HAL
open science

”Est-il scandaleux de vouloir légaliser l’euthanasie ?”

Christine Lassalas

To cite this version:

Christine Lassalas. ”Est-il scandaleux de vouloir légaliser l’euthanasie ?”. Les Petites Affiches, 2021, 92, pp.14. hal-03225337

HAL Id: hal-03225337

https://uca.hal.science/hal-03225337v1

Submitted on 6 Dec 2022

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.

Est-il scandaleux de vouloir légaliser l'euthanasie ?

Christine Lassalas, maître de conférences HDR en droit privé, université Clermont Auvergne (CMH EA 4232)

Résumé : Après les prises de position récentes du législateur en Espagne et au Portugal, on peut légitimement se demander s'il n'est pas temps d'envisager en France une réflexion sur la légalisation de l'euthanasie. Le sujet est sensible, mais on ne saurait passer sous silence les questionnements soulevés par la législation française actuelle qui a consacré un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès (SPCJD). En quoi consiste une SPCJD ? Est-ce une garantie d'avoir une mort apaisée ? Est-ce un acte si différent de l'euthanasie ? Plus globalement, la loi n'offre-t-elle pas déjà la possibilité d'abréger la vie des patients grâce à l'aide médicale ? Permet-elle d'atteindre les objectifs souhaités ? Tels sont les points que nous souhaitons étudier.

En Europe, deux pays catholiques, l'Espagne et le Portugal[1] devraient autoriser[2] prochainement l'euthanasie après les Pays-Bas, le Luxembourg et la Belgique. En France, la question de l'euthanasie a suscité des discussions lors des États généraux de la bioéthique de 2018 organisés par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), mais aucune réflexion n'a été menée dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique[3]. Le sujet est sensible. Chacun se fait une idée de sa fin de vie, préfèrerait qu'elle soit paisible, que la mort vienne pendant le sommeil, chez soi. En réalité, dans nos sociétés occidentales modernes, la fin de vie est très souvent médicalisée et les derniers instants se passent à l'hôpital. La fin de vie peut être brutale et inattendue, à la suite d'un accident par exemple, ou longue et prévisible en raison d'une maladie dégénérative incurable notamment. Elle peut se résumer aux instants d'agonie, mais si l'on considère qu'il s'agit de la période de déclin qui précède une mort certaine relativement proche (maladie dégénérative ou grand âge), elle peut durer plusieurs mois, voire plusieurs années, être plus ou moins douloureuse, plus ou moins paisible. Une

[1] Ces deux pays ont voté un projet de loi en ce sens fin 2020 (Espagne) ou début 2021 (Portugal).

[2] Dans le cadre de nos développements, nous ne distinguerons pas la légalisation de la dépénalisation. Sur le lien entre l'euthanasie et le droit pénal, voir notamment Judo F., *« La législation sur l'euthanasie aux Pays-Bas et en Belgique : un train peut en cacher un autre », revue Laennec*, 2013, n°2, p. 69 s.

[3] Toutefois, trois parlementaires ont déposé récemment une proposition de loi concernant l'aide médicale active à mourir (Mme la sénatrice socialiste Marie-Pierre de La Gontrie, Mme la député LR Marine Brenier et M. le député LREM Jean-Louis Touraine).

certitude : la médecine a ouvert de nouveaux horizons en permettant à des personnes de ne pas mourir, mais selon chacun, l'existence par la suite, peut être porteuse de sens ou au contraire, elle peut ne plus en avoir. Aussi, après avoir œuvré pour allonger la vie des patients, les médecins sont désormais sollicités pour l'abréger, l'interrompre.

Notre réflexion ne consistera pas à rechercher des arguments philosophiques, des valeurs ou des principes éthiques, en faveur ou en défaveur de la légalisation de l'euthanasie. Nous souhaitons avoir une approche pragmatique, partir de l'état du droit positif français, nous demander si la loi actuelle permet de garantir à chacun « *une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance* »[4]. Nous souhaitons vérifier si on n'est pas déjà allé trop loin, si on n'a pas déjà franchi la limite au-delà de laquelle les médecins hâtent et provoquent la mort, si la législation française actuelle n'offre pas déjà aux patients la possibilité d'abréger leur vie grâce à l'aide médicale.

Souhaitant questionner la légalisation de l'euthanasie[5], il convient préalablement de définir l'euthanasie. En France, le mot « euthanasie » n'est mentionné dans aucun texte de loi[6]. Selon le CCNE, l'euthanasie est « *l'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'intention de mettre un terme à une situation insupportable* »[7]. Elle se distingue du suicide assisté, la différence essentielle étant « *celle de l'intervention d'un tiers, dans le sens de l'obligation qui lui est faite – en général il s'agira d'un médecin – d'administrer un produit létal* »[8]. Sur le plan étymologique, le mot euthanasie vient du grec ancien – eu – « bon » et – thanatos - « mort » et signifie donc « la bonne mort » ou la « douce mort »[9]. Classiquement, on parle de mort « *sans souffrance* »[10]. D'aucuns différencient l'euthanasie active ou passive, directe ou indirecte[11]. Ainsi une note de synthèse du Sénat distingue « *l'euthanasie active, c'est-à-dire l'administration délibérée de substances létales dans l'intention de provoquer la mort, à la demande du malade qui désire mourir, ou sans son consentement, sur décision d'un proche ou du corps médical ; (…)- l'euthanasie indirecte,*

---

[4] Article 1, 2° de la loi 2 février 2016.

[5] La réflexion menée vaut également pour le suicide médicalement assisté ou la mort médicalement assistée qui nécessitent l'intervention d'un médecin.

