

« Témoignage d'une euthanasie »

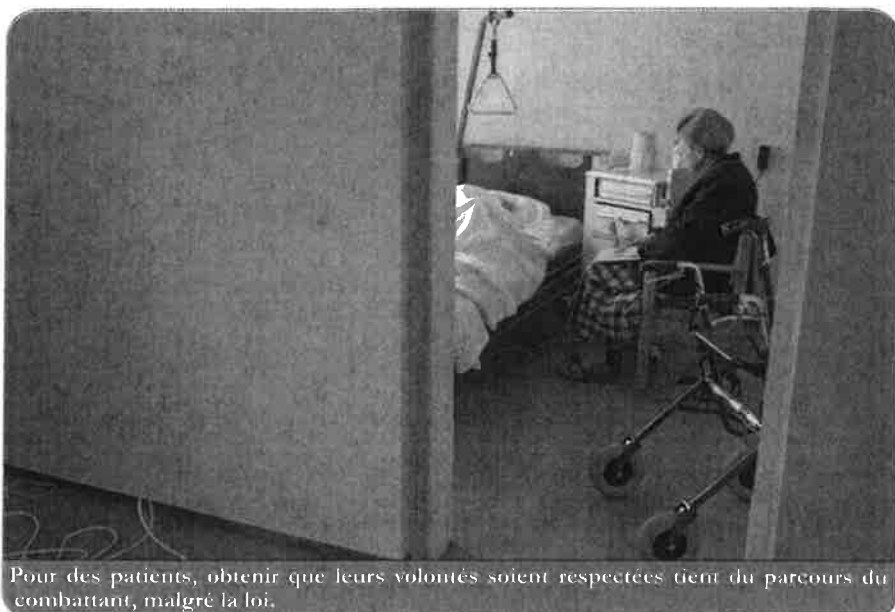
Publié dans l'édition du Soir du 13/06/2017

Le médecin de ce patient est resté sourd à ses demandes explicites d'euthanasie. La justice oblige le praticien à adresser son patient à un confrère, s'il refuse d'accéder à son désir¹.

Micheline Lambrecht a accompagné son ami Mathieu (nom d'emprunt), qui a lutté cinq ans contre le cancer avant de décéder, il y a quelques jours. S'il a suivi tous les traitements proposés, Mathieu n'a jamais varié quant à l'attitude qu'il demandait que les médecins aient si et quand la maladie gagnait la bataille. Il voulait bénéficier d'un geste d'euthanasie. Ce désir, il l'a répété à tous les médecins qui, successivement, se sont occupé de lui, sans, semble-t-il, rencontrer de refus de principe. Mais quand il a préféré mourir

chez lui plutôt que dans une chambre d'hôpital, sa demande s'est évaporée face au déni d'un généraliste qui n'a jamais accédé à sa demande, tout en augmentant les doses de morphine pour desserrer un peu les crocs de la douleur. Une morphine qui a fini par tuer Mathieu, une nuit, alors qu'il était seul, « dans l'angoisse, la révolte, le désarroi » et « sans être préparé à cette heure dernière ». Sans avoir pu dire adieu à sa famille et ses amis. Sans avoir pu choisir le jour et l'heure. Sans bénéficier de produits qui endorment le plus sereinement possible avant d'arrêter l'horloge de la vie. Sans bénéficier de la loi qui accorde à tout patient placé dans la situation de Mathieu, atteint d'une maladie incurable et d'une douleur inapaisable, le droit de mourir dans la dignité.

Mathieu a été victime d'une « euthanasie par défaut ». Il fait partie des cas pourtant prévus par la



Pour des patients, obtenir que leurs volontés soient respectées tient du parcours du combattant, malgré la loi.

©Henk Braam-Hollandse Hoogte.

loi mais où, dans la réalité, les choses ne se passent pas comme le législateur l'a prévu. Ils sont sans doute des centaines à connaître le même sort, à la maison, à l'hôpital, à la maison de repos. Aucune statistique n'existe évidemment de ces patients qui demandent de plein droit un geste de libération et qui s'en voient détournés. Parce que leur médecin est éthiquement contre, ce qui est son droit, mais sans qu'il adresse son patient à un autre praticien, ce qu'il a l'obligation de faire ? Par peur de la déclaration obligatoire ou de la justice ? Nul ne peut le deviner. Aujourd'hui, le Soir publie ce témoignage poignant. Sans souci de revanche : Micheline Lambrecht ne veut poursuivre ni le médecin qui a soigné son ami, ni l'infirmier qui l'a accompagné lors de ses derniers jours. Mais elle veut que les pratiques changent, pour « éviter à d'autres patients d'éviter une mort atroce ».

¹ NDLR: Le médecin n'est jamais obligé de pratiquer une euthanasie. S'il refuse, il est tenu d'en faire part au patient et de transmettre le dossier à un autre médecin que le patient désigne.

Témoignage: une euthanasie par morphine imposée?

L'auteur de ce texte déclare sur l'honneur que tous les éléments relatés sont strictement conformes à ce qui s'est passé et qu'ils pourront être confirmés par tout témoin honnête et courageux.

Ceci s'est passé à votre domicile, dans une commune du Brabant flamand. Reprenons les antécédents. On a découvert votre cancer fin 2012. Vous avez courageusement enduré tous les traitements proposés. Très vite, vous avez déclaré, à l'oncologue de l'hôpital universitaire que, lorsque vous sentirez être arrivé au bout de vos forces, vous souhaitez recourir à l'euthanasie légale. Un formulaire adéquat a même été rempli à cette fin.

