoir des répercussions graves. Il est à noter que l'Académie des sciences médicales est réticente quant à la validité de ces directives anticipées.

- Lorsque le patient est incapable de donner son consentement, il a pu laisser des directives anticipées reconnues dans plusieurs cantons comme nous l'avons déjà vu, ou avoir désigné un représentant légal ou thérapeutique. Dans ce dernier cas, la doctrine est très divisée sur le pouvoir à accorder à ces mandataires surtout lorsqu'il s'agit de décision concernant la fin de vie.

En l'absence de représentant et de possibilité de recueillir un consentement, le médecin doit agir en respectant la dignité humaine et la qualité de vie du patient ainsi que sa volonté présumée tout en prenant en compte l'avis des proches. Il doit éviter toute thérapeutique lourde dont les contraintes dépassent les bénéfices.

B. Aux Etats- Unis

Les textes traitant de l'euthanasie sont variés selon les Etats dans lesquels ils ont été rédigés, on peut cependant dire que l'euthanasie active est illégale dans tous les Etats.

1. Le cadre juridique

a) Les lois pénales des Etats

Tous les Etats reconnaissent l'euthanasie comme un homicide. Ainsi, un médecin réalisant une euthanasie active pourra être poursuivi pour meurtre ou assassinat, même si cet acte est réalisé à la demande du patient.

L'aide au suicide constitue une infraction dans presque tous les Etats soit selon une loi définie soit en application d'une jurisprudence constante.

b) La loi de l'Oregon sur la mort dans la dignité

L'Oregon est le seul Etat à avoir légalisé le suicide assisté. En effet, depuis novembre 1997, une loi permet à « un adulte capable (...), dont le médecin traitant et un médecin consultant ont établi qu'il souffrait d'une maladie en phase terminale (qui entraînera la mort dans les six mois) et qui a volontairement exprimé son souhait de mourir, de formuler une requête pour obtenir une médication afin de finir sa vie d'une manière humaine et digne ». Si besoin, un troisième médecin établit un certificat stipulant que le patient est dénué de troubles dépressifs en rapport avec sa maladie.

Le malade exprime son désir dans une requête orale, suivie d'une seconde 15 jours plus tard et enfin dans une requête écrite. La prescription du produit létal n'est possible qu'en respectant un délai de 15 jours minimum après la première requête et de 48 heures à compter de la requête écrite.

c) Les lois fédérales sur les fonds fédéraux

L'assisted Suicide Funding Act, adopté par le Congrès en 1997 interdit que des fonds fédéraux servent au paiement de biens ou de services en relation avec le suicide assisté, l'euthanasie ou le meurtre par compassion.

Dans le cadre de la loi sur l'autodétermination du patient, adoptée en 1990 par le congrès, les services médicaux bénéficiant des fonds fédéraux ont obligation d'informer tout patient au moment de son admission, de son droit à refuser un traitement et des lois en vigueur dans l'Etat relatives au testament de vie et/ou mandat de santé. Ils ont également obligation de fournir au patient des formulaires.

d) Les lois des Etats sur les instructions avancées

Tous les Etats ont légiféré pour permettre au patient de laisser des instructions concernant des décisions médicales à prendre s'il devenait incapable. Ces décisions sont recueillies sous la forme de testament de vie écrit (Living Will) et/ou par désignation d'un mandataire de santé selon les Etats.

La sous-utilisation par les patients de ces possibilités a poussé environ la moitié des Etats à adopter des dispositions permettant de désigner d'office un mandataire de santé en l'absence de refus exprès préalable du patient.

2. La pratique et le débat

a) L'euthanasie active

Unanimement condamnée, elle prend peu part au débat, laissant sa place au thème du suicide assisté.

b) L'aide au suicide

Une grande majorité de parlementaires et de médecins s'opposent à l'opinion publique sur le thème du suicide assisté. En effet, les Américains sont majoritairement favorables au suicide

assisté comme le prouve la réticence des jurés à condamner une personne en ayant aidé une autre à se donner la mort., dont le Docteur Kevorkian est un exemple flagrant.

c) L'euthanasie indirecte

Jusqu'en 1997, date à laquelle, la Federal Drug Enforcement Administration a menacé les médecins prescripteurs d'antalgiques puissants de poursuites au titre de la violation de la loi sur les narcotiques, l'euthanasie indirecte était pratiquée largement bien que certains Etats interdisent expressément d'administrer des doses potentiellement mortelles de sédatifs à visée antalgique. Cette menace a été responsable d'un véritable bouleversement des pratiques des médecins dont 71% avoue ne plus prescrire d'antalgiques dans le traitement des cancers lorsqu'il est nécessaire de remplir un formulaire.

A l'opposé, la loi sur la mort dans la dignité adoptée en Oregon a permis de voir se développer les soins palliatifs et l'usage de la morphine dans cet Etat.

d) L'euthanasie passive

Le droit pour un malade capable de donner un consentement juridiquement valable, de refuser un traitement et le droit à l'intégrité corporelle sont des droits reconnus par la Constitution.

En cas d'instructions avancées du fait de l'incapacité du patient de donner son consentement, nous avons vu que tous les Etats avaient légalisé, sous une forme ou sous une autre ces décisions anticipées.

Le problème essentiel est posé par les cas de malades dans l'incapacité de donner un consentement et qui n'ont pas laissé d'instructions avancées. Dans ce cas, l'arrêt du traitement est admis si la volonté du patient peut être établie sans aucune ambiguïté.

C. En Australie

1. Le cadre juridique

L'Australie est composée de six Etats et de deux territoires régis par leurs lois propres dont certaines sont identiques.

a) Les codes pénaux des Etats et territoires

- Les dispositions applicables à l'euthanasie active

L'euthanasie active est considérée comme un homicide et toute personne qui la pratique peut être poursuivie dans tous les Etats et territoires pour meurtre ou assassinat. Le meurtre est reconnu ainsi même si cet acte est réalisé à la demande du patient.

- Les dispositions relatives au suicide

L'ensemble des codes pénaux en vigueur en Australie condamne l'aide au suicide, les peines encourues selon les Etats et territoires variant de dix ans d'emprisonnement à l'emprisonnement à vie.

b) Les lois des Etats sur l'arrêt des traitements médicaux

Plusieurs Etats ou territoires ont adopté des textes reconnaissant le refus par avance de soins, c'est le cas de l'Etat de Victoria et du Territoire-du-Nord. D'autres textes prévoient la désignation d'un mandataire en cas d'incapacité pour le malade de s'exprimer comme dans le Territoire-de-la-Capitale-Australienne et en Australie-Méridionale.

Dans ces différents textes, les médecins qui arrêtent les traitements, dans certaines circonstances, ne sont pas punissables.

c) La loi fédérale du 27 mars 1997 sur les lois d'euthanasie

Le Territoire-du-Nord a autorisé par une loi de 1995 et entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1996, l'assistance au décès d'un patient en phase terminale. Quatre personnes y ont eu recours, ces euthanasies ayant été réalisées par le même médecin, avant que la loi fédérale n'abroge cette loi en mars 1997.

Cette loi ne faisait pas de distinction entre l'euthanasie active et le suicide assisté et exigeait de nombreuses précautions de sécurité ; ainsi elle s'appliquait à des patients âgés de plus de 18 ans, sains d'esprit, atteints d'une maladie incurable et douloureuse, informés de tous les traitements disponibles et ayant fourni le consentement de leur médecin traitant ainsi que celui d'un second médecin qualifié et d'un psychiatre précisant l'absence de dépression en rapport avec la maladie. Suivaient alors deux délais de réflexion : un premier de 7 jours entre le moment où le patient exprimait sa décision à son médecin et la signature d'une demande ayant reçu l'aval du médecin est contresignée par un autre médecin, et un second de 48 heures après la signature de la demande pour que « le médecin prête lui-même assistance et/ou reste présent tant qu'il est prêté assistance au patient et jusqu'à la mort de celui-ci ».

Il est également à noter que ce territoire est une vaste zone aride à la densité de population excessivement faible, de l'ordre de 0,06 ; cette loi ne s'adressait donc qu'à une minorité d'Australiens.(12)

2. La pratique et le débat

a) L'euthanasie active

Même si les lois et l'Association australienne des médecins sont opposées à ce type d'euthanasie, les tribunaux sont compréhensifs lorsqu'il s'agit de meurtre perpétré par un médecin ou un proche par compassion.

b) L'aide au suicide

De la même manière que dans les cas d'euthanasie active, le ministère public poursuit rarement le tiers en cause.

c) L'euthanasie indirecte

Jusque là souvent utilisée et admise, l'euthanasie indirecte est considérée comme illégale depuis la loi fédérale sur les lois d'euthanasie. Pourtant, elle est admise par l'Association australienne des médecins qui se rallie à la doctrine anglo-saxonne du « double effet ».

d) L'euthanasie passive

Depuis la loi de mars 1997, il existe également un flou autour de la pratique de l'euthanasie passive. Ainsi, dans le Territoire-de-la-Capitale-Australienne, les médecins qui, de bonne foi, interrompent un traitement ne sont pas poursuivis.

D. La législation française

1. Le code pénal et l'euthanasie

Dans le droit pénal français, l'euthanasie n'existe pas en ce terme précis. Elle est assimilée selon les circonstances à un meurtre, un assassinat ou un empoisonnement.

Le nouveau code pénal de 1993 définit le meurtre, l'assassinat et l'empoisonnement au titre II, « des atteintes à la personne humaine », chapitre 1^{er}, section 1, « Des atteintes volontaires à la vie ».

a) Meurtre

Selon l'article 221.1 : « Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle ».

Cette peine peut être étendue à la réclusion criminelle à perpétuité lorsque le meurtre « est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur » selon l'article 221.4.

Ces articles sous tendent un élément matériel qui est le fait de donner la mort et un élément moral, l'intention de tuer. Le mobile est indifférent qu'il s'agisse de compassion ou de désir de nuire de même que le consentement de la victime.

b) Assassinat

Selon l'article 221.3 : « Le meurtre commis avec préméditation constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité ».

c) Empoisonnement

L'article 221.5 stipule que : « Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement. L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis dans l'une des circonstances prévues aux articles 221.2, 221.3 et 221.4 ».

Les produits susceptibles d'être utilisés à des fins létales ne constitue pas une liste définie par le législateur, ils sont soumis à la libre appréciation des magistrats.

Ici aussi, il faut un élément matériel qui est l'utilisation ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort, l'infraction étant constituée que le but soit atteint ou non, et un élément moral, l'intention de donner la mort quel que soit le mobile.

d) Omission de porter secours

L'article 223.6 du code pénal prévoit que : « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour le tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 500000 francs d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance, sans risque pour lui

ou pour le tiers, qu'il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

Pour que l'infraction soit constituée, il faut donc trois éléments : le péril, c'est à dire un danger grave, imminent et constant, le secours, souvent reconnu lors d'une expertise médicale et l'abstention volontaire.