[6] Selon les termes des articles R. 4127-38 du CSP et 38 Code de déontologie médicale, le médecin « *n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort* ».

[7] Avis n°63, 27 janvier 2000, point 3.1.

[8] Avis n°129, note de bas de page n°148 p. 138.

[9] Voir Blais M., *Le Chien de Socrate, Un philosophe dépèce l'actualité*, Les éditions JCL Inc., 2000, spéc. p. 114, http://classiques.uqac.ca/contemporains/blais_martin/le_chien_de_socrate/le_chien_de_socrate.pdf ; Binet J.-R., *Droit de la bioéthique*, Manuel, L.G.D.J., 2017, n°418.

[10] Voir Dictionnaire Littré : « *Bonne mort, mort douce et sans souffrance*. »

[11] Callu M.-F., « Les mots de la fin de vie : cessation de traitement, sédation, euthanasie active et passive, en quoi ces mots heurtent-ils notre droit français ? », *Gérontologie et société*, 2004/1 (vol. 27 / n° 108), p. 89-96.

c'est-à-dire l'administration d'antalgiques dont la conséquence seconde et non recherchée est la mort ; - l'euthanasie passive, c'est-à-dire le refus ou l'arrêt d'un traitement nécessaire au maintien de la vie »[12]. Un médecin suisse oppose quant à lui « *[l']euthanasie active directe, où un tiers médecin ou autre fait un geste qui amène/ hâte la mort du patient* », « *l'euthanasie active indirecte (où la mort intervient comme effet second, possible, mais non voulu, d'une démarche palliative)* » et « *l'euthanasie passive (abstention, respectivement arrêt, de mesures de soutien vital)* »[13]. Le philosophe canadien Martin Blais considère pour sa part que « *(q)uand on donne la mort pour soulager la souffrance, on devrait parler d'euthanasie indirecte* » dans la mesure où on ne s'attaque pas directement à la souffrance. Inversement, lorsque l'on injecte une substance pour diminuer la souffrance et qu'elle accélère le processus de la mort (double effet), *« on parle […] d'euthanasie indirecte, mais on devrait parler d'euthanasie directe »* car « *on s'attaque directement à la souffrance* », « *on ne la contourne pas* »[14]. Pour le même auteur, « *[l]es épithètes active et passive ne font que compliquer le discours* »[15].

Il est vrai qu'il est très souvent fait référence à l'euthanasie, sans qu'aucune définition ne soit donnée et les qualificatifs qui lui sont accolés ne permettent pas d'éviter la confusion. Par ailleurs, comme le rappelle Martin Blais, il existe plusieurs définitions possibles de l'euthanasie, « *comme de toutes choses* »[16]. Nous ne prétendons pas affirmer qu'une définition s'impose davantage qu'une autre, mais il est inconcevable de vouloir débattre de l'euthanasie sans s'accorder préalablement sur une définition. Nous proposons au regard des législations qui permettent l'euthanasie[17] de retenir qu'il s'agit d'un acte réalisé à la demande d'une personne et qui provoquera sa mort immédiate, afin de la soulager de ses souffrances psychiques et/ou physiques insupportables et réfractaires à tout traitement. L'intervention d'un médecin est obligatoire pour superviser l'acte euthanasique, mais il nous semble difficile d'imposer à un médecin de pratiquer une euthanasie contre sa volonté[18]. Ce qui nous conduit à envisager un éventuel droit à demander l'euthanasie plutôt qu'un droit à l'euthanasie.

---

[12] Note de synthèse, https://www.senat.fr/lc/lc49/lc490.html

[13] Martin J., « Légiférer en matière d'euthanasie active directe ? Délicate pesée d'éléments de principe et pratiques », *Rev Med Suisse*, 2006 ; volume 2. 2103.

[14] Blais M., *op.cit.*, spéc. p. 115 s.

[15] *Ibid*. p. 118. Dans le même sens, Binet J.-R., *op.cit.*, n°418.

[16] Blais M. *op. cit.* p. 115 et du même auteur, *Une morale de la responsabilité*, Les Éditions Fides, 1984, p. 18 s.

[17] Concernant la Belgique et les Pays-Bas, v. not. J. Leonetti, rapp. AN, n°970, Sur la proposition de loi visant à renforcer les droits des patients en fin de vie, p. 20 et s.

[18] Une clause de conscience peut être reconnue.

Au travers des développements qui vont suivre, nous allons faire un point sur l'état du droit positif de la fin de vie. La législation française « *a érigé un (…) droit (…) original* » à la sédation profonde et continue jusqu'au décès (SPCJD)[19] présenté comme « *l'assurance d'une mort apaisée* », comme un « *endormissement prévenant toute souffrance, y compris celle de "se voir mourir"* »[20]. Nous rechercherons donc si la SPCJD permet un sommeil paisible et irréversible (I). Puis nous déterminerons dans quelle mesure la mise en œuvre de la SPCJD se distingue des pratiques euthanasiques (II). Enfin, nous nous interrogerons sur l'efficacité du droit français (III).

I. La SPCJD : un sommeil paisible et irréversible ?

La SPCJD, au regard du droit positif français, peut être mise en œuvre sur proposition et décision du médecin[21] qui interrompt un traitement de maintien en vie au titre de l'obstination déraisonnable[22] et à la demande du patient, dans deux cas. Il existe en effet un droit à la SPCJD pour les patients atteints d'une affection grave et incurable, lorsque leur pronostic vital est engagé et qu'ils présentent une souffrance réfractaire à tout traitement. Il en va de même pour les patients atteints d'une affection grave et incurable qui demandent l'arrêt d'un traitement engageant leur pronostic vital, cet arrêt étant susceptible d'entrainer une souffrance insupportable[23]. Mais qu'est-ce que la SPCJD ? Un acte qui consiste à endormir profondément une personne sans réveil possible ? La consultation de divers articles et ouvrages révèle de nombreuses confusions et incompréhensions.