En septembre 2016, ce spécialiste a dû se rendre à l'évidence, les traitements n'étaient plus efficaces et une approche plus agressive ne pouvait que porter atteinte davantage à votre état de santé. On se limiterait dès lors à des soins de confort.

Une promesse de « fin rapide »

A l'étonnement des médecins spécialistes eux-mêmes, avec bien sûr des inconvénients lourds liés à votre maladie et un besoin grandissant de repos, vous alliez votre petit bonhomme de chemin, car votre envie de vivre était grande et vous étiez curieux de tout. Sans discontinuer pour ainsi dire, vous vous rendiez chaque semaine chez des amis pour quelques jours, dans une voiture ordinaire, à Bruxelles, question de soulager un peu vos proches.

En février 2017, pour assurer les soins de suivi, vous avez fait appel à l'association de soins palliatifs Omega. L'attitude des infirmières aura toujours été irréprochable. Dès le début, un infirmier entame un long échange avec vous. Vous lui dites clairement que, le moment venu, vous souhaitez recourir à l'euthanasie légale. Il vous rassure, il vous garantit qu'à ce moment, il

fera tout pour vous assurer une fin rapide. Ses mots vous apaisent. Une amie qui vous a assisté tout au long de vos traitements est un peu mal à l'aise, comme si elle pressentait que cet infirmier prenait son métier, sa « mission », un peu trop à cœur.

Plutôt choisir le domicile

Mars 2017, vous vous rendez au même hôpital universitaire pour voir comment procéder pour le recours à l'euthanasie légale. Non pour la demander dans l'immédiat, mais pour avoir toute l'information nécessaire. Il faut préparer un nouveau papier signé par deux médecins, ce qui ne sera pas difficile, on connaît votre cas. Le moment venu, vous prendrez rendez-vous pour dans... 15 jours, question que l'hôpital se procure tous les produits nécessaires. Vous arriverez alors, obligatoirement conscient et à même de répéter que vous désirez l'euthanasie légale... Il est temps de ne pas attendre la dernière minute de votre vie consciente ; il vous faut mourir les yeux grands ouverts. L'amie qui vous accompagne toujours, face au monde froid de l'hôpital, vous demande pourquoi ne pas mourir à votre domicile parmi les vôtres en douceur, avec bien sûr le recours à l'euthanasie légale, et vous optez pour cette approche. Elle le regrettera toujours.

En mars 2017 aussi, vous faites la connaissance de votre nouveau médecin de famille, et d'emblée, vous lui dites que le moment venu, vous souhaitez recourir à l'euthanasie légale. En mars toujours, l'infirmier vous « refile » des comprimés de morphine. Prescrits par qui ? Pas par le médecin traitant qui les juge trop puissants et vous conseille de n'en prendre que rarement, et en les coupant en deux.

Des doses de plus en plus fortes

Vous continuez votre petit bonhomme de chemin. Toujours avec des déplacements hebdomadaires à Bruxelles. Mais vous sentez que vous perdez davantage vos forces et en avril vous redemandez avec insistance à votre médecin de famille de prévoir les démarches en vue d'une euthanasie légale. Le samedi 15 avril, le kiné vous retourne un peu trop rapidement, et vous dit avoir vraisemblablement provoqué une déchirure près de l'omoplate. Douleur évidemment. Votre médecin augmente les doses de morphine qu'il avait commencé à vous donner en petite dose. Aucun effet. Un de vos amis médecins conseille de vous faire injecter une dose de novocaïne, ce qui se fait. La douleur passe.

Le lundi 17 avril, l'amie qui suit vos traitements vous demande si vous avez encore cette douleur près de l'omoplate. Non, répondez-vous, mais on me donne des doses de morphine plus fortes. Pourquoi ? « Pour mon cancer ». Ce lundi, vous envisagez encore de venir le mercredi 19 à Bruxelles, mais un peu sonné par la morphine, vous resterez finalement à la maison. Vous redemandez sans cesse à votre docteur de faire les formalités nécessaires pour l'euthanasie légale. Il se fait prier, il dit avoir peut-être obtenu l'accord d'un deuxième médecin.

L'angoisse ne le quitte plus

Pendant ce temps, ce médecin continue à augmenter encore les doses de morphine. Pourquoi ? Il n'y avait pas d'urgence, la douleur au dos avait disparu. Pour le reste, rien n'avait pour ainsi dire changé. Le médecin voulait-il à sa manière répondre à ce qu'il croyait être un désir d'en finir au plus vite, lorsque vous demandiez l'euthanasie légale ? C'est mal vous connaître, vous étiez angoissé et vous vouliez avoir la ga-

rantie d'une mort que vous souhaitiez, dans la sérénité et au moment que vous choisiriez. Certes vous n'en étiez pas loin de ce moment, mais vous aviez une si grande envie de vivre et depuis si longtemps vous montriez une telle détermination pour surmonter les inconvénients de votre état.

En plus, vous réagissez mal à la morphine. Depuis plusieurs jours, vous êtes extrêmement angoissé le soir et la nuit. Le médecin s'étonne de votre «résistance»: « On dirait qu'il lutte contre la morphine ». Ce médecin ne connaît-il pas les diverses réactions possibles à ce produit ? Quel est son but : vraiment vous faire passer ? En tout cas, il ne vous donne rien pour apaiser vos angoisses.