En plus de ces peines pénales, le responsable peut être condamné à verser des dommages et intérêts à la famille de la victime.

2. Le code pénal et le suicide

En France, plusieurs cas d'assistance au suicide dans des situations de grande souffrance ont été dépenalisés au cas par cas selon que des circonstances atténuantes aient pu ou non être identifiées, et ce bien qu'il existe une législation précise à ce sujet. En effet, si le suicide n'est plus poursuivi depuis 1792, dans la section 6 du code pénal, « de la provocation au suicide », deux articles définissent les poursuites encourues en cas d'incitation au suicide :

Article 223.13 : « le fait de provoquer le suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300000 F d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide. Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500000 F d'amende lorsque la victime de l'infraction définie à l'alinéa précédent est un mineur de quinze ans ».

Article 223.14 : « la propagande ou la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort est punie de trois ans d'emprisonnement et de 300000 F d'amende ».

3. La responsabilité disciplinaire du médecin

a) Le conseil régional de l'Ordre

Tout Docteur en médecine inscrit au tableau du Conseil de l'Ordre des médecins, à l'exception des médecins du service de santé des armées, engage sa responsabilité devant celui-ci. Le Conseil Régional a compétence disciplinaire en première instance et est indépendant de l'ordre répressif que constitue la législation pénale.

Les faits punissables sur le plan disciplinaire sont représentés par l'emploi de thérapeutiques dangereuses, les infractions pénales relatives à l'exercice de la médecine, les fautes graves comme par exemple la négligence, le refus de soins, le manque de surveillance, les certificats abusifs etc ...

Ainsi, l'euthanasie est réprimée par cette instance disciplinaire et les sanctions encourues peuvent comprendre avertissement, blâme, interdiction permanente ou temporaire d'exercer pour 3 ans et à l'extrême la radiation à vie.¹

b) Le code de Déontologie médicale

Tout manquement aux règles de déontologie définies par le Code de Déontologie constitue également un fait répressible par l'instance disciplinaire représentée par l'Ordre régional des Médecins.

Le Code de Déontologie Médicale, publié par l'Ordre National des Médecins et le Conseil National de l'Ordre réprime ainsi l'euthanasie, qu'elle soit active, passive ou indirecte ainsi que l'acharnement thérapeutique par différents articles.

Ainsi, l'article 2 du Code de Déontologie stipule que : « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect du à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort ».

L'article 8 s'adresse plus précisément à l'acharnement thérapeutique puisqu'il énonce que « dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ». Cet article définit bien le champ de l'acharnement thérapeutique qui dépasse la simple thérapeutique mais englobe toutes les pratiques d'investigation. L'article 8 est complété par les articles 40 et 36 qui s'adressent eux aussi au respect de la personne humaine et à ses desiderata. L'article 40 stipule que « le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié ». L'article 36 s'attache quant à lui au respect des décisions du patient en terme de soins et à la recherche de son consentement.

L'article 37 s'oppose explicitement à la notion d'acharnement thérapeutique : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique ».

¹ Médecine légale, Unité de médecine légale et d'expertises médicales de Nancy, année universitaire 1996-1997, tome 1, page 55.

L'article 38 s'applique directement à l'euthanasie : « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et des mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort ».

L'omission de porter secours est renforcée par le Code de déontologie lorsqu'il s'agit d'un médecin, par l'article 9 qui stipule que « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ».

V. Aspects philosophiques et éthiques

Si on assiste depuis quelques décennies à un large mouvement de revendication en faveur de l'euthanasie et des modifications des conditions de la fin de vie en occident, on peut également relever un certain nombre de bouleversements sociaux, techniques, philosophiques qui sont à l'origine de ce débat.

A. La mort au XX^{ème} siècle

Au début du XX^{ème} siècle, on observe une modification du rapport à la mort et du deuil. En effet, d'un deuil ostentatoire (vêtements noirs, tentures ...), on est passé à un rejet de celui-ci et de la mort qui sont refoulés « hors du champ social » comme le dit Michel HANUS. Ainsi, la mort semble actuellement « invisible, au pire dérangeante et inacceptable ».(16)

Cette « désocialisation » de la mort est également en rapport avec le déplacement de la mort vers l'hôpital. Actuellement, 7 décès sur 10 se produisent en institutions. On assiste du fait des progrès médicaux, à un allongement de la durée de vie et aussi à une agonie plus longue rendant difficile les soins aux mourants à domicile. Ces agonies lentes et les modifications physiques qui s'y rattachent, accentuent l'occultation de la mort qui trouve par conséquent sa place à l'hôpital qui « offre aux familles la possibilité de cacher le malade inconvenant, tout en se donnant bonne conscience ».(20)

Les mourants, les malades, les handicapés peuvent donc être tentés par l'euthanasie lorsque l'agonie est longue, s'effectue dans la solitude et l'exclusion. Mais nous pouvons toutefois nous demander si accéder à l'euthanasie ne serait pas comme le dit Dominique DESMICHELLE , une « nouvelle manière d'exclure » par laquelle en voulant exclure la fin de vie nous convaincrions le malade lui même, qu'il est gênant.(11)

Dans les cas de patients pris en charge dans des services de réanimation, il existe du fait, là encore du progrès technique, des situations nouvelles, d'état entre deux états, entre la vie et la mort, où l'espoir est très présent ne permettant pas aux malades et à leurs proches de se préparer à la mort. (3)

On peut presque dire qu'actuellement, l'Homme revendique le droit de ne pas mourir et si cette mort est inéluctable, le droit de mourir au moment où il l'aura décidé, rapidement, sans souffrance, sans déchéance. La mort comme le dit Michel MARET « est de moins en moins regardée comme un phénomène naturel », du fait des techniques de réanimation qui donnent au corps médical un certain pouvoir sur la fin de vie. Si ce droit de mourir sans les

souffrances et les contraintes d'une survie en rapport avec un acharnement dit thérapeutique est justifié, il est à craindre que ces mêmes techniques et ce pouvoir s'étendent à des motivations moins justifiées.(20)

Cet acharnement thérapeutique est représentatif du besoin pour un médecin de maîtriser toutes situations ou du moins de faire tout ce qui est en son pouvoir pour cela, rejetant ainsi l'idée d'échec. Michel MARET compare ainsi l'acharnement thérapeutique à l'euthanasie : « c'est une logique d'efficacité, de maîtrise, un pouvoir d'intervenir dans le processus de mort en prolongeant ou abrégant la vie ». Ainsi, on peut dire que si l'acharnement thérapeutique peut être à l'origine de pratiques euthanasiques, ses fondements en sont assez similaires, il s'agit de « rester maître de la situation. ».(20)

B. L'Homme au XX^{ème} siècle

Nous avons vu précédemment que la mort était actuellement dépersonnalisée, déshumanisée, l'Homme ne bénéficiant plus que d'un état d'objet sur lequel on peut s'acharner sans tenir compte de ce qu'il a été et de ce qu'il est encore au terme de sa vie. En conséquence, l'Homme cherche à se réapproprier la mort et par là même les conditions de la fin de vie, revendications qui sont à l'origine des mouvements pro-euthanasiques.

1. La douleur

Les progrès de la médecine sont, à juste titre, à l'origine d'un refus de la douleur au quotidien et de surcroît en fin de vie. Ce refus de la douleur accompagne la notion de respect de la vie humaine et du corps dont la prise en charge entre dans le cadre d'une prise en charge globale. On peut y rapprocher le refus de l'acharnement thérapeutique sous-tendu par des motivations proches et le refus de soins utilisé par le patient comme un moyen de communication pour signifier sa souffrance face à une situation générant un état de dépendance vis à vis du médecin.(19)

2. La dignité humaine et le droit d'autodétermination

Dans notre société occidentale, nous assistons depuis quelques années au développement d'une philosophie prônant la liberté individuelle, le droit à disposer de son existence, de son corps et le droit à la dignité. Ces thèmes sont largement repris par les associations pro-euthanasiques.

La notion de dignité humaine est souvent associée dans notre société à l'idée de perte de dignité en particulier en rapport avec la maladie. Pour une majorité de nos contemporains, la

dignité de l'homme réside dans un corps et un esprit sain, engendrant par la même, l'idée que la vie humaine ne mérite d'être que lorsqu'elle n'est pas altérée. On peut répondre à cet argument par une phrase de France QUERE : « Ce n'est pas la dignité qui fonde la vie humaine. C'est la vie humaine qui fonde la dignité et celle-ci doit être reconnue par la société dans tous les états de l'humanité ».(1)

Il semble qu'une confusion se soit installée dans bon nombre d'esprits et que l'on assiste à un glissement sémantique de la dignité humaine vers la qualité de la vie que l'altération par la maladie rend inhumaine. Dans cette conception de dignité fondement de la vie, il paraît alors logique d'avoir recours à l'euthanasie par respect de la vie.(24)

Ainsi, au titre du respect de la dignité humaine, « il ne s'agit plus de risquer sa vie biologique pour une vie supérieure, mais d'anéantir cette vie pour ne courir aucun risque ».(1)

Le respect de la dignité humaine va de pair avec le droit d'autodétermination qui caractérise notre société actuelle. Ainsi, chacun serait libre et capable de déterminer quand sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue et donc pourrait librement en être « responsable », participer activement à sa fin de vie. L'euthanasie peut être « posée au nom de la liberté, elle est même l'acte de liberté par excellence »(20)

L'idée d'autodétermination peut être représentatif de la peur face à la mort et à la fin de vie. La revendication du droit de décider du moment de sa mort entre dans le cadre d'une pensée de toute puissance sur notre destin faisant omettre parfois que la mort est inévitable. « On se perd dans les filets d'une problématique inextricable, puisqu'on proclame que l'on veut mourir pour éviter de mourir. Mais ce qu'on redoute par dessus tout, c'est de perdre le pouvoir sur sa propre mort, pouvoir que l'on délègue à autrui ».(1)

En effet, se pose également le problème de la place du médecin dans cette démarche, qu'il s'agisse de demande d'euthanasie ou de suicide assisté. Le médecin se trouve en situation d'exécutant et non plus de soignant même s'il est capable de juger lui aussi de la dignité de son patient. Ses arguments sont tout autre, ne doit-il pas « retrouver cette notion de la « bonne mort », soulagée de ses douleurs physiques, délivrées de ses anxiétés et apaisées ».(1)

Etienne MONTERO, dans un article concernant le droit à l'autonomie dans le débat sur la légalisation de l'euthanasie, pose trois questions qui sont à la base du débat : La demande d'euthanasie est-elle vraiment l'expression de la volonté profonde du patient ? Le médecin se considère-t-il justifié à pratiquer l'euthanasie seulement, ou en tout cas fondamentalement, parce que le patient la demande ? Est-il exact que la légalité de l'euthanasie sur demande regarde exclusivement les intéressés, sans concerner le reste de la société ?(24)

Ainsi, à la question, « la demande d'euthanasie est-elle l'expression de la liberté et de l'autonomie individuelles ? », il paraît difficile de répondre par l'affirmative lorsque l'on connaît les conditions de souffrances dans lesquelles sont formulées ces demandes.

