

[texte](#)

[article](#)

## **Euthanasie et sédation : de la maîtrise à la compréhension**

Désolidariser la demande d'euthanasie ou la sédation d'une réflexion globale sur la fin de vie conduit inéluctablement à un excès de simplification. Réduire cette réflexion, refuser d'entrer dans ses méandres, ses contradictions, ses implications historiques, sociales, morales, conduit rapidement à valider des attitudes contestables. L'objet de notre propos vise à présenter au médecin quelques bases permettant de mieux appréhender les problématiques de la fin de vie, selon une approche de médecine palliative. Introductif, à défaut de fournir des réponses définitives, il invite le lecteur à poursuivre sa réflexion.

Par: Michèle-Hélène Salamagne, Médecin, ancien responsable d'une unité de soins palliatifs / Sylvain Pourchet, Médecin (Paris), ancien responsable de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Paul Brousse (AP-HP) et du Diplôme Universitaire d'accompagnement et soins palliatifs de l'université Paris Sud /

Publié le : 17 juin 2003

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

## **Fichiers**

- [La lettre de l'Espace éthique/AP-HP n°9-10-11 \(2.2 Mo\)](#)

## **Poursuivre la réflexion**

*Texte extrait de La Lettre de l'Espace éthique n°9-10-11, "Fins de vie et pratiques soignantes". Ce numéro de la Lettre est disponible en intégralité en suivant le lien situé à la droite de la page.*

## **Affirmer la vie et respecter l'autonomie**

Aborder dans une même réflexion les questions extrêmes que constituent la sédation et l'euthanasie représente un risque. Les deux sujets traités ensemble, proches par les situations qui les impliquent, peuvent en effet conduire à l'amalgame.

L'euthanasie en tant que telle est une problématique sociale. Le médecin se voit adresser une demande d'euthanasie. Son art doit le conduire à en comprendre les motivations. La sédation est quant à elle une technique médicale relevant de compétences professionnelles pour en garantir un usage adapté et sûr.

Désolidariser la demande d'euthanasie ou la sédation d'une réflexion globale sur la fin de vie conduit inéluctablement à un excès de simplification. Réduire cette réflexion, refuser d'entrer dans ses méandres, ses contradictions, ses implications historiques, sociales, morales, conduit rapidement à valider des attitudes contestables.

L'objet de notre propos vise à présenter au médecin quelques bases permettant de mieux appréhender les problématiques de la fin de vie, selon une approche de médecine palliative. Introductif, à défaut de fournir des réponses définitives, il invite le lecteur à poursuivre sa réflexion.

Les soins palliatifs sont, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des soins actifs complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. Leur but est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les patients et leur famille. Ils affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal qu'ils ne hâtent ni ne retardent :

- ils offrent un soutien qui aide les malades à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort : soulagement de la douleur et des symptômes pénibles, prise en compte des aspects psychologiques, spirituels et sociaux dans les soins ;
- ils aident la famille pendant la maladie du patient et le deuil (OMS, rapport d'un comité d'expert : "Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs", éditions de l'OMS, Genève, 1990) ;

La spécificité de la prise en charge de chaque patient en fin de vie, met le médecin dans la difficulté de décider en dehors de normes préétablies. L'éthique clinique constitue une aide qui permet de dégager de la situation particulière les éléments qui, intégrés aux règles de bonne pratique, favoriseront sa résolution. Elle fait partie intégrante du raisonnement médical 2.

Sur la base de principes éthiques généraux - bienfaisance, non-malfaisance, justice, autonomie -, se dégagent classiquement deux grands modèles de la relation médecin-malade. Le modèle paternaliste : protéger la personne vulnérable en se substituant à sa capacité de décision, jugée défaillante ; le modèle autonomiste : respecter la liberté du malade qui prend alors toutes les décisions le concernant 3.

Notre société nous confronte à une information plurielle, à plus de consommation, à la

contestation des savoirs et des pouvoirs institutionnels, au pluralisme politique, religieux, philosophique. La médecine, toujours plus efficace, fait aujourd'hui courir des risques que seul le patient peut décider de prendre pour lui-même. Ces tendances nous font sortir du modèle paternaliste. Allons-nous pour autant vers un modèle autonomiste pur, qui laisserait chaque patient faire prévaloir ses préférences singulières, même si elles sont dangereuses pour lui ?

C'est au cœur de cette tension que se situent les décisions de sédation et le débat sur l'euthanasie.