Alors que vous continuez votre petit bonhomme de chemin, encore à table le mercredi 19 avril pour le repas de midi, encore bien conscient avec cette vivacité d'esprit qu'on vous connaît, le médecin continue le soir à augmenter les doses de morphine. Agitation, angoisse ne vous quittent plus. Le jeudi matin, votre famille panique, accourt auprès de vous, frappée du spectacle de vos yeux révoltés, mais vous êtes encore conscient et très lucide à 17 heures. Le médecin s'entête encore dans l'augmentation des doses de morphine, mais il s'arrête le jeudi soir : il risquerait de prescrire un dosage excessif pour être encore dans la légalité.

Une pompe à morphine

On rappelle au médecin votre désir d'euthanasie légale. Il préconise le placement d'une pompe à... morphine, alors que vous y réagissez déjà si mal. Et ce jeudi 20 avril au soir, voici l'équipe d'Omega. Une infirmière fait mettre un lit d'hôpital dans le living, sans doute pour vous permettre de passer vos der-

niers jours au milieu des vôtres et pour faciliter les soins à venir. Mais l'infirmier refuse ce lit, il faut vous conduire – à noter, sur vos deux pieds – à votre lit, très bas, dans votre chambre. Savait-il cet infirmier que, très bientôt, vous n'auriez plus besoin de soins ?

La nuit du jeudi 20 au vendredi 21 avril a été atroce : vous étiez extrêmement angoissé, agité, désespéré. Vos proches ne savaient plus que faire. L'amie qui suivait vos traitements avait, à distance, une nuit horriblement agitée. A 1 h du matin le vendredi, dans son sommeil, elle vous a distinctement entendu l'appeler. Réveillée en sursaut, elle n'a pas osé se déplacer de crainte de gêner la famille, et malgré une impression confuse de la décision qui avait été prise par le médecin, elle n'imaginait pas que vous viviez vos derniers moments ; ce cri et votre angoisse de cette nuit horrible n'arrêtaient plus de la hanter.

On vous a donné un somnifère vers 4 heures et vous vous êtes apaisé. Vous êtes décédé le vendredi 21 à 13 heures. La morphine a fait son œuvre. A quel prix ! Qui a fixé le dosage de la morphine dans la pompe pour qu'elle vous emporte tout à coup aussi radicalement ?

Mort dans l'angoisse et la révolte

Vous souhaitiez une euthanasie légale, afin de mourir sereinement et parmi vos proches, au moment choisi par vous. Mais, vous avez été achevé à la morphine, sans être prévenu et sans aucune assistance dans votre détresse. Et vous êtes mort dans l'angoisse, la révolte, le désarroi autour de vous et sans être préparé à cette heure dernière.

Et tout ceci, grâce à une belle coalition consciente ou non (espérons-le) de votre médecin qui a décidé de vous octroyer l'euthanasie par mor-

phine et du timing de son processus, et de l'infirmier qui a lui aussi décidé que le moment était venu, tenant ainsi sa «promesse» de vous aider à en finir vite.

Vous aviez assez répété votre souhait de recourir à l'euthanasie légale. Vous étiez trop confiant en l'être humain, comme toujours, et n'imaginiez pas que votre médecin et votre infirmier vous imposeraient une mort prématurée, sans vous en prévenir et sans vous assister dans ces derniers moments rendus si pénibles.

La Ministre de la Santé publique, Mme Maggie De Block a été mise au courant de ces faits. La Bourgmestre de la commune de résidence en a aussi été informée.

Espérons qu'à l'avenir, on obligera les médecins traitants qui, pour des raisons personnelles ne souhaitent pas pratiquer l'euthanasie légale, de le dire clairement à leur patient et de diriger celui-ci vers un confrère ou de lui conseiller de se faire hospitaliser à cette fin. Espérons que la déontologie médicale imposera au médecin de dialoguer avec son patient, tant qu'il est conscient, de manière à le laisser décider lui-même du type de décès souhaité ainsi que de son moment. Espérons que l'on ne permettra plus que des médecins plongent leur malade dans un tel état de détresse pendant plusieurs jours, sans répondre à leur angoisse. Espérons aussi que les infirmiers qui s'attellent à la noble et difficile tâche d'assister les malades incurables dans leurs derniers jours, soient cependant suivis avec soin afin d'éviter tout dérapage dans leur souci de soulager les souffrances de leur patient. Pour vous, il est hélas trop tard, mais espérons que votre angoisse et votre souffrance n'auront pas été inutiles, permettant à d'autres patients d'éviter une mort atroce analogue.

« Une torture inutile pour les patients »



© JM Quinier/Reporters

Jacqueline Herremans est Présidente de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité et est membre de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie qui vérifie chaque déclaration envoyée par les médecins après un geste d'euthanasie.

Ce témoignage confirme qu'il reste encore beaucoup de cas où la loi n'est pas appliquée, alors même que le patient n'a pas été confronté à un refus clair d'un médecin qui soit, par ignorance, soit par peur, élude la question.

Oui, malheureusement, ce n'est pas un cas isolé. Cela arrive dans des situations diverses, que la personne veuille bénéficier de ce geste à l'hôpital, en maison de repos ou même à la maison. Parfois, le délai pour recueillir l'avis d'un deuxième médecin est trop long, le patient perd conscience, on invoque le fait qu'on ne peut plus recueillir son avis, même s'il a répété sa demande auprès de son médecin traitant, de l'équipe médicale, de sa famille et l'on se tourne alors vers une sédation terminale. Ici, ce n'est même pas le cas : ce n'est ni une euthanasie, ni une sédation terminale. La morphine est destinée à lutter contre la douleur mais n'est ni un euthanasique, ni un sédatif. Et surtout, cela ne permet pas à la personne de partir dignement, après avoir parlé à ses proches, après avoir transmis ce qu'elle estime important. Ce n'est pas un départ apaisé, mais dans des conditions parfois terribles. La morphine, notamment, donne des hallucinations qui peuvent affecter lourdement les patients. Pour les proches aussi, cela rend le deuil plus difficile encore.