Quant au rôle du médecin dans un tel geste, Etienne MONTERO évoque l'incontournable jugement de valeur qui l'accompagne et qui fait que « le médecin juge que la vie de son patient n'a plus de valeur intrinsèque ». On revient alors à la dérive sur la qualité de la vie. Si la nécessité de légaliser l'euthanasie se fonde sur l'autonomie, il faut alors se poser la question d'actes euthanasiques réalisés dans le respect des motivations du demandeur, sans jugement de valeur, ce qui entraînerait, il est facile de l'imaginer, des débordements considérables. Il faut également prendre conscience de l'impact qu'aurait ce rôle de « donneur de mort » sur le médecin et le soignant au sens large ; preuve en sont les séquelles conscientes et inconscientes retrouvées chez les soignants contraints de provoquer la mort de patients.(33) Si comme nous l'avons déjà énoncé, l'euthanasie peut être considérée comme l'acte de liberté par excellence, elle retentit pourtant sur la société et sur l'humanité toute entière. L'homme étant un être social, chacun de ses actes, et ceci est d'autant plus vrai pour l'euthanasie, peut altérer ce lien social qui caractérise la société humaine.(24)

Nous pouvons ainsi reprendre ici un extrait du Courrier d'un biologiste de Jean ROSTAND (30) :

« Je pense qu'il n'est aucune vie, si dégradée, si détériorée, si abaissée, si appauvrie soit-elle, qui ne mérite le respect et ne vaille qu'on la défende avec zèle. J'ai la faiblesse de penser que c'est l'honneur d'une société que d'assumer, que de vouloir ce luxe pesant que représente pour elle la charge des incurables, des inutiles, des incapables ; et je mesurerais presque son degré de civilisation à la quantité de peine et de vigilance qu'elle s'impose par pur respect de la vie... Quand l'habitude serait prise d'éliminer les monstres, de moindres tares feraient figure de monstruosité. De la suppression de l'horrible à celle de l'indésirable, il n'y a qu'un pas... Cette société nettoyée, assainie, cette société où la pitié n'aurait plus d'emploi, cette société sans déchets, sans bavures, où les normaux et les forts bénéficieraient de toutes les ressources qu'absorbent jusqu'ici les anormaux et les faibles, cette société renouerait avec Sparte et ravirait les disciples de Nietzsche, je ne suis pas sûr qu'elle mériterait encore d'être appelée une société humaine ».

C. Les soins palliatifs

1. Définition

Les soins palliatifs ou soins continus, sont des soins qui succèdent à des soins curatifs. Ils s'adressent donc à des patients souffrant d'une pathologie évolutive de pronostic limité. Ces soins dépassent donc la phase dite terminale et sont des soins actifs entrant dans le cadre d'une prise en charge globale du patient, c'est à dire physique, psychique, morale et spirituelle.(18)

Mais le plus souvent, ces soins sont intriqués avec les soins curatifs dans le sens où ils centrent leur action sur la qualité de la vie. « La frontière entre curatif et palliatif est floue, mouvante, car il s'agit d'une approche globale du malade où ces deux états d'esprit sont intriqués ».(23)

Nous pouvons reprendre ici la définition de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs : « les soins palliatifs et d'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et sa mort comme un processus normal. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort ».(18)

2. Naissance et développement

a) Les précurseurs

La pratique des soins palliatifs est née en Angleterre sous l'impulsion de Cicely Saunders, infirmière puis assistante sociale médicale et enfin médecin, qui en 1967 crée le St Christopher's Hospice de Londres, dédié aux soins palliatifs. Cette création fait suite à la prise de conscience par Cicely Saunders de la nécessité de soulager la douleur et de tenir compte des aspects médicaux, sociaux, psychologiques et spirituels du patient en fin de vie afin de lui assurer une vie digne jusqu'à son terme.²

Le mouvement palliatif va s'étendre progressivement à l'ensemble des pays anglo-saxon par l'intermédiaire d'autres précurseurs tels Balfour Mount au Canada et Elisabeth Kübler-Ross aux Etats Unis, dans des services de cancérologie, puis dans le monde entier plus tardivement.

² Bernard Wary, Le mouvement palliatif anglo-saxon, Service régional de soins palliatifs du CHR de Metz-Thionville, mise à jour 2000.

b) Le mouvement palliatif français

Si les soins palliatifs se sont développés dans les pays anglo-saxons, par l'intermédiaire de la cancérologie et de l'hématologie du fait de l'épidémie de SIDA, en France, ce sont les services de gériatrie qui ont été précurseurs en la matière.

Après le congrès de Nice organisé par l'A.D.M.D. française, un groupe de travail est constitué en 1985, à l'initiative d'Edmond HERVE alors secrétaire d'Etat chargé de la Santé et dirigé par Geneviève LAROQUE. Il s'agissait de réfléchir aux conditions de la fin de vie et à leur amélioration. Le rapport qui émanera de cette concertation, sera à l'origine de la circulaire du 26 août 1986 dite circulaire Laroque, publiée par la ministre déléguée à la Santé, Michèle BARZACH. Les soins palliatifs étaient alors reconnus et le gouvernement français s'engageait officiellement à les promouvoir.

Ainsi, c'est en 1987 que le docteur Maurice ABIVEN crée en France la première unité de soins palliatifs (U.S.P.) à l'Hôpital international de l'Université de Paris, représentation concrète de l'application de la circulaire Laroque. Il faut toutefois citer des initiatives bien antérieures telles celle de Jeanne GARNIER qui crée en 1843 l'Association des Dames du Calvaire dans le but de soulager et d'accompagner les patients incurables. C'est à partir de cette association que vont se créer des structures spécifiques à Paris, dont la Maison Médicale Jeanne Garnier, qui reste à ce jour la plus importante structure palliative française, puis dans le reste du pays mais également dans le monde.

Mais évoquer les soins et l'accompagnement des malades et des démunis nécessite l'évocation du rôle important des religieuses. En effet, la prise en charge des mourants par les médecins est une notion relativement récente. Jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, cette tâche était dévolue aux religieuses qui officiaient dans les hôtels dieu. Par la suite, la médecine se laïcise de plus en plus et l'Eglise perd tout pouvoir sur le fonctionnement des facultés et des hôpitaux à la Révolution.(38) Cependant, les congrégation religieuses restent très présentes sur le terrain telles la Congrégation des Oblates de l'Eucharistie qui crée en 1941, la Maison Notre Dame du Lac à Rueil-Malmaison et la maison médicale Jean XXIII à Frelinghien en 1966, maisons médicales qui accueillent toujours des patients en fin de vie.

Suite à la création de l'U.S.P. du docteur ABIVEN, d'autres unités se mettent en place en province. Dans le même temps, des associations se forment afin de développer les soins continus. La première en date est l'Association pour le développement des soins palliatifs (A.S.P.) créée en 1987 et suivie en 1990 par la création de la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs (S.F.A.P.). Nous n'omettrons pas de citer non plus

l'association JALMALV, Jusqu'à la Mort Accompagner La Vie créée en 1983 en réponse à la naissance de l'A.D.M.D. France.

1991 est marqué par l'entrée en vigueur de la Loi hospitalière du 31 juillet, reconnaissant les soins palliatifs comme une fonction hospitalière : article L.711.4 « ils (les établissements de santé), dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement ».

en 1996, soit 10 ans après l'entrée en vigueur de la circulaire Laroque, un nouveau rapport du docteur Henri DELBECQUE, évaluant la situation, les améliorations à atteindre et les moyens mis en œuvre pour cela, est rendu public par Bernard KOUCHNER, Ministre de la Santé, ce rapport comporte 88 propositions articulées autour de trois axes :

- Développement des soins palliatifs à domicile
- Planification des centres de soins palliatifs
- Enseignement des soins palliatifs

Les gouvernements successifs prennent diverses mesures toujours dans le sens d'un développement des soins continus, devenus une priorité de santé publique. C'est ainsi que l'on assiste en 1999 à la disparition du carnet à souche au profit des ordonnances sécurisées rendant la prescription des opiacés plus aisée ainsi qu'à l'adoption de la Loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs et à un accompagnement. Cette loi pose de plus la notion d'enseignement de la discipline, organise le bénévolat, élabore des recommandations et définit le projet du congé d'accompagnement.³

3. La philosophie des soins palliatifs

En matière de soins palliatifs, nous pouvons parler d'une véritable philosophie palliative, fondée sur deux grands principes : la mort processus normal que l'on refuse de maîtriser et la nécessité d'améliorer cette dernière étape de la vie en terme de qualité. Les soins palliatifs militent en faveur d'une prise en charge du malade dans toutes ses dimensions physiques, psychiques et spirituelles.

³Bernard Wary, Le mouvement palliatif français, Service régional de soins palliatifs du CHR de Metz-Thionville, mise à jour 2000.

a) La mort étape ultime

Cette étape est donc reconnue comme normale et appartenant à la vie. Elle clôt une existence tout en lui donnant un sens, elle ne doit donc pas être maîtrisée dans le sens d'une euthanasie ou d'un acharnement thérapeutique.

b) L'amélioration de la qualité de la fin de vie

Nous avons vu précédemment que le refus de la mort, la douleur, la souffrance morale, l'isolement étaient source de demande d'euthanasie chez les patients en fin de vie. Conscients de ces facteurs, les soins palliatifs développent la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique et l'accompagnement grâce aux équipes soignantes mais aussi aux bénévoles, dans une prise en charge globale du malade que l'on peut résumer par une phrase largement utilisée par le docteur Bernard WARY: « l'Homme est corps, âme, esprit ».