Selon le Centre National des Soins Palliatifs et de Fin de Vie (CNSPFV), « *(l)a sédation profonde et continue jusqu'au décès (…) consiste à endormir profondément une personne atteinte d'une maladie grave et incurable pour soulager ou prévenir une souffrance réfractaire.* »[24] Cette idée d'endormissement paisible est fréquemment avancée en France comme à l'étranger. Ainsi, on peut lire sur le site de la Fondation contre le cancer belge : « (e)*n cas de sédation profonde, le patient dors (sic) et il ne réagit ni à la voix ni au*

---

[19] Barret L., Fillon S. et Viossat L.-C., Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) relatif à *l'évaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie*, Tome 1, n°315 s., spéc. n°331-332.

[20] Rapport de présentation et texte de la proposition de loi de J. Leonetti et A. Claeys créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, n° 2585, 12 décembre 2014.

[21] À l'issue d'une procédure collégiale.

[22] L. 1110-5-2 du Code de la santé Publique (CSP).

[23] Le droit de refuser un traitement médical est prévu par l'article L. 1111-4 CSP.

[24] CNSPFV, https://www.parlons-fin-de-vie.fr/je-minteresse-a-la-fin-de-vie/la-sedation-profonde-et-continue-jusquau-deces/ ; voir également le rapport du CNSPFV du 28 novembre 2018, *La sédation profonde et continue jusqu'au décès en France, deux ans après l'adoption de la loi Claeys-Leonetti*, https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2018/11/Travaux_sedation_28112018.pdf, spéc. p. 44.

toucher. »[25] Les médecins évoquent eux aussi un sommeil paisible. Le Docteur Vincent Morel, président de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), à propos d'un patient atteint d'une maladie respiratoire, soulignait que lorsque le décès est proche, on peut lui proposer *« de l'endormir pour qu'il ne vive pas l'effroi d'étouffer »* [26]. M. Leonetti présente également le droit à la SPCJD comme le droit de « *dormir pour ne pas souffrir avant de mourir* »[27]. En réalité, si l'idée d'une mort apaisée sans souffrance semble être admise par tous, ce point n'est pas évident. Lorsqu'elle est mise en place, la SPCJD ne semble pas offrir avec certitude une mort apaisée. Le sommeil provoqué est parfois agité, pas toujours aussi profond que l'on pourrait l'imaginer. Ainsi, Me Triomphe, avocat des parents de Vincent Lambert opposés à l'euthanasie, soulignait qu'il était très agité après l'arrêt des traitements : *« Neuf jours à suffoquer, à râler, à gémir, tout en ouvrant les yeux ! »*[28]. D'une manière plus générale, s'agissant de la SPCJD, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2018 relatif à l'évaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie fait état de *« l'inconfort du patient »* nécessitant la mise en place d'une *« stratégie sédative marquée par l'augmentation progressive des doses »*[29].

Il n'est nullement question de remettre en doute l'utilité de la SPCJD comme participant à réduire les souffrances du patient, mais il semble impossible d'affirmer qu'elle est la garantie d'une mort apaisée et douce. Les médicaments administrés dans le cadre d'une SPCJD ne devant pas provoquer la mort, les médecins sont contraints d'adapter les doses prescrites. La Haute Autorité de Santé (HAS)[30] précise ainsi que le médicament le plus utilisé est le midazolam et souligne qu'il a plusieurs inconvénients, notamment la possibilité « *de réveils intempestifs* ». Elle anticipe alors l'injection ponctuelle de doses complémentaires de neuroleptiques « *lorsque la sédation est insuffisante, en cas de confusion ou d'agitation* » ou d'autres antalgiques et de sédatifs. Elle précise qu'ensuite, sera mise en place une surveillance du patient qui pourra amener à une modification de la posologie ou à un changement de

---

[25] Fondation contre le cancer, https://www.cancer.be/aide-aux-patients/soins-palliatifs-et-fin-de-vie/la-s-dation-palliative

[26] *France Info*, « Sédation, euthanasie : une différence fondamentale », https://www.francetvinfo.fr/sante/sedation-euthanasie-une-difference-fondamentale_954407.html

[27] *France Info*, https://www.francetvinfo.fr/sante/jean-leonetti-dormir-pour-ne-pas-souffrir-avant-de-mourir-et-non-pas-dormir-pour-mourir_1288921.html

[28] Kovacks S., *« À Reims, le médecin de Vincent Lambert assigné pour "non-assistance à personne en danger" », Le Figaro,* 26/11/2019, https://www.lefigaro.fr/actualite-france/a-reims-le-medecin-de-vincent-lambert-assigne-pour-non-assistance-a-personne-en-danger-20191126

[29] Rapport IGAS, *op. cit.*, Tome 2, p. 29, point 4.1 ; voir également p. 44, rapport CNSPFV du 28 novembre 2018, *op.cit.*

[30] Guide de référence sur la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, février 2018, actualisation janvier 2020.p.19 s.

molécule. L'évaluation clinique, « *la profondeur de la sédation* » et « *le degré de soulagement du patient* », ainsi que les « *effets indésirables* » tels que les réveils, dépressions respiratoires ou vomissements sont les critères principaux à prendre en compte. Selon la HAS, les gestes de surveillance seront réalisés « *toutes les 15 minutes pendant la première heure* » puis, au minimum, *« 2 fois par jour à domicile, 3 fois par jour en Ehpad et en établissement hospitalier* »[31]. Il en ressort que la SPCJD est un acte nécessitant des compétences techniques et du temps pour les équipes soignantes. Cet acte ne peut être réduit à un endormissement paisible, la réalité étant manifestement plus complexe. Les proches comme le patient doivent être préparés : avec la SPCJD, la conscience est profondément altérée, le patient va mourir, mais la mort ne sera pas immédiate[32] et le patient devra supporter différents effets non souhaités en fonction des médicaments utilisés.