## **Ce qu'une demande d'euthanasie exprime**

L'euthanasie, étymologiquement la "mort bonne", consiste à mettre fin à la vie d'un patient atteint d'une maladie incurable et évolutive, par compassion, de façon délibérée et active. On distingue l'euthanasie volontaire - requise ou acceptée par le patient - de l'euthanasie imposée - l'accord du sujet n'a pas été demandé ou obtenu. Les notions d'euthanasie active et passive devraient être délaissées, car elles sont source d'ambiguïté 4.

Quand la guérison ou la stabilisation de la maladie apparaissent comme un espoir vain, les soins palliatifs proposent d'interrompre ou de ne pas initier des mesures futiles, inutiles ou extraordinaires qui prolongent le processus du mourir 4. Il s'agit alors de favoriser le confort du malade, avec son accord, par tous les moyens proportionnés, susceptibles de diminuer ses souffrances. Ces mesures permettent au patient de mourir. À l'inverse, l'acte euthanasique ne permet pas à la mort d'intervenir en son temps. Il met fin à la vie.

Cette distinction met en relief les notions de causalité et d'intentionnalité. Dans une logique palliative, c'est l'évolution de la maladie qui est cause de la mort ; dans le cas de l'euthanasie, c'est l'agent létal. Dans la première démarche, on accepte l'idée que certains médicaments prescrits dans le seul but de soulager puissent avoir une incidence sur l'évolution fatale, puisque l'objectif du soin est le confort et non plus la durée de vie ; dans l'autre, il y a intention de donner la mort.

Légalement, l'euthanasie est assimilée à un homicide. Elle expose aux poursuites prévues par le code pénal. Aux termes du code de la Santé Publique, du code de déontologie médicale (art. 38) 5, du Serment d'Hippocrate, il est interdit au médecin de provoquer délibérément la mort. Le médecin est "au service de l'individu et de la santé publique" (code de déontologie médicale, art. 2). Les prérogatives que la société lui concède, tels que le colloque singulier, le secret médical, etc., s'exercent en contrepartie de l'observance de la loi.

Les demandes d'euthanasie s'inscrivent dans une situation de souffrance en impasse. C'est l'appel à l'aide d'un sujet "affronté à la mort dans son désir de vie" qu'il faut entendre 6. La formulation par les malades, les proches ou les soignants est souvent ambiguë : « faire le nécessaire », « faire une piqûre », « s'endormir et ne pas se réveiller », « vouloir mourir », voire provocatrice « tuez-moi, je gêne ! » ?

Ces sollicitations se construisent autour de quatre grands axes 4 :

- la compassion : il existe une souffrance physique, une situation d'acharnement thérapeutique. La vie est devenue intolérable, "laisser souffrir est inhumain".

Remarquons la confusion entre faire disparaître la souffrance et faire disparaître le souffrant ;

- le « droit à mourir » : c'est l'application du principe d'autonomie et du refus de la dépendance : la vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Notons ici également une confusion entre la « liberté » de choisir sa mort qui est reconnue à tout individu, et un « droit » qui n'existe ni socialement, ni légalement, ni éthiquement ;
- l'eugénisme : c'est l'élimination des personnes physiquement ou mentalement inadaptées au modèle social. Il s'agit d'une théorie utilitariste qui fut assez populaire jusqu'aux conséquences de son application dans l'Allemagne nazie ;
- la nécessité économique : l'agonie coûte cher. Supprimer le temps de l'agonie permettrait de redistribuer l'argent vers d'autres secteurs.

Le premier médicament administré au patient est le médecin lui-même 7 ! Entendre cette demande en s'asseyant 8, pour en signifier la gravité, la recevoir sans l'interpréter, sans vouloir en débattre, sans préparer une argumentation, constitue le premier temps du soin. Il s'agit de l'étape nécessaire aux soignants pour comprendre la complexité de la situation qui a conduit à la demande.

Une fois la parole « accueillie », vient l'écoute orientée. Il existe une différence entre vouloir mourir et demander l'euthanasie, entre « je souhaite mourir », « laissez moi mourir » et « faites moi mourir 9 ».

« Faire ce qu'il faut », « vous n'allez pas le laisser souffrir », « s'il mourait ce serait une délivrance », « faire quelque chose », sont autant de propos à élucider sur le champ, avec leur auteur. « Que voulez-vous dire par-là ? », « Qu'est-ce que cela signifie pour vous ? ». La réponse est souvent loin de l'anticipation que le médecin avait déjà élaborée.