On n'emploie pas de morphine pour une euthanasie ?

Non. Sans entrer dans les détails, les recommandations indiquent plutôt d'employer des produits comme du Thiobarbital, soit un barbiturique suivi éventuellement d'un curare. On emploie parfois aussi du Dormicum, qui permet un certain endormissement et un apaisement du

malade quoique très souvent, le patient est très serein à l'approche de l'euthanasie, bien plus serein qu'il ne l'était au plus fort de ses souffrances et bien plus serein que ses proches qui doivent se préparer à la séparation. Pratiquer une euthanasie en augmentant les doses de morphine, est tout sauf une bonne idée ainsi que les protocoles mis au point aux Pays-Bas et en Belgique le rappellent.

N'est-ce pas une manière de mettre fin à la vie du patient en s'épargnant la procédure décrite par la loi, notamment l'obligation de déclaration ?

Sans doute y a-t-il de cela. Et aussi des médecins qui devraient invoquer clairement la clause de conscience mais qui ont moins de scrupules à augmenter la morphine jusqu'à la dose létale, se réfugiant derrière la règle du double effet : ils n'avaient pas l'intention d'abrégier la vie de leur patient mais ils ont lutté contre la douleur. Ou encore des médecins à l'attitude quelque peu paternaliste : ce n'est pas au patient à décider de sa propre mort. Je le répète : ce n'est pas garantir une mort digne au malade. Et trop de malades doivent répéter leur demande avec insistance auprès de divers intervenants. Un ami m'a confié récemment à quelques heures de son euthanasie qu'il ne serait sûr que le médecin y procéderait seulement quand il aurait l'injection. Cette incertitude, ce parcours du combattant sont une torture inutile pour les

patients. Même si l'on comprend que ce ne soit jamais un geste ni banal ni simple et qu'il faut saluer les médecins qui acceptent de s'engager dans une écoute respectueuse de leurs patients.

Peut-on chiffrer le nombre de cas d'euthanasies par défaut ?

Par définition, cela reste un chiffre inconnu. Il faudrait faire une étude sur toutes les décisions médicales en fin de vie, de l'arrêt de traitement à l'euthanasie, en passant par la lutte contre la douleur et la sédation. Tous les 5 ans, les Pays-Bas réalisent une telle étude, afin de mieux appréhender ces phénomènes. Certes des études existent en Flandre si ce n'est que le protocole présente un biais préjudiciable : est prise en considération non pas la définition légale belge mais une conception bien plus large de l'euthanasie, englobant toute décision médicale prise intentionnellement dans le but d'abrégier la vie. En ce sens, le cas décrit pourrait éventuellement être repris dans ce type d'étude comme une euthanasie pour laquelle le médecin n'aurait pas respecté l'obligation de déclaration !

■ Frédéric Soumois

Le Serment d'Hippocrate

Considération historique



D. Lossignol

Hippocrate (-460, -375 ou -351), considéré comme son seul auteur, même s'il se peut que le texte ait été modifié plus tard, a rédigé le Serment il y a plus de 2.500 ans. Pour certains historiens, cette paternité n'est pas définitivement établie mais cela est secondaire. Aristote (né en -384) dira de lui qu'il était le « Grand Hippocrate », médecin-philosophe et donc égal à un dieu (« *Iatros sophos isotheos* »), soulignant par là l'unité de la médecine et de la philosophie, unité qui cessera à l'époque romaine. Il est utile de savoir que la manière philosophique de penser le monde va largement contribuer au dépassement de la démarche empirique et à l'élaboration de la médecine en tant que savoir. L'influence des croyances et des superstitions sera de moins en moins prégnante, mais pour un temps seulement. Durant le Moyen Âge, et avec le christianisme comme référence, on assistera au retour de l'obscurantisme et la religion prendra le pouvoir sur la pensée rationnelle.

Le Corpus est essentiellement une compilation de textes dont certains ne sont manifestement pas de la main d'Hippocrate, mais très certainement de celle de disciples ou de successeurs, ce qui n'en ôte ni la portée ni la qualité. On pourrait le considérer comme un traité de médecine réunissant plusieurs auteurs, qui ne sont pas toujours d'accord entre eux, ce qui est encore le cas dans les ouvrages collectifs, d'autant plus que la rédaction des textes s'est faite sur plusieurs années voire décennies.

Le Serment

Le Serment est une production tardive dans l'ensemble du Corpus hippocratique et rend compte de la réflexion qui anime le médecin grec à propos de la pratique médicale de son temps. Il en existe différentes versions, conséquences de traductions plus ou moins heureuses. C'est celle de Littré qui est considérée comme la plus fiable et c'est sur celle-ci que s'appuie ce qui va suivre, reproduite dans l'ouvrage de Joly R. La version grecque est disponible dans plusieurs ouvrages dont celui de Edelstein L. – voir infra « Lectures conseillées ». Il a été adapté en fonction des lieux et des croyances si bien que les divinités auxquelles il est fait allusion en introduction ont été remplacées tantôt par le Christ, tantôt par Allah, ce qui indirectement en confirme la portée universelle

mais aussi le détournement de son sens premier. On gardera à l'esprit que l'interprétation du texte hippocratique dépendra évidemment de sa traduction, et que le choix des termes en orientera la lecture. C'est le propre de toute traduction mais il est nécessaire de le préciser.