La lutte contre la douleur est une des priorités des soins palliatifs mais elle entre dans le cadre plus global des soins de confort qui tendent à réintégrer le malade dans la vie, en soignant son corps malade, son image en la valorisant mais aussi en lui permettant de profiter de ses derniers instants entouré de ses proches dans un état de conscience et d'autonomie optimum. Il s'agit donc ici de répondre aux besoins physiologiques mais également relationnels et spirituels facilitant le cheminement du malade vers la mort et celui de ses proches vers le deuil. Les soins palliatifs s'adressent donc au malade et à sa famille toujours dans le respect de l'autonomie et en vue de conserver au malade son rôle social inhérent à son humanité, à conserver un sens une valeur à cette vie qui le quitte. Nous pouvons reprendre ici une phrase du psychiatre E. GOLDENBERG : « la demande d'euthanasie est moins une problématique de mort, qu'un questionnement du patient sur le devenir de son identité et la valeur de sa vie au moment où la mort se rapproche ».(14)

4. Les soins palliatifs en l'an 2000 : exemple de la France

a) Les structures palliatives

Si les pays anglo-saxons ont été précurseurs des soins palliatifs, ils gardent encore une avance considérable en matière de structures spécifiques par rapport au reste du monde. La France en est un exemple marquant 15 ans après la circulaire Laroque (rapport ¼ en l'an 2000 par rapport à l'Angleterre).

Les différentes structures existantes en matière de soins continus sont les unités d'hospitalisations palliatives, les équipes mobiles, les unités d'hospitalisation palliatives à

domicile et les soins palliatifs intégrés à d'autres services non spécifiques. Nous pouvons ainsi voir la diversité des structures qui restent toutefois très inhomogènes du fait de l'absence de critère d'évaluation et de création.

En 2000, la S.F.A.P. relevait 60 Unités de Soins Palliatifs (U.S.P.) soit près de 600 lits pour moitié dans des établissements publics et pour moitié dans des établissements privés participant au service public, et 100 équipes mobiles (E.M.S.P.) assurant la triple fonction soins-enseignement-recherche ; on relevait également seulement 68 structures d'hospitalisation palliative à domicile.

b) L'enseignement

Si l'enseignement des soins palliatifs a été rendu officiel, il n'en reste pourtant pas moins sous enseigné dans les facultés de médecine ; en 1999, seule la moitié de celles-ci avaient mis en place cet enseignement de plus très inhomogène.

L'obligation pour les médecins de suivre une formation continue au delà de leur cursus universitaire et la mise en place de Diplômes Universitaires de Soins Palliatifs dans les universités françaises devraient permettre de remédier à cette situation tout en sachant que ce type d'enseignement ne s'adresse pas au plus grand nombre.

D. Les mouvements pro-euthanasiques

1. Dans le monde

La naissance de ces mouvements qui prônent le droit à l'euthanasie comme solution pour une fin de vie digne, remonte à 1935 en Angleterre sous le nom de Voluntary Euthanasia Society mais plus connue sous le nom d'association EXIT, bientôt suivi en 1938 par la Society for the Right to Die (S.R.D.) aux Etats Unis. Après un passage à vide secondaire à la seconde guerre mondiale et suite aux progrès considérables de la médecine, les années 70-80 vont voir naître dans le monde de nombreuses associations revendiquant ce droit qui se sont réunies secondairement en Fédération mondiale des Associations pour le Droit de mourir dans la dignité regroupant près de 500000 membres.(20)

2. En France : l'A.D.M.D.

a) Présentation

- La naissance

L'A.D.M.D. ou Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, est en France une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, déclarée à la préfecture de police de la Seine le 18 avril 1980. Elle appartient à la fédération mondiale des associations pour le Droit de Mourir dans la Dignité.

Fondée en 1980 par l'écrivain Michel LAUDA, sa création en France, fait suite à un article de celui-ci paru le 19 novembre 1979 en page 2 du quotidien Le Monde dans lequel, il défend le droit de mourir dignement.

En effet, en réponse à cette parution, l'auteur reçoit un important courrier de lecteurs, abondant dans ce sens ; il décide alors de créer l'A.D.M.D. France sur le modèle existant dans les pays anglo-saxons tels que «exit » en Grande Bretagne, née en 1935.

- Le développement

Comptant 400 adhérents fin 1980, l'éclosion est rapide, l'association comptant 5150 adhérents en 1982. Ce développement est en rapport avec la recherche constante de se faire connaître du grand public. A cet effet, elle utilise tous les moyens de communication existants et en particulier la télévision. Puis elle organise des sondages afin de prouver aux politiques que ses idées sont partagées par l'opinion française, ainsi que des congrès, conférences et colloques. C'est ainsi que la ville de Nice accueille en 1984, le congrès de l'Organisation mondiale des associations pour le droit de mourir dans la dignité.

Ces interventions dans tout le pays aboutissent à une telle explosion de l'association qu'il devient nécessaire de mettre en place des délégations départementales, organisant à leur niveau des réunions entre adhérents mais également des conférences et des débats toujours dans le but de faire adhérer le plus grand nombre tel que l'exprime un des slogans de l'association : « Plus nous serons nombreux, plus vite nous serons entendus ». Toutes les actions menées au sein de ces délégations sont relatées dans le bulletin trimestriel délivré aux cotisants.(3)

La pression est telle, après ce développement spectaculaire et le congrès de Nice, que le ministère de la santé décide de réagir afin de réfléchir sur les conditions de la fin de vie. Une commission présidée par Geneviève LAROQUE est mise en place sous l'égide du gouvernement et aboutira le 26 août 1986 à la publication de la circulaire dite « Laroque », « circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale ». L'A.D.M.D. était représentée dans cette commission et a défendu la nécessité de prendre en compte les demandes d'euthanasie volontaire tout en acceptant la notion de soins palliatifs tels qu'ils sont définis dans la circulaire.(1)

b) L'A.D.M.D. en l'an 2000

Actuellement, l'association compte 89 délégations départementales ainsi que des commissions spécifiques. Elle emploie 5 salariés à temps plein et une équipe de bénévoles qui assure à Paris une permanence téléphonique et une présence afin de recevoir toute personne demandeuse d'informations complémentaires.

Le nombre d'adhérent s'élève aujourd'hui à 26000, amplifié depuis les récentes affaires d'euthanasie, et dont 6 % appartiennent au corps médical ; 73 % sont des femmes et la moitié des adhérents a plus de 73 ans.(3)

c) Philosophie

La philosophie de l'A.D.M.D. est clairement énoncée dans l'article à partir duquel est née l'association et rejoint les principes des autres associations de la fédération.

Elle accepte la mort mais défend le droit de choisir les conditions et l'heure de celle-ci au titre de la liberté individuelle de disposer de son propre corps et de sa vie mais également au titre de respect de la dignité humaine. Ainsi, le suicide est considéré comme un acte de liberté ultime.

L'expression « condition de la fin de vie » exprime bien l'adhésion aux techniques permettant de lutter contre la douleur et les symptômes pénibles c'est à dire aux soins palliatifs en s'opposant à l'acharnement thérapeutique mais en acceptant l'euthanasie à l'exception de l'euthanasie « politique, sociale ou économique ».

Ainsi sous l'impulsion du sénateur Henri CAVAILLET, président de l'association de 1986 à 1991 puis à nouveau depuis 1995, plusieurs projets de loi en faveur de l'euthanasie et de la reconnaissance du « testament de vie » sont déposés au Sénat et à l'Assemblée Nationale, sans que ces projets n'aient abouti en la rédaction de lois jusqu'à ce jour.(20)

d) Le « testament de vie »

- Présentation

Le testament de vie devenu déclaration de volonté de mourir dans la dignité en 1985, est une déclaration manuscrite dans laquelle l'adhérent exprime son opposition à l'acharnement thérapeutique, sa volonté d'avoir accès aux traitements antalgiques et en dernier recours à l'euthanasie.

Ainsi chacun serait en mesure d'apprécier le bon moment pour mettre fin à sa vie, en fonction de son degré de détresse, de son seuil de souffrance ou de dignité. Chacun définit donc où il place les limites du supportable.

Ces volontés sont exprimées par le patient lui-même ou par un tiers qu'il nomme mandataire et qui a la charge de faire respecter celles-ci si le patient est dans l'incapacité de le faire.

Déclaration de volonté de mourir dans la dignité

Je soussigné(e) (état-civil complet)
jouissant de la pleine capacité de mes droits civils,
déclare en pleine conscience et en toute liberté que, si
j'étais dans l'incapacité d'exprimer ma volonté, et
que les traitements possibles n'aient plus de chances
réelles de me rendre une vie consciente et autonome,
je demande instamment :

- que l'on s'abstienne de tout acharnement thérapeutique pour prolonger abusivement ma vie*,
- que l'on use de tous les remèdes pour calmer mes douleurs, même au cas où les seuls restant efficaces risqueraient d'abrégier ma vie*,
- qu'en dernier recours on me procure l'euthanasie, c'est-à-dire une mort douce, conscient(e) que par là j'interpelle les médecins et les soignants, mais convaincu(e) que le respect de la personne humaine prévaudra avant tout*.

Je fais confiance aux médecins et infirmiers me traitant, à ma famille et à tous autres, pour respecter ces volontés, et je les en remercie.

Date

Signature

L'ADMD suggère par ailleurs que le déclarant donne mandat à l'un de ses proches, en qui il a toute confiance, pour qu'il puisse le représenter dans le dialogue avec le corps médical et faire respecter ses volontés, dans le cas où il ne serait plus en mesure de le faire lui-même.

Attention

Cette déclaration est un spécimen ne la remplissez pas

Si vous adhérez à l'ADMD, vous recevrez en même temps que votre carte d'adhérent(e) toutes les indications requises pour vous guider dans la rédaction de cette "Déclaration".

- Problèmes liés à la notion de « testament de vie »

Le testament de vie et le droit à l'euthanasie qu'il défend, représente pour les adhérents de l'A.D.M.D. le degré ultime de la liberté individuelle, l'idée que la vie appartient à celui qui en est détenteur. L'Homme serait donc maître de sa vie alors qu'il n'a pas décidé de celle-ci. Ce testament pose donc la question du destin humain et de son appartenance.

La liberté de disposer de son corps est une autre revendication de l'association. Hors, la loi française ne permet pas cette disposition en application du principe d'indisponibilité du corps humain.

La demande d'euthanasie formulée dans cette déclaration sous-entend l'intervention d'un tiers choisi par le patient qu'il soit médecin ou proche. Même si cette décision est révocable jusqu'au dernier moment, on peut craindre qu'elle soit à l'origine d'un sentiment « d'obligation » à suivre le souhait du mourant, de la part de ce tiers sans que celui-ci ait voulu participer à cette décision.

La notion de dignité est une autre notion importante. Elle apparaît comme une notion déterminant la vie humaine. Il semble pourtant difficile de respecter cette dignité et la vie en l'abrégeant sciemment. De plus, comment peut-on définir le terme de dignité ?