Les situations qui conduisent aux demandes d'euthanasie sont à rechercher comme autant de possibilités d'intervention : adapter un traitement antalgique devant une douleur, s'abstenir de nouvelles investigations face à un épuisement, prendre en charge une famille dans une situation inextricable. Plus cette recherche est minutieuse et attentive, plus la transformation de la situation est accessible 10.

## **Se prémunir d'une dictature de la souffrance**

La maladie constitue une blessure narcissique. Pour s'adapter à une nouvelle situation telle qu'une aggravation ou un arrêt des traitements curatifs, le patient met en place des mécanismes de défense plus ou moins fonctionnels : dénégation, maîtrise, déplacement, rites obsessionnels, régression, sublimation 11, etc.

Les projections agressives cherchent à impliquer autrui, en l'occurrence le médecin : l'acte de violence que constitue la demande d'euthanasie représente une tentative d'extraire sa souffrance en la projetant sur l'autre. En tant que tels, ces mécanismes d'adaptation sont à respecter. Mais s'ils se fixent, ils creusent bientôt l'écart entre la réalité de la situation médicale et ce qu'en dit le patient. C'est ce douloureux décalage ou clivage qui conduit à la rupture, c'est-à-dire à la demande d'euthanasie.

L'interdit permet de confronter ces fantasmes à la réalité. Les limites protègent le patient de l'illusion et le médecin de devenir victime d'une dictature de la souffrance.

L'ambivalence, coexistence d'un désir de mort et d'un désir de vie, est un vecteur d'équilibre entre l'acceptation et le déni. Par une écoute rassurante, structurée, non projective, renvoyant l'autre à ses contradictions, le médecin permet aux uns et aux autres de dynamiser une démarche d'adaptation.

Ils doivent porter leur peine, leur propre ambivalence et leur angoisse de mort réactivée. La projection ? « si c'était moi ? » - représente un mécanisme de défense pouvant conduire à une demande d'euthanasie car elle confond les souffrances : ne pouvant être affrontée, la peur de l'agonie pense se résoudre dans l'exclusion du souffrant, niant son autorité et lui refusant toute confiance dans sa capacité d'adaptation. La relation impossible dans laquelle le proche s'est alors piégé, construit son incapacité ultérieure à se reconnaître sujet digne, s'il se trouve en pareille situation. Il assimile l'idée angoissante qu'une maladie ne manque pas de s'achever dans l'abandon.

D'autres réactions sont repérables. Culpabilité : « je ne peux le laisser dans cet état » ; lassitude : « ça a assez duré comme ça » ; deuil anticipé : « pour moi, c'est comme s'il n'était plus là » ; agressivité 11.

Le travail du médecin vise alors à comprendre qui souffre dans cette situation. Le passage à l'acte ne répondrait ni à un désir du patient, ni au besoin de soutien que les proches manifestent à travers la demande d'euthanasie. Il condamnerait ces derniers à assumer la responsabilité de la mort d'un des leurs.

Au-delà de son engagement auprès du patient, le médecin a un rôle fondamental à jouer dans la prévention du deuil compliqué des proches.

Parvenir à une ?hospitalité intérieure? 12 de la souffrance de l'autre, nécessite un fort travail personnel, une puissante préparation.

Cette rencontre confronte le médecin à ses propres expériences de souffrance, y compris celle des deuils répétés auxquels sa position de soignant l'expose. Elle le confronte à sa peur de la mort.

Placé dans une situation d'impuissance, là où il a une habitude de la maîtrise, le médecin peut se sentir agressé, mis en accusation : il se rend coupable de ne pas pouvoir faire plus, d'être à l'origine de la demande par l'annonce du diagnostic.

Ses réactions de défense - agressivité, impatience, mensonge, fausse réassurance, fuite en avant, évitement, rationalisation, banalisation, dérision -, empêchent le dialogue et induisent des souffrances plus insolubles encore. Sortir de l'impasse par l'identification projective conduit à des décisions prises dans ?l'intérêt du patient? qui exposent en fait à des retours violents.

Sans travail personnel, sans lieu pour réaliser et distancier ses propres conflits, la souffrance du médecin entre en résonance avec celle du patient et conduit à des situations émotionnelles insupportables. L'équilibre entre désir et interdit de tuer est rompu, conduisant à la perte de repères salutaires.