Il n'est pas question d'évoquer les adaptations modernisées du texte qui ne font que dénaturer l'esprit original. Il convient de replacer le Serment dans son contexte historique, d'en percevoir les qualités intrinsèques, et ce qu'il peut encore nous enseigner. Toutefois, on ne sait pas s'il s'adresse à tous les médecins ou à une confrérie spécifique. Il est nécessaire de préciser qu'Hippocrate est proche des pythagoriciens dont les valeurs ne sont pas systématiquement celles qui ont cours dans la Grèce Antique, notamment en ce qui concerne la conception de la mort (qui est pour eux la manifestation de l'échec de la médecine) ou même les interventions chirurgicales (qui sont laissées aux « barbiers » et autres « ignorants empiriques »). Il n'en est pas moins un texte d'une grande valeur d'autant qu'il préconise une morale médicale à une époque où la médecine est surtout l'affaire de rebouteux et de charlatans. Maître incontesté de l'école de Cos, il défend une médecine moins empirique et se voulant plus rationnelle et moins esclave des faits, mais qui n'est pas encore scientifique au sens où nous l'entendons. Ce serait ridicule de reprocher cela à Hippocrate mais il faut toutefois le constater et ne pas l'oublier. Cela dit, réduire l'importance d'Hippocrate à son « Serment » et ramener ce dernier à un simple règlement de travail est une erreur grossière, autant historique que philosophique.

Le texte

Il s'agit d'un texte éthique comprenant neuf « articles organisés » tels les anneaux imbriqués ou entrelacés si chers à l'école pythagoricienne. La subdivision en « articles » est artificielle et l'est essentiellement pour des raisons didactiques, le texte original ne contenant aucune numérotation. Chaque article est apparié à un autre de sorte que l'article 9 est à mettre en relation avec le 1^{er}, le 8^e avec le second, etc. Il y a donc une dynamique intrinsèque dont l'apogée est l'article 5 qui exprime l'éthique globale de la pratique médicale « dans l'innocence et la pureté ». Si l'on omet le premier article qui évoque les dieux de l'Olympe (« Tous les dieux »), chacun des articles porte en lui des contingences éthiques qu'il ne faudrait pas mettre en retrait mais plutôt les comprendre

comme des sujets de réflexion. Ils concernent à chaque fois la bonne pratique et le respect de chacun, quelle que soit sa condition, ce qui est particulièrement interpellant quand on connaît la structure très hiérarchisée de la société grecque de l'époque. L'article 3 évoque une pratique dans l'intérêt du malade, en évacuant tout mal et toute injustice. Ce n'est rien d'autre que le respect de la personne même si l'autonomie n'est pas encore au centre des considérations morales à l'époque. Le patient n'a implicitement pas droit à la parole.

« Pharmakon » et « Phtorion »

C'est l'article 4 qui suscite le plus de questions puisqu'il prescrit de ne pas remettre de *poison* ni de *pessaire abortif*. Lu au premier degré, il s'agirait bien de l'interdit de toute aide à mourir, par suicide ou par euthanasie et de l'interdiction de l'avortement alors qu'en l'espèce, la nuance est bien plus subtile. Notons d'emblée que le terme grec *pharmakon* désigne autant *remède* que *poison* (et même *philtre magique*, *moyen (de réussir)*, *moyen de salut*, *teinture*) à l'instar du terme latin *potio* ou de l'anglais *drug*. Il y a une volonté d'évoquer non pas des contraires mais des directions opposées d'une même action, tout comme vie et mort dans le cadre de l'existence humaine. Il est intéressant de noter que selon les traductions, le terme prend un sens différent : poison, drogue mortelle (Ordre des médecins de Belgique), drogue homicide (Riquet et des Places, 1878), mais qu'en pratique, il est possible à l'époque de se procurer des substances, des plantes ou des racines aux vertus médicinales avérées ou supposées chez le Rhizotome (coupeur de racines) ou dans une Pharmacopole (ancêtre des officines). Les médecins n'ont pas l'exclusivité de la prescription mais en la codifiant, le Serment les responsabilise.

En ce qui concerne le pessaire abortif, si la femme ne peut en faire la demande, l'époux par contre en a le droit. Si cela n'est pas explicite dans le Serment, cela est clairement dit dans les écrits médicaux d'Hippocrate. Il existe d'ailleurs des conditions qui autorisent l'avortement, soit pour des questions médicales, soit pour des questions sociales, soit même pour des raisons esthétiques, la grossesse pouvant altérer le corps ! Si le médecin peut protéger la femme, il le fera dans le respect du Serment (« Je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice ») tout en tenant compte des recommandations des textes hippocratiques en matière de méthodes contraceptives, puisqu'elles existent ! Rappelons que *phtorion* se rapporte autant à l'acte (avortement) qu'à ce qui le déclenche (pessaire).