De surcroît, la dignité est souvent associée à la déchéance inhérente au grand âge et à la fin de vie. Or lorsque l'on parle de dignité, il n'est pas question d'âge, de rentabilité ou d'utilité. Comme le dit Lucie HACPILLE « par essence, une personne humaine n'est utile à rien du tout, elle est avant tout digne ».(1)

En France, le droit pénal est le garant de l'intérêt général. A ce titre, l'euthanasie est réprimée et le consentement ou la demande du patient même dans un document écrit ne peut justifier l'infraction. Le fait de solliciter une euthanasie ou de refuser un soin ne peut être réprimé par la loi, seule l'euthanasie est réprimée.

VI. Aspects religieux

A. Le catholicisme

La religion catholique se caractérise par le respect de toute vie humaine, vie sacrée de son commencement à son terme car don de Dieu et sur l'inviolabilité de la dignité humaine. C'est Dieu qui donne la vie et qui la recueille à son terme, par conséquent, nul ne peut choisir le moment de sa mort. Le suicide et l'euthanasie ne sont donc pas permis.

Devant les progrès de la médecine, le Pape Pie XII énonçait dans son discours du 24 février 1957, la légitimité du soulagement de la douleur, soulagement qui ne s'oppose pas à l'idéal chrétien d'imiter la passion du Christ, et ceci y compris chez des patients mourants au risque de raccourcir leurs vies. Concernant la sédation des mourants, il rappelle la position de l'Eglise qui refuse la sédation terminale en dehors des cas où le malade endure des souffrances atroces ; il convient donc d'évaluer chaque situation. Dans ce discours, l'euthanasie est vivement critiquée du fait des principes fondamentaux du catholicisme. Dans son discours du 24 novembre 1957, il abordait plus précisément le problème posé par les techniques de réanimation et l'acharnement thérapeutique qui peut en découler. Il préconise ainsi d'évaluer les situations au cas par cas mais en insistant sur la légitimité d'utiliser dans cette réanimation des moyens « ordinaires » c'est à dire « les moyens qui n'imposent aucune charge extraordinaire pour soi-même et pour un autre ».(20)

Ces notions rejoignent la notion de refus de l'acharnement thérapeutique.

L'ensemble de ces principes seront réitérés par le Pape Jean Paul II dans « l'Evangile de la vie » du 25 mars 1995.

B. Le protestantisme

A l'opposé de l'Eglise catholique, les Eglises protestantes ne considèrent pas la vie comme sacrée mais comme faisant partie d'un projet divin qui dépasse l'être humain. Si les Eglises protestantes ne se sont jamais réellement exprimées à ce sujet, elles ont toutefois laissé une porte ouverte au débat, fidèles à leur tradition de responsabilité et d'éthique de la responsabilité. Elles soutiennent ainsi le développement des soins palliatifs tout en reconnaissant les limites de ceux-ci. Si certains s'opposent à l'euthanasie dans le Livre blanc de la commission d'éthique, paru en 1991, d'autres expriment une sensibilité différente : « une demande doit être entendue, qui n'est pas la décision d'en finir, mais la

supplication par laquelle le mourant demande que son temps ne soit plus rongé par le caractère interminable de sa douleur et de sa déchéance. Or la loi, non plus que la morale, ni aucune thérapeutique ne peut rien sur un désespéré ; le vouloir vivre ne se commande pas. Il ne nous appartient pas dans juger ».(1)

C. Le judaïsme

Le judaïsme partage avec les autres confessions chrétiennes, la notion de vie comme don de Dieu bien absolu et inaliénable. Toute atteinte de la vie est donc considérée comme un assassinat dans la tradition juive et l'homicide fait parti des trois péchés capitaux de celle-ci. Concernant l'acharnement thérapeutique, il n'existe pas de grande règle énoncée, les situations sont analysées au cas par cas. (1)

La prise en charge de la douleur fait partie des recommandations du judaïsme afin de permettre au malade d'être « pleinement conscient de son humanité ».(35)

D. L'islamisme

En matière d'euthanasie active, passive ou de suicide, le Coran n'autorise aucune exception se fondant sur le respect de la vie et de la dignité. Selon le décret de Dieu, nommé Ajal, la vie appartient à Dieu et lui seul fixe l'instant de la mort. Tuer, quels qu'en soit les motifs est donc un crime qui se répercute sur l'humanité toute entière.(13)

L'acharnement thérapeutique est quant à lui prohibé car non bénéfique pour le patient de même que la toxicomanie et l'usage des narcotiques et des opiacés. Cependant, ces interdits peuvent être ponctuellement transgressés en cas de force majeure : « Mais il n'y a pas de péché pour celui qui est contraint sans toutefois abuser ni transgresser » (Coran,s.II-3) et « Pour quiconque est contraint... le Seigneur est pardonneur et miséricordieux » (Coran, s.VI-145).(1)

E. Le bouddhisme

La religion bouddhiste exprime une règle simple en matière de fin de vie : « en règle générale, il nous faut supprimer la souffrance, mais ne pas accélérer la venue de la mort ».(1) Ce principe se fonde non pas sur la valeur extrême de la vie comme dans les principes judeo-chrétiens, mais sur la nécessité de vivre pleinement sa mort, sereinement, afin d'accéder à la vie suivante libéré de tous les obstacles qui pourraient entraver son déroulement.

Le bouddhisme accepte la mort comme une étape normale de la vie, le corps n'étant vu que comme un bien matériel, transitoire, alors que l'esprit prend une place primordiale au moment du décès. En effet, pour Guèn Kelsang Lhamo, nonne bouddhiste, les enseignements de vajrayana décrivent le processus de la mort comme « dissolution des niveaux grossiers de l'esprit en des niveaux subtils, au fur et à mesure que les éléments physiques qui les soutiennent se désintègrent ». Le niveau de l'esprit le plus subtil pouvant être atteint est appelé « la claire lumière de félicité », cet état peut durer, chez des pratiquants avancés, longtemps après l'arrêt cardio-respiratoire. La fin de cet état de conscience correspond à la fin du processus de mort. L'esprit a donc quitté définitivement le corps physique pour accéder à la vie suivante.(1)

On comprend donc aisément la nécessité d'une fin de vie dépourvue de peur et de doute, d'une fin de vie sereine et consciente afin d'accéder à « une renaissance heureuse » et surtout l'inutilité du suicide ou de l'euthanasie qui ne fait que détruire le corps matériel sans permettre à l'esprit d'atteindre la claire lumière de félicité.

La religion bouddhiste s'oppose donc à tout acte volontaire visant à abrégé la vie d'autrui et prône l'accès pour tous aux soins palliatifs en insistant sur la nécessité de laisser au patient un état de conscience optimum.(1)

VII. Discussion :quelles réponses peut-on donner à la demande d'euthanasie ?

A. Faut-il légiférer en matière d'euthanasie ?

1. Avis du C.C.N.E. : l'euthanasie d'exception

Le 27 janvier 2000, dans son rapport n° 63 intitulé « fin de vie, arrêt de vie, euthanasie », le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (C.C.N.E.) prenait position sur le sujet de la fin de vie et de l'euthanasie.

a) Présentation du rapport

Ce rapport comporte 24 pages complétées par 2 pages de bibliographie et de 7 pages d'annexes. Le groupe de travail étant à l'origine de ce rapport comprenait 16 personnes dont 4 responsables parmi lesquels on notait la présence de Henri CAVAILLET, président fondateur de l'A.D.M.D.

La première page de ce rapport pose les bases du problème de l'euthanasie et de la fin de vie à savoir le concept de mort dans la société actuelle. Elle réaffirme la condamnation de l'euthanasie par la législation actuelle en France tout en précisant « l'indulgence » dont la justice fait preuve lorsqu'elle a à statuer sur de tels cas. Dans cette partie qui tient place d'introduction, le rapport n° 63 est présenté comme une continuité du rapport n° 58 de 1998 et comme une réflexion nouvelle, motivée par les progrès de la médecine mais également par les bouleversements sociaux auxquels nous avons pu assister ces 10 dernières années, réflexion venant élargir le champ du rapport n° 26 du 24 juin 1991.

Cette première page introductive est suivie de 4 chapitres, les deux premiers décrivent les conditions de la fin de vie, le troisième les fondements du débat et le dernier introduit la notion d'exception euthanasique. Nous allons énoncer les grandes idées de ces différents chapitres avant d'en faire une analyse critique.

- « Vivre et mourir aujourd'hui » :

ce chapitre décrit la conception actuelle de la mort à savoir, une mort essentiellement institutionnalisée, technicisée, médicalisée, issue d'une fin de vie souvent de mauvaise qualité. Il s'agit ici de ré-exprimer la nécessité de replacer la mort comme étape naturelle de la

vie à laquelle elle donne « valeur et sens ». Il est également défini d'autres « valeurs » fondamentales de l'existence humaine comme la « vulnérabilité, le sens de la vie, l'autonomie et la dignité », ces grands concepts fondant la discussion ou plutôt le débat à propos de l'euthanasie et de sa légitimité.

- « Mieux mourir aujourd'hui »

ce chapitre est introduit par le rappel des principes de respect de l'autonomie et de dignité, lesquels régissent les soins palliatifs et l'accompagnement des personnes en fin de vie. L'euthanasie est présentée comme devant trouver une « plus juste place » dans le respect de ces principes. Le « mieux mourir aujourd'hui » passe de façon quasi unanime par le développement des soins palliatifs dont les rôles sont énumérés dans le sous-chapitre 2.1 « le développement des soins palliatifs », de même que leurs aspects réglementaires. Le sous-chapitre 2.2 « l'accompagnement des mourants » décrit le but global des soins palliatifs qui dépasse la fonction soin. La dernière partie de ce chapitre traite de l'acharnement thérapeutique et de son rejet autant pour l'opinion publique que pour les instances religieuses, les soignants, le code de déontologie... Le C.C.N.E. note que même si ce refus d'acharnement thérapeutique est globalement admis, il reste des situations dans lesquelles « les limites ne sont pas toujours faciles à appréhender », il s'agit en particulier des âges extrêmes de la vie.

En conclusion de ces deux premiers chapitres, le C.C.N.E. exprime son accord avec le développement des soins palliatifs et son opposition à l'acharnement thérapeutique tout en émettant des réserves quant à la possibilité de voir disparaître les pratiques euthanasiques suite à de telles dispositions en particulier dans ces cas extrêmes qui sont abordés dans le chapitre suivant.

- « Des situations aux limites : l'euthanasie en débat »

en posant « le cadre du débat », le C.C.N.E. réitère son opposition à un acte euthanasique envisagé ou réalisé « hors de toute forme de demande ou de consentement de la personne elle-même ou de ses représentants ». En dehors de cette situation, la question du suicide assisté se pose sur le plan éthique en se fondant sur le respect de la volonté et de la liberté de chacun qui s'oppose au respect absolu de la vie dont fait preuve le médecin.