## **Le jeu complexe des influences**

Les justifications de l'euthanasie par le principe d'autonomie font peu de cas de la situation d'interdépendance inhérente à toute vie sociale. Plus encore, ignorant la spécificité de la situation de dépendance et de vulnérabilité dans laquelle se trouve le grand malade<sup>13</sup>, elles posent une autonomie de fait là où il n'existe qu'une autonomisation à construire, par la relation. De quelle autonomie dispose donc le patient soumis à l'influence de sa famille, de ses proches, aux préférences de ses soignants ?

Tous vivent dans une société idéalisant de façon prosélyte les valeurs de maîtrise de soi, de non lâcher prise, de bonne santé. N'y a-t-il pas un « suprême paradoxe : on rejette quelqu'un de la communauté des vivants, et il pense vouloir personnellement sa mort<sup>14</sup> » ?

L'affirmation du patient : « ma vie ne vaut plus la peine d'être vécue » peut s'entendre comme une question angoissée qu'il nous adresse : « à tes yeux, à toi qui en est le témoin, la fin de ma vie garde-t-elle une valeur, vaut-elle la peine d'être vécue ? Ai-je conservé, malgré les transformations physiques, ma qualité de personne et ai-je encore une identité à advenir dans le processus même de la mort ? [?] Répondre par la négative, c'est faire mourir le patient deux fois : symboliquement et réellement. [?] On tue le sentiment d'identité puis la personne elle-même<sup>15</sup>. »

Quelle est la place de la mort dans les études médicales sinon celle d'un échec ? La mort, transgression disqualifiante de la loi médicale est source d'exclusion du groupe, au moment précis où la réassurance des pairs est recherchée.

Le médecin, instruit dans un fonctionnement uniquement intellectuel, ne sait pas comment prendre en compte dans son schéma décisionnel, les influences de sa subjectivité, de son individualité et de ses émotions. Sans autre référence que la stratégie du guérir, il n'a pas la possibilité de s'identifier à d'autres modèles. Donner la mort peut apparaître comme la réponse médicale à la souffrance.

Avec quelle définition de sa mission, quels concepts éthiques, philosophiques, sociaux, spirituels ou religieux le médecin aborde-t-il la question du soin, de la place de la vie ? S'accorde-t-il le droit de donner la mort, lui qui, comme tout humain, en a la possibilité ? Accueillir une demande d'euthanasie oblige le médecin à une réflexion évolutive sur la mort depuis ses études jusqu'à la fin de sa carrière :

- apprendre à reconnaître la mort non comme un accident ou une maladie à guérir, mais bien comme un événement consubstantiel à l'existence. La tâche du médecin n'est pas de clore cette angoissante question de la mort en s'appropriant un pouvoir divin, ni d'être l'instrument d'une toute puissante autonomie du patient qui aurait remplacé la sienne.  
« La mort n'est pas sur le même plan que les autres ennemis contre lesquels l'humanité se mesure ; aussi insaisissable que le temps et plus invincible encore, la mort n'est jamais pour l'homme un adversaire [...] Le combat contre la mort est un affrontement sans partenaire et l'idée même de victoire ou de défaite n'est plus qu'une métaphore<sup>16</sup>. » La banalisation de l'euthanasie, qui cherche à faire de la mort une alternative thérapeutique, apparaît comme une pure défense, comme l'illusion pathétique de tuer la mort ;
- développer d'autres méthodes de raisonnement - confrontation à des référentiels différents, historiques, philosophiques, psychologiques, etc. -, de nouvelles compétences dans le soulagement des symptômes et l'accompagnement ;

- s'inquiéter des conséquences humaines qu'une reconnaissance de l'euthanasie médicalisée produirait ;  
On sait que la peur d'être tué peut persister, même quand la demande a été formulée. Réduire l'autre à l'expression de ses désirs, c'est le condamner au silence. Où pourra s'exprimer la parole de souffrance si ce n'est auprès du soignant ? Construire un tel système génère plus de souffrance encore et ne peut, à terme, qu'augmenter la violence des demandes ;
- s'inquiéter de ses conséquences sociales.  
Quelle relation se crée s'il n'est pas possible de parler de la mort au médecin sans crainte d'être euthanasié ?  
Quelle confiance pourrait s'instaurer vis-à-vis d'un corps soignant s'il existait une collusion entre son rôle, sa vocation de prendre soin et un pouvoir potentiel de vie et de mort sur l'autre ?  
Poser le non de l'homicide et, dans le même temps, l'assurance de la permanence des soins attentifs, fonde une relation de confiance, aide à la structuration du patient, reconnu dans sa valeur d'homme.