L'interdit inconditionnel du suicide et de l'euthanasie est une construction de loin postérieure au texte d'Hippocrate qui le vide de son sens. Le terme même d'euthanasie n'a pas la même signification qu'aujourd'hui et à l'époque, le concept de belle mort (*kalos thanatos*) existe bel et bien (en référence notamment à la mort d'Hector durant la guerre de Troie) mais sans en avoir la même base que celui de bonne mort (*eu thanatos*) bien qu'à l'époque la différence est subtile voire nulle puisque chacun aspire autant à l'une qu'à l'autre, c'est-à-dire une mort faite de gloire autant que de paix. Notons qu'Hippocrate ne parle ni de suicide ni d'euthanasie dans son Serment, mais qu'il existe suffisamment de preuves démontrant qu'à l'époque, des médecins fournissaient une assistance volontaire au suicide et pratiquaient l'euthanasie. De même, le fait de ne pas prescrire de « poison » à quiconque en fait la demande dépasse le cadre de la médecine, « quiconque » n'étant pas forcément une personne malade.

Face à une maladie incurable, le devoir du médecin sera de s'abstenir de toute intervention pouvant nuire au patient en le faisant souffrir ou espérer inutilement. La mort est une issue possible au même titre que la guérison mais face à l'inéluctable, il conviendra d'écarter les souffrances des malades et de diminuer la violence des maladies. Il s'agit de l'acceptation délibérée de la nécessité naturelle de connaître les limites de l'art en s'abstenant de faire le mal, la mort n'en étant pas un puisqu'elle survient de toute façon, et à la rigueur, il importe peu, moralement, qu'une aide soit ou non apportée par une tierce personne à celui qui a librement choisi cette issue, euthanasie et suicide étant à l'époque, interchangeables en tant que concepts.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'un texte de plus de vingt-cinq siècles ne peut éclairer l'ensemble des connaissances acquises ni les progrès accomplis et que le concept de bonne mort a évolué au cours du temps.

Traduction et détournement

Que dire finalement, d'une adaptation « modernisée » telle que celle proposée par le conseil de l'Ordre des Médecins en France qui évacue toute réflexion en supprimant les concepts et en indiquant seulement : « Je ne provoquerai jamais la mort délibérément », ce qui devient une généralité à distance de la pratique concrète. De plus, faut-il écrire cela pour empêcher un médecin d'agir et est-il nécessaire d'insister sur un point qui est a priori universel, un peu comme si sans cela, les médecins agiraient comme des criminels.

En le réécrivant, ce texte a perdu sa force et sa légitimité. L'accent a été placé sur certains fragments du texte en les érigeant en dogmes et en les vidant de la sorte de leur substance. Le fait d'avoir rédigé un serment modernisé est sans doute une des plus grande aberration en termes historiques et éthiques. On pourrait parler de vol intellectuel ou alors il lui faut une autre dénomination, laissant Hippocrate en paix, mais il s'agit là d'un autre débat.

Conclusion

Le Serment garde toute sa pertinence en matière d'éthique mais il ne faut pas lui faire dire ce qu'il ne dit pas et surtout ne pas l'utiliser à des fins idéologiques, et de manière incantatoire, comme entrave à la liberté de chacun de pouvoir choisir la manière de mourir. La médecine est moins responsable de la mort des malades que des circonstances dans lesquelles elle survient et c'est très certainement ce qu'Hippocrate nous a transmis.

■ Dominique Lossignol, *Médecin, ULB, UMONS*

Lectures conseillées

Edelstein L. *Ancient medicine*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London, 1994

Hippocrate. *L'Art de la médecine*. GF Flammarion, Paris, 1999

Joly R. *Hippocrate. Médecine grecque*. Idées, Gallimard, 1964

Lombard J. *Aristote et la médecine. Le fait et la cause*, L'Harmattan, 2004

Lombard J. *Ethique médicale et philosophie. L'apport de l'Antiquité*, L'Harmattan, Paris, 2009

Nutton V. *Médecine antique*, Les Belles Lettres, Paris, 2016, p76

Euthanasie et gériatrie : pas de dérive observée

Revue des cas au sein du Centre Hospitalier Régional de Namur de 2010 à 2016.

Évaluation de la perception par les équipes soignantes

« N'admettons jamais comme cause de ce que nous ne comprenons pas quelque chose que nous comprenons moins encore » a écrit un auteur sulfureux.

Il n'a pas tort car, notre XXI^e siècle le démontre à suffisance, grâce aux nouvelles technologies de l'information, bien de la désinformation peut allégrement circuler sur la question de la fin de vie.

Dès lors, ce travail documenté du centre hospitalier régional de Namur est le bienvenu.

Car il nous permet précisément de revenir aux neurones plutôt qu'aux hormones et aux faits plutôt qu'aux peurs. Et on le sait, « de toutes les émotions, la peur est la plus facile à capter » ... (Robert Badinter)

■ Benoît Van der Meerschen

La fin de vie a toujours été une pré-occupation des gériatres.

La législation belge permet depuis 2002 une réponse à certaines demandes de nos patients, selon des critères stricts associant pathologies médicales incurables et souffrances constantes et inapaisables.

C'est un soulagement car cela met un cadre à la démarche clinique mais c'est en même temps une source de questionnement. Quelles sont les limites ? Y a-t-il des dérives possibles ?

Étant responsable depuis 2010 du service de gériatrie de 60 lits au sein de l'hôpital public du bassin de soins namurois, la prise en charge de patients demandeurs d'une euthanasie est une réalité qu'il nous semble crucial de partager.

Nous avons récolté les données épidémiologiques et cliniques des euthanasies réalisées depuis ces six dernières années au sein de notre service, comparé ces données aux données récoltées par la commission et tenté d'enregistrer l'impact dans la pratique des équipes pluridisciplinaires de gériatrie au moyen d'un questionnaire simple.