Outre ces contradictions, le comité insiste sur les nouvelles difficultés éthiques inhérentes aux progrès scientifiques et techniques, surtout en matière de néonatalogie et pour les patients non communicants.

Les bases du débat étant posées, dans une seconde partie sont décrits les deux courants opposés que l'on retrouve dans tous les questionnements concernant l'euthanasie c'est à dire le respect de toute vie humaine et de la dignité inaltérable de l'individu qui s'oppose au droit de mourir dans la dignité en évitant la déchéance physique et intellectuelle, preuve de la liberté de chacun à disposer de son existence. Ce second courant d'idée contrecarre la peur de la déviance du premier si une dépénalisation devait être prononcée en avançant la notion de clandestinité elle même source de déviance.

Ainsi, pourrait être définies des « dérogations et des exonérations quant à la culpabilité de celui qui aide à mourir ». Ces cas sont représentés par des patients exposés à des souffrances « insupportables et non maîtrisables » pour lesquelles il n'existe pas d'autres solutions « corroborées par le médecin traitant et un autre soignant » et qui en font la demande de façon « lucide, réitérée et libre ». Cette demande est bien sur révocable à tout moment et peut être réalisée de manière manuscrite ou par un mandataire.

Ces deux courants en tous points opposés font de ce débat un débat réducteur que le C.C.N.E. se propose d'orienter vers d'autres solutions qu'il développe dans la dernière partie de ce rapport.

- « Engagement solidaire et exception d'euthanasie »

La notion d'engagement solidaire apparaît dans cette partie comme l'image de la « solidarité humaine et la compassion » pour faire face à des « détresses » pour lesquelles ni les soins palliatifs ni l'accompagnement, ni le refus de l'acharnement thérapeutique ne peuvent répondre en apportant une « fin de vie supportable ». Il s'agit de « faire face ensemble à l'inéluctable » tout en ne remettant pas en cause la « valeur de l'interdit du meurtre ».

Cet engagement solidaire est intimement lié à la notion de consentement ainsi un acte euthanasique ne saurait être accepté en dehors de l'accord de la personne concernée exprimée par elle même ou un mandataire. De telles décisions ou actes ne sauraient non plus être prises ou réalisées sans une réflexion au sein de l'équipe soignante avec le patient et son entourage. Cet acte solidaire serait défini comme la moins pire des solutions.

Le C.C.N.E. rappelle également le décalage existant entre la législation actuelle et les pratiques euthanasiques ainsi que l'inégalité des décisions prises lorsque les juridictions sont appelées à statuer sur des cas de ce type. Afin de diminuer ces inégalités il ne s'agit pas de dépénaliser l'euthanasie mais de donner à la justice les moyens de statuer réellement sur les cas d'euthanasie. Une des propositions du C.C.N.E. est de définir légalement une exception

euthanasique concernant « des situations limites ou des cas extrêmes et reconnus comme tels » chez des patients demandeur d'une euthanasie.

b) Analyse critique

Cette étude critique s'inspire en partie de l'étude analytique initiale réalisée par la société française de Psycho-oncologie, association Psychologie et Cancers.(36)

Il est à noter avant de débiter cette analyse que 16 personnes seulement du comité ont participé à ce travail soit environ la moitié de ses membres.

Dès le titre et ce jusqu'au texte tenant lieu de conclusion, existe un doute sémantique dans les termes utilisés. On peut être étonné de l'absence de définitions précises des termes arrêt de vie et euthanasie surtout lorsque l'on connaît les variations sémantiques qui entourent ces termes et qui participent à une confusion certaine. Seule la lecture de la dernière page peut faire supposer que l'arrêt de vie correspond à une mort provoquée, volontaire.

Dans « vivre et mourir aujourd'hui », l'euthanasie définie comme une « bonne mort » fait poser la question du fondement de cette bonne mort. En effet, si nous nous tenons à ce terme explicite, qui ne souhaite pas une telle mort pour lui même ou ses proches ? Ce type d'affirmation est ici aussi source de confusion et rejoint les biais que l'on peut observer dans l'interprétation des sondages d'opinion. Qu'en serait-il de ces formules si on les exprimaient ainsi : « bien mourir aujourd'hui c'est avoir le droit ou pouvoir être tuer par un tiers » ?

Si l'on peut partager l'avis du C.C.N.E. à propos de la nécessité de lutter contre des pratiques hyper-technicisées et impersonnelles en fin de vie, on peut toutefois se poser la question de la place laissée aux soins de confort et de suite en fin de vie, permettant de rendre cette mort plus douce. Le C.C.N.E. reprend des différents débats toujours réducteurs sur l'euthanasie, la notion d'euthanasie comme alternative à cette fin de vie, avec sa définition actuelle de mort provoquée. On peut regretter que ne soient pas développées dès ce chapitre d'autres alternatives.

Dans le second chapitre, « mieux mourir aujourd'hui », la description des soins palliatifs de qualité et d'accompagnement ainsi que la notion de refus de l'acharnement thérapeutique posent les conditions actuelles du mourir auxquelles chacun est en droit de prétendre. Dans la conclusion de cette partie est toutefois stipulée la persistance, malgré ces mesures de « question de l'euthanasie ». Cette affirmation est suivie d'une phrase au sens obscure qui présente l'euthanasie « plus comme un inutile recours que comme le secours impossible ou interdit » ce qui évoque une négligence de l'auteur car ne correspondant pas au développement attendu du raisonnement. La phrase suivante tend à confirmer cette erreur

puisqu'elle pose l'euthanasie comme une « ultime requête dans certains cas et situations limites ». On retrouve ici la seule alternative proposée par le C.C.N.E. mais avec une dimension supérieure puisqu'il est introduit la notion de cas limites évoquant la possibilité d'une ouverture vers une modification de la législation. On semble oublier ici que les lois protègent les individus dans la société c'est à dire le plus grand nombre et on peut déjà craindre la notion de cas particuliers qui pourraient devenir la règle.

Cette possible dépénalisation est clairement évoquée dans le chapitre suivant après un plaidoyer pour les soins palliatifs mais aussi en faveur du droit à mourir dans la dignité, reprenant tous les arguments de l'A.D.M.D. Ainsi, une dépénalisation permettrait à chacun d'exprimer sa liberté individuelle et sa dignité, et éviterait la poursuite de pratiques clandestines tout en continuant de considérer l'euthanasie comme une infraction. Il n'est pas évoqué ici l'exemple des Pays-Bas où les cas d'euthanasie ont augmenté d'un tiers après la dépénalisation et où près de la moitié des cas d'euthanasie n'étaient pas déclarés. Une dépénalisation ne signifie pas le respect des règles qui y sont attachées (déclarations, rapports...). Nous ne reviendrons pas ici sur le thème de la dignité humaine qui nous semble inaltérable et rend donc l'argument de mort provoquée pour échapper à l'indignité d'une fin de vie caduque.

L'évocation en fin de chapitre de quelques cas qui pourrait bénéficier du caractère limite justifiant une euthanasie met en relief la diversité des situations et la difficulté de définir avec précisions des limites qui restent subjectives à ces situations. Il paraît impossible d'imaginer un cadre légal concret à toute ces possibilités. De plus, la notion de « souffrances insupportables et non maîtrisables » peut également être critiquée. La pratique médicale est fondée sur des connaissances unanimement admises mais également sur des expériences personnelles ou d'équipe ; il n'est donc pas concevable de décider de l'absence d'autres solutions pour apaiser ces souffrances à deux soignants tel qu'il est stipulé dans ce chapitre. Là encore nous sommes dans un raisonnement « binaire » ou le choix s'effectue entre euthanasie et absence d'euthanasie sans autres propositions.

2. Définition de l'exception ?

Le problème essentiel posé dans ce rapport relève de la possibilité de l'exception d'euthanasie. En effet il paraît inconcevable de définir un cadre à l'exception du fait de la difficulté de préciser les critères d'inclusion. De tels critères ne pourraient être responsables que de dérives, car eux-même étant susceptible d'évoluer. On peut ainsi imaginer que ce cadre bien limité ne tendrait qu'à s'élargir faisant entrer l'euthanasie dans les mœurs comme

un acte normal. De plus cette euthanasie d'exception s'adresserait entre autre à des patients non communiquant (âges extrêmes de la vie, patients sous respirateur...) mettant ainsi en doute la valeur de certaines vies. Cela signifierait que certaines personnes n'ont plus le droit de vivre.

3. Faut-il légiférer ?

Au delà de l'exception euthanasique se pose la question de l'opportunité actuelle de légiférer à se sujet que se soit sous la forme d'une dépenalisation ou d'une légalisation.

La fonction première de la justice d'un pays est de défendre les valeurs régissant un société dite humaine parmi lesquelles on retrouve la dignité et l'interdit du meurtre. Ainsi toute vie quelle qu'elle soit, a une valeur intrinsèque identique pour tous et ne peut donc être soumise à aucun jugement. Toute transgression de cet interdit du meurtre, fondement de la société humaine peut donc être considérée comme une régression sociale, une atteinte à l'humanité.

Dépenaliser ou légaliser l'euthanasie serait source de dérives ou sous couvert de motifs humanistes ou humanitaires, il serait possible de tuer les malades dont la pathologie échappe aux possibilités d'une médecine hyper-technicisée et au coût non négligeable. De plus nous pouvons nous poser la question de la réelle liberté qui entoure la demande d'euthanasie de ces grands malades lorsque l'on connaît les pressions auxquelles ils sont soumis tant au sein de leur famille que de la société elle même. Aucun tribunal, aucun collègue d'expert ou de professionnel ne pourra juger de la réalité mortifère des demandes même celles-ci sont réitérées.

Certains défenseurs d'une modification de la loi avance l'argument que celle-ci permettrait de diminuer le nombre d'euthanasie clandestine et se justifierait par le fait qu'à ce jour la plupart des cas d'euthanasie jugés en France n'ont connu aucunes poursuites judiciaires. Au premier item nous pouvons répondre que les euthanasies clandestines sont souvent réalisées sans l'accord du malade et qu'une telle loi ne modifiera pas ces pratiques. Dans les cas d'euthanasie à la demande du malade, nous revenons à l'idée que la certitude quant au réel désir de mort n'est jamais obtenu et que l'interdit du meurtre reste fondateur et garant des liens sociaux entre individus. De plus, les modalités administratives inhérentes à ce type de loi, de par leurs lourdeurs ne garantissent pas que tout les cas soient effectivement déclarés. Concernant la question : Pourquoi conserver une loi qui n'est pas appliquée ? Cela reviendrait à faire disparaître toutes les lois enfreintes et pour lesquelles les sanctions ne couvrent pas la totalité du nombre des infractions. Ce résonnement est simpliste et nous pouvons avancer que le fait pour les tribunaux de statuer sur des cas précis et complexes, et d'apprécier la nécessité

de poursuivre les auteurs d'actes euthanasiants, est une alternative à une loi en faveur de l'euthanasie : la justice reste ainsi garante du droit public.