Le caractère réversible ou irréversible de la SPCJD doit également être questionné. Alors que la SFAP précise que la SPCJD « *est réversible* »[33], la HAS semble retenir le contraire. Selon cette dernière, *si « le décès est attendu dans un délai supérieur à quelques jours […], une sédation réversible de profondeur proportionnée au besoin de soulagement est discutée »*. En revanche, lorsque *« le décès est attendu dans les quelques heures ou quelques jours »*, une SPCJD *« peut être envisagée »*. Cette distinction sous-entend que la SPCJD n'est pas réversible[34]. Les citoyens, le plus souvent, considèrent également que le réveil avant le décès est impossible dans le cadre d'une SPCJD[35]. En toute hypothèse, de quel réveil parle-t-on ? D'un instant où il sera possible d'échanger avec le patient ou d'une période où le patient sera agité, ouvrira les yeux, gémira ?

La principale difficulté vient du fait que la SPCJD recoupe des réalités différentes. Jérôme Sainton et Martine Derzelle, respectivement médecin et psychologue[36], soulignent ainsi que la sédation continue maintenue jusqu'au décès renvoie à deux réalités opposées : la sédation

---

[31] *Ibid.*

[32] Selon le Rapport IGAS, Tome 2, annexes, p. 28 s. et p. 31 n° 112 : il faut en moyenne 5 jours avant que la mort survienne, mais l'écart va de 1 à 21 jours ; « *Les sédations de moins de 2 jours correspondaient le plus souvent (16 dossiers) aux sédations profondes d'emblée et maintenue jusqu'au décès* ».

[33] Not. E. Leblanc, in SFAP, 22/03/2016, http://www.sfap.org/document/138-qrm-3-reponses-et-commentaires ; Voir également Mattelaer X., « Fin de vie et phase terminale. Les dérives possibles de la sédation », *in Revue Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2014/1 (N° 116), p. 65-75.

[34] Guide précité, p. 12.

[35] Voir not. le rapport CNSPFV du 28 novembre 2018, p. 44 et le magazine Sciences et Avenir qui précise que l'on parle « *de sédation profonde lorsque l'éveil du patient est rendu impossible par la posologie administrée* », 08/08/2016, https://www.sciencesetavenir.fr/sante/fin-de-vie-3-questions-sur-la-sedation-profonde-et-continue_29889

[36] Sainton J. et Derzelle M, « Sédation palliative et sédation terminale », *Revue Médecine Palliative*, Volume 18, n°1, février 2019, pages 33-40.

palliative et la sédation terminale[37]. Deux formes de sédations sont concernées, sans être distinguées, alors qu'elles s'opposent pourtant par leur finalité. L'une entend entretenir la relation avec le patient et l'autre privilégie l'efficacité technique, à savoir suspendre toute conscience du patient de manière définitive, opérer une « *déconnexion* » avec comme objectif la mort qui doit survenir. Dans un cas, les réveils seront « *accueillis avec gratitude* », alors que dans l'autre cas, « *ils seront cause de désarroi* »[38]. En tant que juriste, nous ne pouvons que regretter le choix fait par le législateur d'utiliser une expression peu précise et souligner que la SPCJD est un acte anesthésique[39] qui peut viser des réalités bien différentes, ce qui est source de confusions. Nous ne pouvons que déplorer que le guide de la HAS classe « *parmi les pratiques sédatives à visée palliative en fin de vie* », d'une part « *la sédation dite "proportionnée" […] qui peut permettre au patient de garder une vie relationnelle* » et, d'autre part, la SPCJD, ajoutant ainsi à la confusion[40].

La SPCJD est présentée par ailleurs comme étant un acte médical éthiquement et juridiquement acceptable, contrairement à l'euthanasie, mais lorsqu'un médecin met en œuvre une SPCJD, est-ce que son action ne va pas hâter le décès[41] ? Ne sommes-nous pas déjà face à un acte médical qui accélère le décès même si ce n'est pas sa finalité première[42] ? Selon Madame Pelletier, avocate et ancienne ministre, la SPCJD peut « *accélérer intentionnellement la venue de la mort* », mais elle « *n'est ni un acte d'euthanasie ni une assistance au suicide. C'est un devoir d'humanité qui correspond aux "bonnes pratiques"* […] »[43]. Pourtant beaucoup peinent à faire la distinction entre ces deux actes, voire considèrent que le droit de pratiquer une SPCJD mène parfois à une euthanasie qui ne dit pas son nom ou constitue une « *euthanasie lente* »[44].