Premier enseignement : par le relevé précis et la mise en perspective des euthanasies au sein de notre pra-

tique quotidienne, on peut constater que la problématique n'a provoqué aucune explosion du nombre des demandes, ce qui avait déjà été retenu dans d'autres publications mais jusqu'à présent peu documenté en Wallonie.

Ensuite, les dossiers des 11 patients ayant été hospitalisés de mars 2010 jusqu'à septembre 2016 et ayant subi une euthanasie ont été analysés et les constats suivants peuvent être opérés :

- Le taux de mortalité par euthanasie au sein du service de gériatrie est de 1,5 %, ce qui est moindre que le taux retrouvé dans la partie néerlandophone en 2013 mais correspond au taux enregistré au nord du pays en 2007.
- Tous ont été rédigé conformément à la loi, une demande écrite retrouvée dans le dossier archivé.
- Les affections retrouvées sont : néoplasie (4/11), artérite IV (3/11), démence (2/11), fibrose pulmonaire (1/11), insuffisance cardiaque terminale (1/11).
- La souffrance physique et/ou psychique est notifiée dans tous les cas.

De même, l'ensemble de l'équipe médicale a été interrogé au sujet de l'impact que ces pratiques auraient

pu avoir sur leur vécu de soignant au moyen d'un questionnaire simple (40 questionnaires soumis - 26 réponses).

Seulement 3 personnes sur 26 ont fait état du fait que la procédure a été vécue comme difficile à gérer.

En ce qui concerne l'euthanasie, de mon point de vue (et d'autres auteurs partagent cet avis), elle ne doit pas être rejetée chez les sujets âgés qui en font la demande, du simple fait de leur âge ou, parce qu'il serait normal qu'avec l'âge, on souffre.

Le respect de la personne se prolonge quels que soient son âge et sa condition physique ou psychique.

Non seulement, il est indispensable de garder la même écoute attentive des problèmes de nos patients âgés, de leur souffrance, et bien souvent cette écoute permet un soulagement sans nécessairement avoir recours à la pratique de l'euthanasie même si elle est évoquée.

Le relevé de la pratique de l'euthanasie au sein de nos unités ne montre d'ailleurs pas un accroissement du nombre d'euthanasies (en moyenne 2 demandes/an).

Il n'y a donc pas d'explosion, ni de signe de dérapage des demandes dans notre secteur d'activité.

Nous notons néanmoins que le temps de parole des intervenants de soins vis-à-vis de ces pratiques est probablement trop restreint puisqu'un tiers des personnes interrogées souhaite pouvoir en reparler. A travers cet état des lieux au sein d'une unité de soins de médecine gériatrique, il apparaît qu'il n'y a pas de raison d'avoir peur vis-à-vis d'une loi qui s'adresse à tous les citoyens belges, entre autres aussi aux plus fragiles d'entre eux.

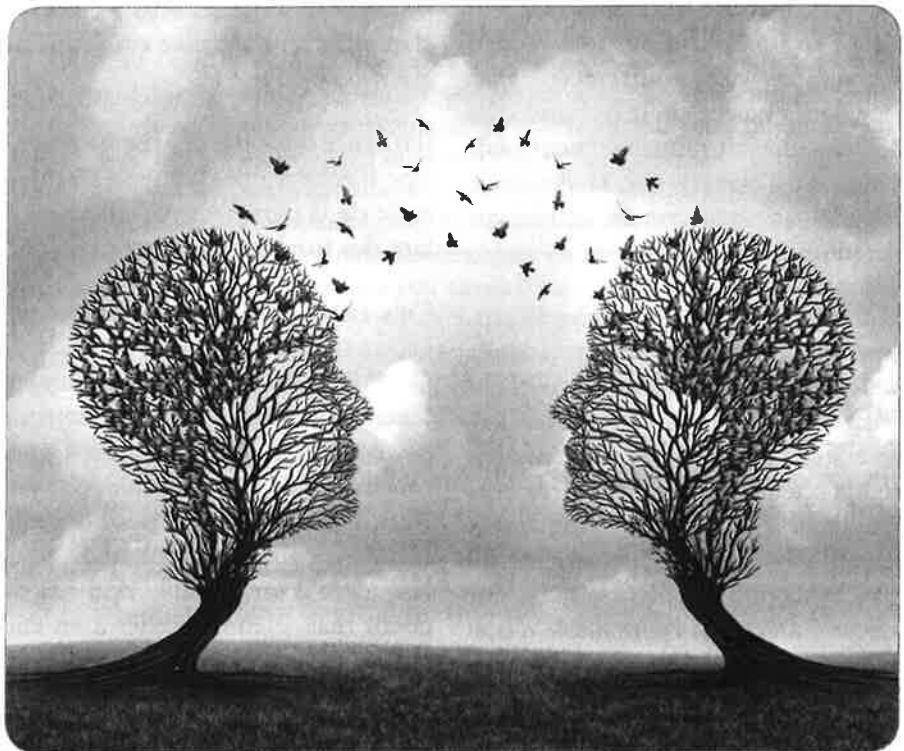
Il convient de rester attentif au maintien strict du cadre de ces pratiques et de développer un soutien aux équipes qui sont amenées à l'accompagnement des patients dans leur parcours de soins.