Enfin l'ultime écueil d'une modification de la législation est le rôle donné aux soignants et en particulier aux médecins dans cet euthanasie. En effet toute dépénalisation ou légalisation donnerait au médecin un rôle supplémentaire celui de tuer, de donner la mort, rôle qui se situe aux antipodes de son rôle de soignant.

Il semble donc que légiférer en matière d'euthanasie serait responsable d'un ébranlement des liens sociaux mais également de tout le système judiciaire et de santé de notre pays.

B. La sédation

1. Définition

Depuis quelques années, le terme de sédation est apparu dans le vocabulaire des soins palliatifs. Il est du devoir de ces équipes de soins continus de lutter contre la dérive toujours possible d'une telle pratique même si celle-ci est parfois la seule réponse que l'on puisse donner à un patient dont les symptômes sont incontrôlables et non pas incontrôlés comme le stipule Véronique BLANCHET.(5)

Cette technique consiste donc à administrer à un patient une substance dite sédatrice c'est à dire dont l'effet est d'induire le sommeil mais de façon contrôlée. On peut donner ainsi la définition du docteur Marie Sylvie RICHARD qui définit le sédation pharmacologique comme : « un sommeil induit par l'administration d'une benzodiazépine ou d'un neuroleptique, accordé au patient qui en fait la demande. Il est de durée variable, ponctuel ou continu. Il est toujours associé à d'autres traitements symptomatiques. Il a pour unique but de soulager le patient en détresse ».(29)

Nous pouvons donc à partir de cette définition évoquer deux situations distinctes : la sédation continue qui se prolonge jusqu'au décès et le sédation temporaire qui sera utilisée pour passer un cap difficile.

2. La pratique

a) Les critères de recours

Nous avons vu précédemment que la sédation s'adressait à des cas extrêmes de symptômes réfractaires et nous développerons dans les aspects éthiques l'importance de cette notion. Il convient donc de définir ce que sont ces symptômes réfractaires. Nous donnons ici le

définition de CHERNY et collaborateurs : « le symptôme réfractaire peut se définir comme un symptôme ne pouvant être contrôlé adéquatement en dépit d'efforts actifs pour identifier une thérapeutique tolérable, qui ne compromet pas la fonction de relation du patient ».(8)

Le plus souvent, il s'agit de phénomènes douloureux, asphyxiques ou hémorragiques ou encore de manifestations anxieuses avec agitation.

Ces symptômes peuvent être de survenue brutale, cataclysmique et dans ce cas le plus souvent prévisibles mais constituent parfois l'évolution d'un symptôme difficile et potentiellement réfractaire vers l'incontrôlable. Il découle de ces constatations qu'il est nécessaire d'anticiper de tels événements.

Lorsque l'on suppose très probable la survenue d'un événement cataclysmique il convient donc de réaliser des prescriptions anticipées précisant les conditions dans lesquelles elles doivent être appliquées, critères essentiellement cliniques.

Devant un symptôme difficile potentiellement réfractaire, on tiendra compte des thérapeutiques antérieures et des alternatives restant à disposition en évaluant à chaque étape, comme le stipule Claudia MAZZOCATO, l'adéquation entre le traitement et le soulagement du malade, la tolérance en terme de délai d'action et d'effets indésirables.(22)

On considèrera que le symptôme est devenu réfractaire si ces trois conditions ne sont pas réalisées ; la sédation est alors discutée.

b) Les conditions de recours

Il ne s'agit pas d'instaurer une sédation sur la seule présence de symptômes réfractaires. La sédation est toujours une réponse extrême à une situation extrême, utilisée en soins palliatifs toujours en respectant le principe d'autonomie du patient. Il paraît donc inconcevable de ne pas tenir compte de celui-ci dans cette démarche. Il convient donc de prendre le temps de parler avec le malade afin de l'informer de la possibilité de le faire dormir et des risques, d'obtenir son accord et de décider de la durée du sommeil.(5)

Les proches sont informés de cette décision qui entre dans une concertation d'équipe. Cette sédation n'occulte pas la poursuite des soins de confort instaurés jusque là et l'accompagnement du patient et de sa famille.(22)

c) Principes pharmacologiques

Nous avons vu précédemment que la sédation était toujours une sédation contrôlée autant dans sa durée que dans la profondeur du sommeil induit. Les molécules utilisées auront donc des durées d'action courtes, afin de pouvoir assurer au patient une certaine vigilance dans le

nyctémère pour qu'il garde une relation avec sa famille et les soignants, et qui sont de maniement facile.(32)

Nous pouvons ainsi citer l'utilisation du Midazolam HYPNOVEL^R dans cette indication.

Les voies d'administration sont nombreuses, orale, sous cutanée ou intra-veineuse, en continu à l'aide d'un pousse seringue électrique ou discontinu sous la forme de bolus. La dose utilisée sera évidemment la dose minimale nécessaire au soulagement recherché en évitant les modifications de doses responsables de la réapparition d'une souffrance intolérable.

Dans certains cas particuliers, chez des patients dépressifs ou anxieux, une sédation peut être obtenu en utilisant des benzodiazépines ou des neuroleptiques ou une association des deux.(22)

d) Aspects éthiques.

Il est évident que la sédation contrôlée telle que nous l'avons décrite jusqu'ici, pose des questions d'ordre éthique dans la mesure où les molécules utilisées ne sont pas dénuées d'effets potentiellement dangereux voire d'un risque d'abrèger la vie mais aussi parce qu'il s'agit d'agir sur l'état de conscience du patient.

Ainsi, reprenant les bases de réflexion de Patrick VERSPIEREN, peut-on se demander si toute forme de sédation est acceptable et si sédation et respect de la vie sont compatibles ?(42) Si l'on respecte le principe de contrôle en durée et en profondeur du sommeil induit avec pour seul objectif d'éviter souffrance et inconfort au malade tout en respectant des alternances avec des phases d'éveil, on peut juger que ce type de sédation est acceptable. Le problème est différent lorsque l'on envisage une sédation continue, privant le malade d'une partie ou de la totalité de ses possibilités de communication. Certains rapprochent cette pratique de pratiques euthanasiques bien que le but recherché n'est pas d'accélérer le moment de la mort. Il s'agit le plus souvent d'une conception fautive de la mort, comme le stipule Alex MAURON, par laquelle on associe mort et suspension de la conscience.(21) On ne peut toutefois occulter le fait que certains symptômes réfractaires laissent les « palliativistes » sans aucune autre réponse et comme le dit Patrick VERSPIEREN : «c'est une fonction importante de la médecine, et spécialement de la médecine palliative, que de s'efforcer d'apaiser la souffrance, surtout quand celle-ci devient une réalité obsédante qui envahit totalement la conscience du malade et ne permet plus guère de ce fait le maintien de réelles relations humaines ».(42) Il est bien sûr nécessaire de s'assurer du caractère réellement réfractaire de ces symptômes et veiller à conserver dans la mesure du possible une possibilité de communication au patient même si celle-ci est infra verbale.

e) Conclusion

On peut ainsi concevoir que face à des symptômes réfractaires, en extrême fin de vie, la sédation, même si elle risque d'accélérer la mort, cet effet n'étant pas recherché, est éthiquement acceptable si « la proportion entre l'objectif poursuivi et l'effet regrettable est acceptable », « il y a alors acte de soins au risque de la mort ».(42) C'est la notion de « double effet ».

Il est toutefois nécessaire de garder à l'esprit qu'il s'agit bien d'une solution extrême à une situation extrême qui ne doit bien sûr pas être généralisée ni banalisée. Il convient donc de favoriser la recherche dans le domaine des soins palliatifs afin de définir d'autres protocoles de soins, utilisant d'autres molécules que celles communément admises, permettant de limiter ces symptômes réfractaires et si cela n'est pas possible de mettre en place une sédation contrôlée avec un minimum d'effets non souhaités.

C. Le développement des soins palliatifs

Nous avons pu constater à plusieurs reprises au cours de ce travail l'aide que pouvaient apporter des soins palliatifs bien conduits en cas de demande d'euthanasie. Il paraît donc nécessaire que la France puisse développer des soins de ce type autant sur un plan quantitatif que sur un plan qualitatif. L'accès à ces soins dans tous les départements et selon des modalités adaptées aux désirs des patients avec en particulier la multiplication des systèmes de réseaux et de soins à domicile semble être une nécessité. Le malade reprendrait alors la place qui lui est due dans un projet de soins multidisciplinaires, sa famille pourrait être soutenue, limitant l'isolement et l'abandonnisme de ces grands malades, souvent à l'origine de demande d'euthanasie.

Des soins de qualité passent par la formation adéquate des dispensateurs de ces soins. Nous verrons ultérieurement le rôle du cursus des études médicales dans cet aspect qualitatif, mais il ne faut pas oublier le rôle de tous les intervenants paramédicaux et des non professionnels de santé. La formation du personnel paramédical, hospitalier et non hospitalier, et des bénévoles par des équipes aux compétences reconnues, définies comme équipes de référence devrait permettre d'apporter ou de compléter des connaissances adaptées aux situations de terrain. En effet, les actes euthanasiant sont souvent le fait d'une méconnaissance ou d'une connaissance insuffisante des conditions de la fin de vie.

Les soins palliatifs et la lutte contre la douleur font toutefois partie des grands projets de santé publique définie par le ministre délégué à la santé, Bernard KOUCHNER, preuve en est la

disparition du carnet à souche rendant plus facile la prescription des antalgiques majeurs et la mise en place du congé d'accompagnement. Bernard KOUCHNER a également annoncé les grands principes de sa politique de santé lors de son intervention à la journée nationale de la Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatifs, comprenant l'annonce d'un plan triennal 2002-2005 qui devrait permettre le développement des soins palliatifs à domicile, le renforcement des équipes déjà en place et la promotion de la formation continue autour d'équipes référentes.

D. L'organisation des études médicales

Une amélioration des soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur passe par l'enseignement de ces concepts parmi les professionnels de santé. Si les études paramédicales et en particulier le cursus infirmier ont déjà intégré cet enseignement, il n'en va pas de même pour le cursus médical.

Cet enseignement pourrait être réalisé à deux niveaux : lors du cursus universitaire d'une part et au cours d'enseignements post-universitaires, telle que la formation médicale continue, d'autre part.