II. La SPCJD : une pratique pas si différente de l'acte euthanasique ?

Le droit français a choisi de reconnaître un droit à la SPCJD plutôt qu'un droit à demander l'euthanasie. Il convient donc de s'interroger sur les différences qui existent entre ces deux actes. La HAS propose 6 caractéristiques permettant de différencier la SPCJD autorisée de

---

[37] Il s'agit bien de sédation à finalité terminale et non pas en phase terminale.
[38] Sainton J. et Derzelle M, *op.cit.*
[39] Des sédatifs sont associés à de fortes doses d'analgésiques.
[40] Guide *op. cit.*, p. 6.
[41] Voir nos développements à venir sur le double effet dans la partie suivante.
[42] En ce sens également Godin C., « La fin de vie comme question politique », *Droit et cultures,* 2018/1 (n°75) p. 203-214, spéc. n°22.
[43] Pelletier M., « Fin de vie: partir endormi et apaisé », *Libération*, 26 mars 2015, https://www.liberation.fr/societe/2015/03/26/fin-de-vie-partir-endormi-et-apaise_1228974
[44] Hirsch E., Faut-il autoriser l'euthanasie ?, *First Editions*, 2019, spéc. p.39. Pour Doublet Y.-M, il s'agit d'une « *euthanasie douce* », « La loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des personnes en fin de vie », *Les Petites Affiches*, 2016, 56, p. 7s.

l'euthanasie interdite[45]. Il en ressort que la SPCJD vise à « *soulager une souffrance réfractaire* » (intention) en « *[altérant] la conscience profondément* » (moyen) et la mort est due « *à l'évolution naturelle de la maladie* » (résultat). L'euthanasie vise à « *répondre à une demande de mort du patient* » (intention) en « [*provoquant] la mort* » (moyen) et cause la « *mort immédiate du patient* » (résultat). L'effort sémantique est louable, mais les précisions apportées peinent à dissiper la confusion.

La présentation de la HAS ne fait pas ressortir le fait que la SPCJD hâte la venue de la mort. La loi autorise en effet les médecins à mettre en place « *l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie* »[46]. Le législateur reconnait ainsi la théorie du double effet théorisée par Thomas d'Aquin[47] lorsqu'il envisageait la licéité de l'homicide en état de légitime défense, distinguant les choses provoquées intentionnellement (effet visé d'un acte) de celles provoquées sciemment, mais non intentionnellement (effet non visé de ce même acte, même s'il est prévisible)[48]. Lorsque les médecins ont recours à des sédatifs associés à de fortes doses d'analgésiques, ils savent que le patient va mourir et que les médicaments prescrits accélèrent le processus de mort et entrainent la mort[49]. Néanmoins, leur action a principalement pour effet le soulagement des douleurs. Par conséquent, même si la sédation a un double effet, la mort, bien que prévisible, n'est pas voulue, ce qui rend l'action moralement acceptable et la distingue de l'euthanasie.

La SPCJD ayant été « enfermée » dans une temporalité très courte, à savoir le pronostic vital doit être engagé à court terme, il est possible d'affirmer que la mort est causée par « *l'évolution naturelle de la maladie* »[50] et non par l'injection réalisée. Il est en effet plus facile de supposer que la SPCJD est étrangère au décès si la SPCJD ne peut être mise en place que lorsque le décès est « *attendu dans les quelques heures ou quelques jours* ». En réalité, il

---

[45] Voir notamment le tableau proposé par la HAS, Guide de référence sur la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, janv. 2020, p.7.

[46] Article L. 11110-5-3 CSP. Le double effet était en réalité intégré dans la loi depuis 2005. L'ancien article L. 1110-5 CSP permettait ainsi au médecin d'appliquer « *un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger[la] vie* » du patient.

[47] Somme théologique, II*a*, II*ae*, q. 64, a. 7.

[48] Voir not. sur ce point, N. Aumonier, B. Beignier, P. Letellier, L'euthanasie, *Que sais-je ?, PUF*, 8ème éd. 2017, p.58 s.

[49] Il est précisé sur la fiche pratique à l'attention des professionnels de santé que les médicaments « *peuvent avoir pour effet d'abréger la vie* », https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichesedation.pdf ; selon le magazine de vulgarisation scientifique Sciences et Avenir https://www.sciencesetavenir.fr/sante/fin-de-vie-3-questions-sur-la-sedation-profonde-et-continue_29889 : « *la mort peut ainsi être accélérée par l'administration des sédatifs*».

[50] HAS rapport, Guide de référence sur la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, janv. 2020, p. 7.

est indéniable que l'évolution de la maladie va entrainer la mort, tout comme la SPCJD va accélérer la mort, même en l'absence de surdosage, car c'est un acte a double effet. Le médecin qui met en œuvre une SPCJD sait que son action peut abréger la vie, mais ce n'est pas ce qu'il recherche. Il n'aurait donc pas l'intention de hâter la mort. Pourtant, comme le souligne le Conseil d'État dans son rapport relatif à la révision des lois de bioéthique « *(l)orsque le patient décide d'arrêter les traitements nécessaires à son maintien en vie et demande une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, son intention est bien de mourir (…). Il serait à cet égard peu conforme au modèle de la codécision médicale en droit français que le médecin [...] ne puisse en partager l'intention* »[51].

L'argument de l'intention est souvent mis en avant pour distinguer un acte de sédation autorisé d'une pratique euthanasique interdite. Ainsi, selon les précisions apportées par la HAS, l'euthanasie répond à une demande de mort contrairement à une sédation qui vise à contrôler des symptômes pour soulager la souffrance du patient. Pourtant, une SPCJD peut avoir pour finalité d'accélérer la mort. S'agissant d'une SPCJD comprise comme sédation terminale, « *qui signe la fin de l'accompagnement […] du patient* »[52], la mort est attendue par le médecin, voire visée. Le législateur lui-même a prévu une situation où il ne peut en être autrement.

