

« Il est temps que la médecine assume l'intention de mort »

Cardiologue et médecin de santé publique, Véronique Fournier dirige depuis sa création, en 2003, le Centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin (Paris), où une équipe pluridisciplinaire s'efforce de démêler les dilemmes moraux que posent certaines décisions médicales. Dans son prochain ouvrage, *Puisqu'il faut bien mourir* (à paraître en mai aux éditions La Découverte), elle relate la manière dont ces cas singuliers ont fait évoluer sa réflexion.

Après plus de dix ans d'expérience au Centre d'éthique clinique, que pensez-vous du débat actuel sur la dépénalisation de l'euthanasie ?

Je pense que les gens se braquent sur ce mot d'euthanasie, alors que ce n'est pas le sujet. La question, c'est : comment peut-on aider cette personne à mourir au mieux quand il apparaît que c'est le moment qu'elle meure ? Grâce à ses progrès, la médecine a brouillé les frontières entre la vie et la mort. Elle est devenue si efficace que, bien souvent, on ne meurt plus... ou si tard. Du coup, on est obligé de décider du moment où l'on va laisser la mort survenir, voire déclencher le fait qu'elle survienne. Il y a de plus en plus de situations concrètes dans lesquelles on est confronté à cette réalité.

Qui sont les personnes les plus concernées par cette décision ?

Les personnes âgées et dépendantes, celles qui ne souffrent pas vraiment d'une maladie mais d'une usure généralisée – soit physique, soit mentale, soit les deux réunies. Beaucoup vivent en maison de retraite, les fameux Ehpad [établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes]. Elles y sont plus ou moins entrées pour attendre la mort, mais la mort, dans ces

circonstances très encadrées, peut mettre des années et des années avant de survenir. Il faut alors se demander : quand arrête-t-on d'envoyer ces personnes âgées à l'hôpital ? Faut-il continuer de les soigner intensément pour la moindre surinfection bronchique, ou une autre complication ? Et qui en décide ? C'est très compliqué. Mais c'est précisément ce à quoi il est important de réfléchir : à quel moment déclenche-t-on la toute fin de vie pour ces personnes ?

La loi Leonetti, dites-vous, a rendu l'aide à mourir plus difficile pour les médecins. Pourquoi ?

Pour ceux de ma génération, il était interdit de tuer, bien sûr, mais cela faisait partie de l'honneur de la médecine de pouvoir, de temps à autre, transgresser cet interdit s'il nous semblait que c'était la moins mauvaise des solutions pour nos patients. La loi Leonetti est la première à encadrer l'accompagnement de la fin de vie. Ce faisant, elle a implicitement interdit l'euthanasie. Ce qui était jusqu'alors une question éthique est ainsi devenu pour nous une question légale. Résultat : il y a moins d'acharnement thérapeutique, le malade est sédaté, il ne semble pas souffrir... mais il ne meurt pas. Ou du moins il n'en finit pas de mourir, pour qu'on ne puisse pas dire que la médecine a hâté les choses.

La sédation profonde et continue prévue par la proposition de loi Claeys-Leonetti peut-elle constituer une forme d'euthanasie masquée ?

On ne meurt pas de sédation, fût-elle profonde et continue. Une fois que la bonne dose a été trouvée pour que la personne dorme, elle dort. Et elle peut continuer de dormir pendant des semaines. On peut bien sûr décider d'augmenter les doses, mais

c'est alors considéré comme une décision euthanasique et donc illégale. C'est là tout le problème, dans la loi Leonetti : en faisant une distinction nette entre le « laisser mourir » et le « faire mourir », elle continue à condamner tout acte qui pourrait précipiter la mort. Il est grand temps que la médecine assume l'intention de mort. Assume de décider, à un moment donné, que le moindre mal pour cette personne est qu'elle meure, et de faire en sorte qu'elle meure le mieux possible.

Vous prônez donc une sorte d'euthanasie palliative, qui viendrait prolonger les soins palliatifs ?

C'est en tout cas la demande qu'on voit monter dans le corps social. L'euthanasie classique, c'est la mort quasi immédiate au bout de la seringue : c'est très violent. Ce que beaucoup de gens demandent, une fois la décision prise, qu'ils sont au bout du bout et qu'il est temps de mourir, c'est que la mort soit assumée, mais qu'elle vienne en douceur. Pour cela, on peut mettre en place une perfusion qui va engendrer la mort en quelques jours ou plus, selon les souhaits du malade ou de ses proches. C'est beaucoup moins brutal pour tout le monde, et pendant ces quelques jours la médecine accompagne par des soins palliatifs. C'est cela que j'appelle l'euthanasie « palliative ». En Belgique, aux Pays-Bas, on n'a pas attendu la dépénalisation de l'euthanasie pour associer ces deux notions : cela fait partie de l'accompagnement palliatif que de construire la mort, et la faire advenir si nécessaire. Cette possibilité devrait être autorisée en France : il y aurait le temps de la décision, puis celui de sa mise en œuvre ; celle-ci pourrait durer quelques jours, pour laisser au social l'espace de se développer, et au médical celui de se retirer. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR C. V.