■ Dr Dominique Piette

*Chef de service de gériatrie
CHRVS, avenue Albert 1^{er} 285,
5000 Namur*

Psychiatrie et euthanasie : le grand malentendu

Chronique publiée sur le site du Journal du Médecin (19/06/2017)



Au mois d'avril, la prise de position de la Congrégation des Frères de la Charité concernant l'euthanasie a fait l'effet d'une bombe. Désormais, le mot euthanasie ne serait plus tabou dans les quelques 14 institutions psychiatriques gérées par elle (dont deux en Wallonie, à Dave et Manage).

Cette prise de position a été relayée par le magazine catholique flamand Tertio. Développée en 9 pages, elle figure in extenso sur le site internet www.broedersvanliefde.be. Certes, l'approche reste extrêmement prudente et restrictive et témoigne du conflit de valeurs qui hante ce débat : protection de la vie versus autonomie de la personne. Mais quel pas de géant par rapport à la

prise de position de 2006. En effet, à l'époque, il était conseillé, lorsque la demande d'euthanasie était persistante, de transférer le patient. En quelque sorte d'assumer une rupture dans la relation thérapeutique.

Une référence pour conduire cette réflexion est le travail effectué par l'Association néerlandaise pour la psychiatrie qui en 2009 a proposé des directives pour l'approche des demandes d'euthanasie de la part de patients atteints de troubles psychiatriques (http://steungroeppsychiaters.nl/wp-content/uploads/Richtlijn-hulp-bij-zelfdoding_NVvP-2009.pdf). Il est à noter que les Associations belges de psychiatrie ont également engagé cette réflexion.

En Belgique, les psychiatres ont été d'emblée concernés par la loi relative à l'euthanasie en ce sens que, dans l'hypothèse d'un décès non prévisible à brève échéance, le médecin traitant doit consulter deux médecins, dont l'un doit être spécialiste de la pathologie présentée par le patient ou psychiatre. Ce second médecin devra se prononcer sur le caractère inapaisable des souffrances ainsi que sur la qualité de la demande. Le législateur avait principalement pour souci de s'assurer que la demande d'euthanasie n'ait pas été causée par un moment de dépression.

Il a cependant fallu attendre le rapport 2006 de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie pour voir apparaître les premiers cas d'euthanasie pour des patients atteints de dépression majeure irréductible, résistants à tout traitement. Ces données ne susciteront pas beaucoup de débats. Mais une chose était claire : l'euthanasie n'était plus réservée qu'aux seuls patients atteints de maladies somatiques.

Pour s'en convaincre, il s'agit de se référer aux trois conditions fondamentales de la loi relative à l'euthanasie. Le patient compétent doit formuler une demande claire, de manière volontaire et réitérée, sans pression extérieure (1) alors qu'il exprime des souffrances physiques ou psychiques inapaisables (2) causées par une affection grave et incurable, d'ordre pathologique ou accidentel, sans issue médicale (3).

Un patient atteint par exemple de dépression profonde ou de schizophrénie perdrait-il automatiquement la capacité de prendre des décisions pour ce qui concerne sa propre vie, sa mort ? La réponse est bien entendu négative. Les maladies psychiatriques seraient-elles toutes curables ? La réponse encore une fois est négative. Certains patients ont

parfois connu des dizaines de traitements de tout ordre, des périodes d'hospitalisation sans amélioration de leur état et plus aucune solution thérapeutique encore crédible. Au nom de quel principe pourrait-on leur soutenir que leurs souffrances sont inexistantes au motif que l'on ne pourrait les objectiver ? L'appréciation de la souffrance est éminemment subjective.

Il n'existe donc pas de raison de principe d'écarter une demande d'euthanasie de la part d'un patient présentant des troubles psychiatriques.

Cela étant, il est certain que ces cas exigent du temps, imposent de vérifier si l'on ne peut proposer un traitement reconnu qui sans doute ne permettra pas au patient de « guérir » mais bien de supporter cette vie. Mais n'est-ce pas le cas pour des maladies somatiques chroniques pour lesquelles il est possible non pas de guérir mais bien d'accéder à un état stable qui permet de connaître une vie de qualité ?

Certains patients psychiatriques, de par leur pathologie, se verront exclus du champ d'application de la loi : prenons le cas d'un patient atteint de paranoïa qui refusera toute médication, imaginant que l'on veut l'empoisonner !

La réponse à une demande d'euthanasie est toujours singulière, jamais univoque. Particulièrement pour les patients atteints de troubles psychiatriques, le dialogue est prépondérant. Mais ceux qui voudraient les écarter du bénéfice de cette loi commettent, me semble-t-il, une profonde erreur. Tout d'abord, la confusion existe entre la cause – la maladie psychique – et la conséquence – les souffrances psychiques. Vouloir supprimer du texte de la loi les souffrances psychiques est une hérésie. Une maladie somatique peut provoquer des souffrances

psychiques tout comme une maladie psychique peut causer des souffrances physiques. Quand bien même les opposants ne commettraient pas cette erreur qui va au-delà de la sémantique, ils devraient assumer les suicides atroces tant pour les patients que pour leurs proches causés par une absence d'écoute à une demande d'euthanasie. Edith Vincke, jeune et belle femme, qui souffrait de troubles mentaux, n'a pas été entendue en sa souffrance (www.edithvincke.be). Un jour de novembre, elle s'est suicidée dans l'institution où pour une nième fois elle avait été hospitalisée. Si elle avait été entendue, peut-être serait-elle encore parmi nous. Si elle avait été entendue et que rien ne pouvait apaiser ses souffrances, elle aurait eu droit à une mort digne. Quel gâchis.

■ Jacqueline Herremans

Présidente de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité - ADMD