La loi prévoit en effet l'obligation pour le médecin d'arrêter ou de ne pas entreprendre tous les traitements « *(l)orsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie* » étant observé que la nutrition et l'hydratation artificielles ont été reconnues comme étant des traitements susceptibles d'être interrompus[53]. Ces dispositions peuvent s'appliquer même si le pronostic vital du malade n'est pas engagé. La loi précise également que si le médecin décide d'interrompre ou de ne pas entreprendre un traitement « *de maintien en vie* » au titre du refus de l'obstination déraisonnable, une SPCJD sera mise en œuvre[54]. Il s'ensuit qu'une SPCJD peut être mise en œuvre alors que le patient n'est pas en phase terminale d'une quelconque maladie et que son pronostic vital n'est pas engagé. Cette situation correspond à celle de Vincent Lambert qui n'était pas atteint d'une

---

[51] Conseil d'État, Etude, 8 juin 2018, *Révision de la loi de bioéthique : quelles options pour demain ?,* spéc. p. 124. Le principe de la codécision est posé à l'article L. 1111-4 CSP.

[52] Sainton J et Derzelle M., *op.cit.*

[53] L. 1110-5-1 CSP.

[54] Art. L. 1110-5-2 CSP. On pourrait également envisager la situation du patient qui refuse un traitement ou décide de suspendre un traitement alors même que son pronostic vital n'est pas engagé à court terme. La question est alors de savoir s'il peut bénéficier d'une SPCJD. Voir nos développements consacrés à l'inefficacité du droit, à suivre dans cet article.

.

maladie incurable, n'était pas dans un service de réanimation et pour lequel il a été décidé d'arrêter tout traitement. C'est également celle de certains nouveau-nés cérébrolésés « sans-espoir ». Ici, la mort ne peut pas s'expliquer par l'évolution de la maladie, la mort est souhaitée, voire recherchée. Le médecin qui suspend les traitements, dont l'alimentation et l'hydratation artificielles, et met en œuvre une SPCJD, a nécessairement une intention de mort.

À l'inverse, si l'on s'intéresse à l'intention du médecin qui accepte une demande d'euthanasie, peut-on faire abstraction de « *l'intention préalable* » à l'acte euthanasique[55] ? Il semble en effet impossible de nier qu'un médecin qui pratique des actes euthanasiques cherche à soulager son patient d'une souffrance physique et/ou psychique réfractaire à tout autre traitement[56]. Même s'il s'agit d'une injection létale, dont le seul effet est de provoquer la mort, et donc « *si l'intention "en action" relative à l'administration d'un produit létal est celle de tuer* », l'intention « *préalable* » à l'acte euthanasique est bien la volonté de soulager la douleur d'autrui[57].

En définitive, il convient de retenir que lorsqu'un médecin met en œuvre une SPCJD, s'il s'agit d'une sédation terminale, il sait qu'il va hâter la mort[58]. S'il s'agit d'une sédation palliative, il sait que le décès peut subvenir en raison du double effet, mais le but n'est pas de hâter le décès. Par conséquent, il s'avère qu'un médecin a l'interdiction de provoquer délibérément la mort[59], mais il est autorisé à la provoquer sciemment indirectement. Il peut « *(p)rovoquer la mort sans intention de la donner, tout en ayant l'intention claire de la donner* »[60]. Il apparaît donc que la SPCJD n'est pas si différente de l'euthanasie. Le philosophe Christian Godin n'hésite d'ailleurs pas à affirmer que « *la sédation profonde est*

---

[55] Spranzy M., « Peut-on distinguer euthanasie active et euthanasie passive ? », *La vie des idées.fr*, 2009.

[56] Blais M. *in Le chien de Socrate*, *op.cit.,* considère que la meilleure façon de définir l'euthanasie, « *c'est par la fin ou le but qu'elle poursuit (…)* » et « *(l)a fin de l'euthanasie, c'est de soulager la douleur des personnes atteintes d'une maladie qui conduit à la mort*. » p. 114.

[57] D'autres motifs d'ordre éthique comme le respect de l'autonomie de la personne peuvent également justifier l'acte. En toute hypothèse, sur le plan éthique, rien ne permet d'affirmer que l'acte euthanasique est pire que d'abandonner son patient pendant le processus de mort dont on sait qu'il peut être long. Voir not. les témoignages de médecins belges, Van Oost C., Médecin catholique Pourquoi je pratique l'euthanasie, *Presses de la Renaissance*, 2014 et Y. de Locht, Docteur, rendez-moi ma liberté, *éd. M. Lafon*, 2018.

[58] https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/sedation/sedation-et-euthanasie-y-a-t-il-vraiment-une-difference-1670.html

[59] Article R. 4127-38 CSP, Décret 2004-802 2004-07-29.

[60] Billier J.-C., « Penser l'euthanasie », *Les Cahiers de la Justice*, 2010/1 (N° 1), p. 141-147, spéc. p. 145.

continue est en réalité un acte euthanasique »[61]. Cependant, s'agissant de la SPCJD, il existe une volonté d'affirmer que la mort ne sera pas donnée par le médecin[62].

III. Le droit français de la fin de vie est-il efficace ?

Dans le cadre de l'approche pragmatique que nous souhaitons mener, après avoir recherché si les dispositions légales ne s'inséraient pas déjà dans le champ de l'euthanasie, il nous reste à vérifier si le droit actuel de la fin de vie est efficace. Une règle de droit est efficace si elle est effective, c'est-à-dire appliquée, et si les effets produits sur le réel sont ceux qui étaient recherchés[63]. Il faut une adéquation des effets produits par rapport aux objectifs voulus. Pour satisfaire cette exigence d'efficacité, une norme juridique doit être compréhensible et recevoir l'adhésion des destinataires[64]. Concernant la fin de vie, le législateur français a opéré des choix, mais la règlementation issue principalement de la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 est-elle effective et efficace ? La règlementation est-elle appliquée, a-t-elle suscité l'adhésion des patients, des soignants et des familles ? Les dispositifs proposés permettent-ils d'atteindre les objectifs attendus ?