Apprendre à recevoir une demande d'euthanasie, à en comprendre les ressorts pour mieux y répondre constitue l'un des projets des soins palliatifs. Ni solution, ni alternative à l'euthanasie, l'approche palliative a pour objet d'aider les soignants à se réapproprier les valeurs qui fondent leur profession. Auprès du patient, elle restaure une dynamique intrinsèque, seule capable de construire du sens, de produire de l'espoir, c'est-à-dire de générer de la vie jusque dans ses contradictions.

Le soin ne peut avoir d'autre ambition et il relève de la mission des professionnels de la santé d'interpeller la société. À qui d'autre incomberait le respect de la loi et la sauvegarde des interdits ?

## **Sédation, identité et dignité de la personne**

La tendance à rapprocher euthanasie et sédation est inévitable. La sédation serait, pour certains, une forme socialement acceptable d'euthanasie : on "déconnecte" le patient de sa conscience en respectant l'interdit de l'homicide. Pour d'autres, évitant le passage à l'acte, ce serait le dernier rempart qui nous en préserve. Pourtant, ces questions de positionnement de la sédation par rapport à l'euthanasie semblent plus servir à figer la réflexion sur la sédation, par peur de la "pente glissante", qu'à l'enrichir.

Pour les soins palliatifs, il s'agit plutôt de penser librement la sédation, c'est-à-dire indépendamment de toute référence à l'euthanasie. La sédation n'est pas à proposer "en réaction" à l'euthanasie, mais comme un traitement présenté par un médecin à un patient, après une réflexion responsable et parce qu'il s'agit là du traitement le mieux adapté à la situation de ce patient. Nous nous référons donc à la sédation définie comme l'utilisation de moyens pharmacologiques altérant la conscience, dans le but de soulager un patient en situation de détresse incontrôlée. Il s'agit d'une décision médicale d'importance, puisque la sédation va priver le patient de sa capacité de communiquer donc de décider pour lui-même.

Il existe en fin de vie des situations extrêmes : douleur, dyspnée, nausée, états d'agitation, de détresse morale, psychologique, spirituelle, etc. La plupart sont accessibles à une prise en charge palliative. Certaines sont cependant, non pas difficiles à contrôler, mais réfractaires à

tout moyen thérapeutique. Sédation, représente alors la possibilité pour le médecin d'apporter un meilleur confort au patient. Ce faisant, il se maintient dans la mission du soin qui consiste à porter assistance au malade sans précipiter la mort ; le symptôme "soulagé", la maladie continue d'évoluer pour son propre compte et c'est elle qui est responsable du décès. La fréquence du recours à la sédation en soins palliatifs - entre 7 et 52 % - est impossible à préciser tant les résultats et les conditions de réalisation des études varient.

Il est impossible d'aboutir à des conseils de "bonne pratique" pour la sédation en soins palliatifs, en raison de la non-reproductibilité des protocoles utilisés par les différents auteurs.

Pour prendre une place en compétence, la sédation réalisée en soins palliatifs doit donc essentiellement s'appuyer sur les connaissances et l'expérience acquise en anesthésie :

- quel type de sédation désire-t-on induire ? : analgésie, anxiolyse, hypnose, traitement (états de mal épileptiques?) ? Doit-elle être légère, profonde ? S'agira-t-il d'une sédation terminale ou décide-t-on de "réveiller" le patient après un temps défini ?
- comment choisit-on une drogue (benzodiazépine, neuroleptique, morphiniques, anesthésiques intra-veineux ou volatils, etc.) : ses indications, ses effets attendus, ses effets secondaires ? Notons que certains médicaments n'ont pas d'autorisation d'utilisation en dehors du milieu de réanimation ;
- comment, en pratique, se déroule l'administration des sédatifs ? Quel matériel ? quelle voie ? dans quelle séquence ? A-t-on l'habitude de manipuler ces produits ?
- quelle surveillance établit-on ? : tolérance, surdosage ;
- comment évalue-t-on la profondeur de la sédation ? : les échelles ;
- comment réévalue-t-on son bien-fondé au cours du temps ?