Il semble nécessaire de réintégrer la notion de mort dans l'esprit des étudiants en médecine dont les connaissances s'arrêtent généralement à l'aspect curatif des pathologies. Les études médicales se fondent sur l'enseignement très théorique des maladies et des traitements sans que la notion de soin, qui dépasse largement la notion du « guérir », soit appréhendée.

Les aspects théoriques de la prise en charge de la douleur et des protocoles de soins palliatifs peuvent être abordés sous la forme de cours magistraux, dans l'idéal en groupes restreints afin de favoriser les échanges entre étudiants et enseignants. Le deuil, la souffrance, la législation, le travail en équipes multidisciplinaires seront inclus dans ces cours. Il est indéniable que ce « savoir faire » ne peut se détacher d'un « savoir être » inculqué sur le terrain. La formation des étudiants hospitaliers dès la deuxième année de deuxième cycle des études médicales doit comporter cette dimension.

Concernant l'enseignement post-universitaire, le développement de structures d'hospitalisation palliative à domicile va nécessiter la formation des médecins généralistes sur le terrain. Ce type de formation peut passer par des sessions de formation médicale continue où seraient présentés, par un expert, des cas cliniques. Il ne faut pas oublier l'importance des diplômes inter-universitaires dans ce projet mais qui restent toutefois accessibles à une minorité par défaut de moyens.



VIII Conclusion

Durant ce travail, nous avons pu constater le décalage existant entre le débat sur l'euthanasie, sa médiatisation et le nombre de demandes auxquelles sont confrontées les soignants. Ainsi, si les demandes sont rares parmi les malades incurables, il semble que la question de l'euthanasie soit devenue un véritable phénomène de mode dans notre société actuelle prônant l'éternelle jeunesse la productivité et la liberté. Malgré la rareté des demandes celles-ci doivent être prises en compte et ne pas rester sans réponse. Il est du rôle de l'Etat, de la société et des professionnels de santé de trouver des réponses adéquates à ces demandes sous la forme d'une humanisation de la fin de vie. La demande d'euthanasie ne se résume telle pas à une demande de prise en compte d'un malade qui se veut encore un être social mais que cette même société rejette par peur de sa propre fin ? Accéder à une demande de mort est la solution en définitive la plus « aisée » car ne nécessitant pas la recherche d'autres réponses. De par son art, le médecin est le premier confronté à de telles demandes. Il se doit toutefois de revendiquer face cette société pressante, des frontières à cet exercice et le droit de se situer en tant que citoyen dans ces débats. Le cheminement vers une solution définitive au problème de l'euthanasie sera long et difficile, passant par la nécessité d'accepter la mort et de se la réapproprier tout en améliorant la qualité des derniers instants car comme le dit Sénèque : « mourir plus tôt ou plus tard est indifférent ; bien ou mal mourir ne l'est pas ».

BIBLIOGRAPHIES

Bibliographie Internet

Au cours de ce travail, plusieurs sites internet ont été utilisés :

- ✓ Sénat : <http://www.sénat.fr>
- ✓ Caducée : <http://www.caducée.net>, les dossiers santé, droit et santé
- ✓ Ministère des affaires étrangères des Pays-Bas :
<http://www.minbuza.nl/english/intranet.asp>
- ✓ Admd : <http://perso.club-internet.fr/admd/intro.htm>
- ✓ CCNE: <http://www.ccne-ethique.org>
- ✓ Ordre national des médecins : <http://www.ordmed.org>





BIBLIOGRAPHIE

- (1) ABIVEN M., CHARDOT C., FRESCO R., *Euthanasie, alternatives et controverses*, Presses de la renaissance, Paris, 2000, 314 p.
- (2) ARISTOTE, *Politique*, Tome III, Première partie, Livre VIII, texte établi et traduit par AUBONNET J., Paris, 1986, page 107.
- (3) AURENCHE S., *l'euthanasie, la fin d'un tabou ?* .ESF éditeur, 1999, Paris, 188 p.
- (4) BERNADAC C., *Les médecins maudits*, Editions France empire, Paris, 1967, 267p.
- (5) BLANCHET V., *Soins palliatifs au cours des affections non cancéreuses*, La revue du Praticien, tome 49, n°10, 1069-1072.
- (6) CHARDOT C., *La mort donnée pour soulager*, Annales médicales de Lorraine et de l'Est, 35, 1996, pages 139-148.
- (7) CHARDOT C., *Quelques réflexions à partir d'une expérience cancérologique*, Rencontre des Comités Régionaux d'Éthique Médicale au Sénat, 11 Mai 2001.
- (8) CHERNY N., PORTENOY R., *Sedation in the management of refractory symptoms :guidelines for evaluation and traitement*, Journal of palliativ Care, 1994, n°10, pages 31-39.
- (9) Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n°1 du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie.
- (10) Communiqué du Professeur GLORION B., *Obstination thérapeutique déraisonnable : le cadre déontologique et le cadre éthique*, Salon du MEDEC, Paris, 11 mars 2000.
- (11) DESMICHELLE D., *La confrontation à une demande d'euthanasie ou l'ultime épreuve de la compassion*, Revue JALMALV, décembre 2000, n°63, pages 59-67.

- (12) Dictionnaire de la langue française, Editions Hachette, édition 1987.
- (13) Docteur BOUBAKEUR D., *Le Coran n'autorise aucune exception*, dans Fin de vie, euthanasie ou soins palliatifs, Revue Soins, n°647, page 38.
- (14) GOLDENBERG E., *Mort, angoisse et communication*, Revue JALMAV, 1991, n° 24.
- (15) GROENWOUND J.H. et collaborateurs, *Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherland*, New England Journal of Medecin, 24 février 2000, Vol.342, n°8, pages 551-556.
- (16) HANUS M., *La mort aujourd'hui*, Collection face à la mort, Edition Frison-Roche, Paris, 2000, 242 p.
- (17) HENDIN H., RUTENFRANS C., ZYLICZ Z., *Physicain-Assisted Suicide and Euthanasia in the Netherlands*, JAMA, vol.277, 4 juin 1997, n°.21, page 1720-1722.
- (18) LA MARNE P., *Ethique de la fin de vie*, Editions Ellipses, Paris, 1999, 128 p.
- (19) MACQUERON G., EUDIER F., *Refus de soins : un message à ne pas méconnaître*, La revue du praticien-médecine générale, 1999, tome 13, n°456, pages 674-676.
- (20) MARET M., *L'euthanasie, alternative sociale et enjeux pour l'éthique chrétienne*, Edition saint Augustin, 2000, 394 p.
- (21) MAURON A., *La sédation complète et ses enjeux éthiques*, Infokara, n° 43, septembre 1996, pages 41-49.
- (22) MAZZOCATO C., *A propos de la « sédation » en phase terminale. Le point de vue clinique*, Infokara, Septembre 1996, n°43, pages 31-37.
- (23) *Mémento Pratique des Soins Continus*, Editions Tabloïd Communication, Paris, 1993, pages 11-12.

(24) MONTERO E., *Le droit à l'autonomie dans le débat sur la légalisation de l'euthanasie volontaire : un argument en trompe-l'œil ?*, Revue générale de droit médical, n°3, pages 69-88.

(25) Œuvres de BACON, première partie, *De la dignité et de l'accroissement des sciences*, livre quatrième, chapitre II, traduction revue, corrigée et précédée d'une introduction par M.F.Riaux, Paris, 1843, pages 201-202.

(26) PREVOST A., *L'Utopie de Thomas More*, Paris, 1978, page 549.

(27) Rapport du groupe de travail *Assistance au décès* du département fédéral de justice et police, mars 1999.

(28) Recommandation 1418, *Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants*, Extrait de la Gazette officielle du conseil de l'Europe, juin 1999.

(29) RICHARD M.S., *Faire dormir les malades*, Laennec, 1993, n°41, pages 2-7.

(30) ROSTAND J., *Le courrier d'un biologiste*, Gallimard, Paris, 1970, 228p.

(31) SALAMAGNE M. H., POURCHET S., *Euthanasie et sédation : de la maîtrise à la compréhension*, Espace éthique, Automne 1999-Hiver 2000, pages 86-91

(32) SCHAEERER R., *Ethique et fin de vie*, La revue du Praticien, tome 49, n°10, pages 1081-1085.

(33) SCHAEERER R., *Les soignants face aux demandes réitérées de mort*, Espace éthique, automne 1999-hiver 2000, pages 96-99.

(34) SCHAEERER R., *Que faire en cas de demande d'euthanasie ?*, La Revue du Praticien-Médecine Générale, tome 11, 1997, n°398, pages 16-19.

(35) SITRUK J., *Une loi risquerait de normaliser ce qui ne doit jamais l'être*, dans *Fin de vie, euthanasie ou soins palliatifs ?*, Revue Soins, n°647, page 39.

(36) Société Française de Psycho-oncologie, *Etude analytique initiale sur le rapport n°63 du CCNE : « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie »*, Paris, juillet 2000.

(37) Sondage du 23 septembre 1998, *Les Français et l'euthanasie*, IPSOS

(38) SOURNIA J.C., *Histoire de la médecine*, Edition La découverte, Paris, 1997, pages 201-202.

(39) VALERE MAXIME, *Faits et dits mémorables*, Livre 2, VI, 7d, texte établi et traduit par Robert COMBES, Tome 1, Paris, 1995, pages 181-182.

(40) VAN DER MAAS P.J., VAN DELDEN J.J.M., PIJNENBORG L., LOOMAN C.W.N., *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*, the Lancet, vol.338, 14 septembre 1991, pages 669-674..

(41) VERSPIEREN P., *Face à celui qui meurt*, Desclée de Brouwer, Paris, 1984, 207 p.

(42) VERSPIEREN P., *La sédation : aspects éthiques*, communication lors de la Deuxième Journée Lorraine de Soins Palliatifs, octobre 2000.



VU

NANCY, le **27 SEPTEMBRE 2001**

Le Président de Thèse

Professeur **C. CHARDOT**

NANCY, le **12 NOVEMBRE 2001**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **15 NOVEMBRE 2001**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

RESUME DE LA THESE :

Après avoir mis en évidence les difficultés de donner une définition précise de cette « bonne mort » qu'est l'euthanasie, nous avons réalisé une revue des différentes législations occidentales, des aspects philosophiques, éthiques et religieux permettant de déterminer deux grands courants de pensée opposés en la matière. L'analyse des fondements de ces courants permet d'avancer des arguments en faveur du développement des soins palliatifs et de la sédation contrôlée dans les cas extrêmes.

TITRE EN ANGLAIS : Euthanasia : Actuals Practices and Alternatives

THESE : MEDECINE GENERALE 2001

MOTS CLEFS : Euthanasie – Soins Palliatifs – Sédation

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 – VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