S'agissant de l'application de la loi, on peut tout d'abord noter que le droit à une SPCJD reste peu utilisé[65]. La mise en œuvre de la SPCJD à la demande du patient est toujours « *globalement très limitée* »[66]. Depuis le vote de la loi, en deux ans, un seul cas à l'AP-HP, qui gère environ 18 000 décès par an[67]. En outre, dans les faits, il est probable qu'il y ait des pratiques euthanasiques clandestines en France[68], mais il existe peu de données sur leur fréquence, encore moins récentes[69]. Or, comme le souligne Jean-Louis Touraine, médecin, alors député en charge du groupe de travail sur la fin de vie à l'Assemblée Nationale, « (*t)out*

---

[61] « La fin de vie comme question politique », *Droit et cultures*, 2018/1 (n°75) p. 203-214, spéc. n°22.

[62] Voir en ce sens Favereau E., « L'euthanasie ou la fin de vie ? », *Libération*, 12 novembre 2019, https://www.liberation.fr/france/2019/11/12/l-euthanasie-ou-la-fin-de-vie_1762748/ et Damas F, « Le bien mourir et la mort médicalisée », *Droit et cultures*, 2018/1 (n°75), p. 165-181, spéc. n° 36 s.

[63] Voir not. Rouvillois F., « L'efficacité des normes, réflexions sur l'émergence d'un nouvel impératif juridique », *coll. Etude, Fondation pour l'innovation politique*, juin 2005, p. 7 s. et pour une définition légèrement différente, Houillon G., « Pédagogie et efficacité du droit », *in La pédagogie au service du droit*, PUF Toulouse, LGDJ-Lextenso Editions, 2011, p.327-355. Voir également Flückiger A., « L'évaluation législative ou comment mesurer l'efficacité des lois », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XLV-138 | 2007, spéc. n°8.

[64] Houillon G. *op. cit.* spéc. n°3.

[65] Voir not. Flückiger A., *op.cit.*, spéc. N°9.

[66] Rapport IGAS, *op.cit.* n°350 s.

[67] Rapport IGAS, n° 350 ; d'autres chiffres fournis confirment une mise en œuvre « *très limitée* » du droit à la SPCJD.

[68] Sur la réalité des pratiques euthanasiques, citant des références antérieures à 2016, voir notamment Schaerer R. « Euthanasie : la situation française », *Gérontologie et société*, 2004/1 (vol. 27 / n° 108), p. 177-187 ; Avis du CESE, Fin de vie : La France à l'heure des choix, avril 2018, présenté par Gailly P.-A., spéc. p. 46 et Aumonier N., Beignier B. et Letellier P., *op.cit*., p.17.

[69] 0.8% des décès en 2010, 0.6 % en 2012. Voir Avis CESE, *op. cit.*, p. 46.

ce qui est fait en cachette est mal fait »[70]. Quelle que soit la fréquence de ces actes cachés, il est aisé de comprendre que chaque acte sera à l'origine d'un traumatisme tant pour les soignants que pour la famille.

Par ailleurs, savoir ce qui est permis ou ne l'est pas reste difficile. S'agissant de la SPCJD, afin d'éviter d'être poursuivis pour avoir provoqué la mort, les médecins doutent de ce qu'ils peuvent faire. Comme nous l'avons souligné précédemment, l'expression SPCJD retenue par le législateur français est « *neutralisante* »[71], en ce sens où elle ne dit pas ce qui est réellement fait. Est-elle palliative ou terminale ? Le double-effet étant reconnu, le doute existe de toute façon sur l'intention de mort. Les conséquences sont délétères pour les médecins comme pour les patients. Les médecins qui mettent en œuvre une SPCJD ont une épée de Damoclès au-dessus de leur tête : ils ne savent jamais s'ils seront ou non poursuivis pénalement même s'ils assument avec leur patient la mise en place d'une sédation terminale. Inversement, des patients qui souhaitent une sédation terminale avec une perte de conscience rapide et définitive, peuvent se retrouver dans des services où le médecin qui les suit refuse par conviction d'assumer une intention de mort. Il optera pour une stratégie anesthésique plus précautionneuse, choisira alors des doses plus faibles ne permettant pas d'éviter des réveils et une agonie parfois longue[72].

Que penser également des incertitudes qui entourent la mise en place d'une SPCJD ? La législation française est en effet peu rassurante quand l'arrêt ou le refus de la nutrition artificielle est décidé par le patient. La mise en place d'une SPCJD qu'elle soit palliative ou terminale n'est dans ce cas pas certaine (Affaire Alain Cocq, même si en l'espèce, le patient refusait la SPCJD)[73]. Le système retenu par la France permet de refuser des traitements de maintien en vie tels que des dialyses ou la nutrition et l'hydratation artificielles[74]. Toutefois, dans cette situation, la HAS écarte toute SPCJD, car il n'y aurait alors aucune « *souffrance*

---

[70] Propos déclarés dans l'émission Le Tour de la question, Europe 1, https://www.europe1.fr/societe/euthanasies-clandestines-tout-ce-qui-est-fait-en-cachette-est-mal-fait-3895210 . Il a également déposé une proposition de loi portant sur la fin de vie dans la dignité, n°185 du 27 septembre 2017.