Seul le souci de l'apaisement du patient conduit à une sédation dans une prise en charge palliative. Mais comment, au-delà de l'apparence paisible du patient, évaluer si la technique est réellement efficace ? La conscience est-elle altérée au point que le trouble ayant justifié la sédation n'est plus perçu ? Le malade n'est-il pas condamné à une situation pire encore ? Des données éparses, certes recueillies lors de circonstances différentes de la fin de vie, peuvent nous aider à avancer, en identifiant la possible persistance d'un vécu au cours d'une altération de la conscience.

En psychiatrie, la possibilité d'une élaboration psychique était conservée pendant les cures de sommeil : il ne s'agit pas là de juger de l'efficacité de cette technique. Au cours de comas, certains auteurs ont conclu à la continuité des processus inconscients. Enfin, des troubles psychiques rencontrés dans les situations de coma ou de post-coma semblent indiquer un fonctionnement mental spécifique à cette période.

Pendant l'anesthésie, et même s'il s'agit de témoignages minoritaires, des souvenirs explicites sont possibles. Il sont plus fréquents avec les sédations légères qu'avec les anesthésies profondes.

Enfin, selon le type de drogue utilisée, on peut mettre en évidence des atteintes sélectives de la mémoire - à différents niveaux du processus de mémorisation ou de remémoration - : la sédation permet-elle au malade de ne pas acquérir l'information ou simplement de ne pas se souvenir de son acquisition ?

Ces éléments posent la question de la place du médecin auprès des patients sédatisés et des moyens nécessaires au développement ou au maintien d'une forme de communication. Cet



effort d'invention nous apparaît logique dès lors que l'on reconnaît au patient son statut d'humain, avec là où il se trouve, son identité et sa dignité.

## **Poser des limites face aux dérives**

Les situations de souffrance, auxquelles certaines fins de vie confrontent les soignants, peuvent conduire à une dérive dans l'utilisation de la sédation : détournement de médicaments prescrits dans une indication précise - benzodiazépines contre l'anxiété, par exemple -, augmentation injustifiée des posologies - escalade des morphiniques alors que la douleur est contrôlée.

Parfois il n'existe ni réflexion sur le geste, ni véritable choix d'une sédation ou d'une euthanasie. C'est l'impérieuse nécessité d'agir, comme dernière réassurance face au sentiment d'être dépassé, qui conduit à une moindre vigilance éthique et thérapeutique, à l'accord tacite d'une transgression qu'on espère libératrice.

Sous le poids de la détresse, les repères professionnels peuvent céder. Le médicament ne devient plus, dès lors, qu'un rempart symbolique, protégeant d'une confrontation qui met véritablement le soignant en péril.

La vigilance des soignants mais aussi l'aide de tiers - psychologue, éthicien, etc. -, détachés du soin, attentifs au vécu de l'équipe, est précieuse pour repérer ce qui constitue une limite à la responsabilité et à la compétence.

Entre besoins et limites, trouver une place pour la sédation en soins palliatifs, c'est identifier des objectifs précis :

- quelles situations sont justifiables d'une sédation ?

La sédation d'un patient dans une situation de détresse liée à des symptômes physiques est généralement admise. Elle est en revanche controversée quand il s'agit de souffrances morales, spirituelles ou religieuses. La complexité peut également venir de situations où un symptôme est techniquement contrôlable, mais où le patient refuse l'intervention : une douleur résistante aux antalgiques accessible à un bloc nerveux ;

- quels moyens diagnostiques et thérapeutiques s'est-on donné avant d'affirmer le caractère réfractaire d'un symptôme ? Comment développer une surveillance efficace pour éviter des situations de sédation abusive ?

- quels outils employer pour évaluer la douleur et les autres symptômes sous sédation ?

- quelle est l'intention qui conduit à une sédation : apaiser le patient, apaiser l'équipe, apaiser la famille, accélérer la mort ? Certains répondent à cette question par le principe du double effet, négligeant les critiques psychologiques et éthiques qu'on peut énoncer. C'est dans l'affirmation et le développement de la sédation, en tant que compétence médicale - formation, évaluation, recherche, etc., que cette technique peut devenir, sans autre ambition, un outil au service du patient en fin de vie.

L'évolution de notre société conduit à une éviction progressive de la mort du quotidien. Le

milieu médical, relayant le jeu social, loin de proposer une attitude cohérente de la prise en charge de la fin de vie, a parfois poursuivi le même mouvement de déni. Certaines portes de chambres se sont fermées sur des patients recevant des cocktails lytiques 18. L'euthanasie ne constitue pas alors une réponse médicale, mais le moyen - parfois coupablement simpliste - de ne pas avoir à en trouver.