[71] Sainton J. et Derzelle M., *op. cit.*, p.38.

[72] Voir *supra*, première partie.

[73] Voir not. *Libération*, « Alain Cocq : une sédation profonde et continue jusqu'au décès serait-elle possible ? », Favereau E., 07/09/2020, https://www.liberation.fr/france/2020/09/07/alain-cocq-une-sedation-profonde-jusqu-au-deces-serait-elle-possible_1798719 et « Décryptage de l'actualité : l'affaire Alain Cocq », CNSPFV, 1er octobre 2020, https://www.parlons-fin-de-vie.fr/decryptage-de-lactualite-laffaire-alain-cocq/.

[74] Voir not. Blanchard S., « Laisser mourir… de faim », *Le Monde*, 5 février 2006, https://www.lemonde.fr/societe/article/2006/02/05/laisser-mourir-de-faim_737930_3224.html et « Six jours pour mourir », Le Monde, 18 mars 2008.

insupportable » et « *le pronostic vital à court terme* » ne serait pas engagé[75]. Cette interprétation est contestée[76], néanmoins, les dispositions légales, contrairement peut-être à l'esprit de la loi, ne prévoient pas de mettre en place une sédation SPCJD dès le refus de tout traitement de maintien en vie. Face à un médecin attaché au respect strict des dispositions légales, notamment celles tenant au délai et à l'exigence d'un pronostic vital engagé à court terme, le patient est alors contraint de souffrir pour pouvoir exercer le droit de refuser un traitement nécessaire au maintien de la vie[77].

La mise en œuvre d'une SPCJD appelle une dernière remarque. Même s'il s'agit d'une sédation terminale avec une volonté d'éviter tout réveil, il faut de « *quelques heures à deux semaines en moyenne* »[78], parfois marquées par l'inconfort du patient, avant que le décès survienne[79]. Le patient doit donc accepter d'abandonner ainsi son corps aux soignants, ses proches doivent accepter de le voir dans cet état entre le sommeil et la mort. Finalement, si l'on admet que la SPCJD comme l'euthanasie, accélère la venue de la mort, il existe peu de différences entre ces deux actes, mais elles sont importantes. Lorsqu'une SPCJD est mise en place, le patient va mourir en étant inconscient dans un laps de temps que l'on ignore, alors que le patient euthanasié aura une mort consciente et quasi instantanée. Par ailleurs, la SPCJD pourra être imposée au médecin, alors que l'euthanasie suppose une volonté du patient, mais aussi le consentement du médecin.

Il ressort des développements qui précèdent que la loi de 2016 ne permet pas d'atteindre l'ensemble des objectifs fixés, notamment avoir « *une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance* »[80]. Il est certain que la loi de 2016 « *a atteint son objectif d'impulser une nouvelle dynamique à la prise en charge de la fin de vie et à la diffusion de la culture palliative en France* »[81], néanmoins, comme le souligne l'IGAS, « *une dynamique encourageante […] ne doit pas empêcher d'admettre que beaucoup de limites et de difficultés demeurent dans la bonne mise en œuvre de la loi du 2 février 2016* »[82].

---

[75] Rapport IGAS, *op. cit.*, n°340 et guide HAS, Guide de référence sur la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, janv. 2020, p.9.

[76] Favereau F., « *Alain Cocq* : une sédation profonde et continue jusqu'au décès serait-elle possible ? », Libération, 7 sept. 2020 et CNSPFV, « Décryptage de l'actualité : l'affaire Alain Cocq », *op. cit.*

[77] En situation de grande détresse, certains se suicideront ou partiront en Belgique ou en Suisse.

[78] Rapport CESE, avis, Fin de vie : La France à l'heure des choix, avr. 2018, p. 32., p. 32. Selon le rapport IGAS, la durée moyenne d'une sédation serait de 5 jours, mais l'écart va de 1 à 21 jours ; « *Les sédations de moins de 2 jours correspondaient le plus souvent (16 dossiers) aux sédations profondes d'emblée et maintenue jusqu'au décès* » (Tome 2, annexes, p. 28 s. et p. 31 n° 112.

[79] Voir également Damas F., *op.cit.*

[80] Article 1, 2° de la loi 2016 ou L. 1110-5 CSP.

[81] Rapport IGAS, *op. cit.*, spéc. p. 14.

[82] *Ibid*. n°91.

Conclusion : Ces propos n'ont pas pour but de dire si la loi est bonne ou mauvaise, pas plus que d'encourager des pratiques euthanasiques. Ils visent simplement à prendre conscience de ce que permet le droit de la fin de vie. Il nous semble que le législateur français est allé trop loin pour ne pas envisager sereinement la problématique de l'euthanasie. L'intention de mort étant une réalité au regard de ce que permet la loi, il convient de l'assumer pleinement. La question essentielle n'est-elle pas « *celle des bonnes conditions de la mort* » plutôt que « *celle du raccourcissement de la vie* » ?[83]

Chacun étant amené à pouvoir connaître une situation de fin de vie médicalisée, il nous semble préférable de dire clairement ce qui est fait et ce que l'on veut qu'il soit fait. On peut ne pas se sentir concerné par un débat sur la légalisation de l'euthanasie, mais au regard des problématiques soulevées par le droit actuel, quelles que soient nos valeurs, nos convictions, il n'est pas scandaleux de le souhaiter, bien au contraire[84].

[83] Damas F., *op.cit.*, n°23.

[84] Tous nos remerciements à Élise Roumeau (doctorante, CMH 4232) pour ses remarques avisées.