Il semble toujours hasardeux d'aborder la problématique complexe de la fin de vie par la question ponctuelle : euthanasie et sédation. Pour des médecins, il y a tant à apprendre sur l'accompagnement, qu'on peut parfois se demander si l'euthanasie, voire la sédation, ne sont pas utiles pour bloquer une réflexion essentielle à l'amélioration immédiate des conditions de vie du plus grand nombre de patients en phase terminale. On pourrait y lire ce que Jacques Lacan nomme la forclusion, c'est-à-dire une opération de l'inconscient empêchant efficacement d'atteindre un but visé sincèrement.

Nous avons tenté de montrer comment une réflexion médicale pouvait se construire pour aborder les situations de demande d'euthanasie et de sédation. Dans le premier cas, nous sommes engagés à comprendre ce qui mène à la formulation, à construire un rapport d'altérité. Dans le second, il faut développer la maîtrise d'une technique, de ses indications et de ses limites.

Le médecin affirme son domaine de compétences en recevant et en accompagnant une demande d'euthanasie, en gérant une sédation. Refuser de pratiquer un homicide, au-delà du respect de l'individu et des règles qui régissent la vie en communauté, c'est renvoyer à la société les frontières de l'exercice médical. Ainsi, le médecin participe à la réflexion que chaque citoyen souhaite mener sur la façon dont il sera pris en charge à l'heure de sa mort.

## Références bibliographiques :

1. Pourchet S., Sédation et soins palliatifs, thèse de doctorat en médecine, Paris, Faculté de médecine Xavier Bichat, 1998.
2. Roy D.J., ?Ethics in palliative care?, in The Journal of Palliative Care, 1987, n° 3, pp. 3-5..
3. Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale, Paris, Ellipses, coll. Sciences Humaines et Médecine, 1996.
4. Wilkinson J., ?Ethical issues in Palliative Care?, in Doyle D., Hanks G.W., Mc Donald, The Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 499-504.
5. Code de déontologie médicale, décret n° 95-1000, 6 septembre 1995.
6. Malherbes J.F., Homicide et compassion : L'euthanasie en pratique clinique, Montréal, Mediaspaul, 1996.
7. Balint M., Le médecin, son malade et la maladie, Paris, Payot, 1970.
8. Schaerer R., ?Que faire en cas de demande d'euthanasie ??, in La Revue du praticien - Médecine générale, 1997, tome 11 ; n° 398, pp. 16-19.
9. Saunders C., ?Les demandes d'euthanasie?, in Saunders C., Soins palliatifs, une approche pluridisciplinaire, Paris, Lamarre-Edisem, 1994.
10. Sebag-Lanoë R., Mourir accompagné, Paris, Desclée de Brouwer, 1996.
11. Ruznievski M., Face à la maladie grave, Paris, Dunod, 1995.
12. Bellet M., L'écoute, Paris, Epi, 1989.
13. Foley K.M., ?Competent care for the dying instead of physician assisted suicide?, in The New England Journal of Medicine, 1997, vol. 336, 1, pp. 54-58.

14. Verspieren P., ?L?euthanasie : une porte ouverte ??, Études, 1992, n° 3761, pp. 63-74.
15. Goldenberg E., ?Mort, angoisse et communication?, JALMAV, 1991, n° 24, pp. 7-22.
16. Jankelevitch V., La Mort, Paris, Flammarion, 1977.
17. Roy D.J., ?Euthanasia - taking a stand?, The Journal of Palliative Care, 1990, 6 ; 1, pp. 3-5.
18. Verspieren P., ?Sur la pente de l?euthanasie ??, Etudes, 1984, n° 3601, pp. 43-54.
19. Pourriat J. L., Actualités en réanimation et Urgence. La sédation en réanimation, Société de réanimation de langue française, Paris, Arnette, 1992
20. Mallet D., La demande d?euthanasie : parole à l?autre, Mémoire, Diplôme universitaire d?éthique de la santé, faculté libre de médecine, Lille ,1996.
21. Salamagne M.H., Hirsch E., Accompagner jusqu?au bout de la vie, Paris, Cerf, 1993.

- [Page precedente](#)
- [Page 1/6](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire