

[texte](#)

[editorial](#)

Dormez, je le veux !

"Du point de vue médical, d'où vient qu'une mort apaisée est une mort choisie et maîtrisée ? D'où vient qu'une bonne mort est une mort accélérée ? D'où vient qu'une mort endormie est une mort préférable ? D'où vient que la sédation est un sommeil ? D'où vient que l'euthanasie et le suicide assisté sont de tels tabous qu'il faille nécessairement les intégrer à la médecine alors que leur raison d'être en est une parfaite contradiction ?"

Par: 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 : 19 Janvier 2015

Partager sur :

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

Poursuivre la réflexion

Sédation : le chaînon manquant d'une équation politique

Le paysage médiatique a vu se multiplier dans les dernières années les considérations autour de la fin de vie, au point parfois d'entraîner une forme de pression, une saturation sur un sujet rarement abordé par plaisir.

Fin de vie, euthanasie, suicide assisté, soins palliatifs, mort dans la dignité? Autant de thématiques peu digestes dont le brassage n'a pas réellement permis de dépasser une impression générale de confusion.

Cette pression (hyper exposition) et cette impression (confusion), sont venues perturber un équilibre pourtant utile qui nous permet de vivre au quotidien le lien avec l'idée de notre mort. Ainsi réveillé, le fond d'angoisse, jamais très éloigné quand on aborde ces questions, n'a pu trouver de répit. Les incertitudes de l'époque ont fait le reste : dans un climat à tendance catastrophiste, l'angoisse réveillée a pu radicaliser les positions autour d'un « qu'on en

finisse ! » mal compris. Loin d'une demande d'en finir vite avec la vie s'exprime sans doute plus simplement un besoin d'en finir vite avec la contrainte de se voir imposer, hors de contexte, un sujet réveillant tant d'insécurité personnelle. Logiquement, puisqu'il y a souffrance perçue, c'est à la médecine qu'il a été demandé de trouver expressément des solutions efficaces. Tout aussi logiquement, dans cet amalgame, l'efficacité médicale a été attendue « face à la mort », et non face à l'anxiété - là où il n'existe pas de solutions plutôt que là où il y en a - poussant dans le même temps la médecine jusqu'à ses limites, elle dont le champ légitime est celui de la maladie.

Dans cette escalade de réponses pressées à un inconfort réel et mal identifié, la sédation est le dernier avatar en date dont s'est emparé et nourri le supposé débat. La sédation est ainsi passée du statut de technique anesthésique dont les subtilités n'avaient jusqu'à présent intéressé que les professionnels de la profession, à celui de chaînon manquant d'une équation politique posée en 2012 en des termes piégeant. Dans sa proposition 21 du programme présidentiel de François Hollande, le candidat proposait en effet : « [?] que toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité. »

Beaucoup de professionnels de santé ont lu un soutien encourageant au développement nécessaire de la médecine palliative. Une médecine dont les progrès majeurs ont transformé en quelques décennies notre rapport au soin apporté au malade à la fin de la vie.

Une autre lecture permise par la formulation équivoque de la proposition s'est également répandue : l'assistance de la médecine pour cette mort digne réactualisait l'euthanasie.

Ni le rapport commandé à Didier Sicard, ni les conférences citoyennes, ni le rapport demandé au Comité consultatif national d'éthique, ni la survenue d'affaires fortement médiatisées (Vincent Lambert, procès de Nicolas Bonnemaison, hésitations de la Belgique avant de refuser d'accorder l'euthanasie à un détenu) n'ont permis de dépasser le clivage entretenu par le quiproquo initiateur.

La tyrannie d'une fausse liberté individuelle

Après la crise sociale vécue à l'occasion de l'évolution législative sur le mariage, le risque de voir émerger une nouvelle cristallisation de réactions extrêmes autour de « la mort pour tous » a conduit à la recherche d'une sortie plus discrète sur un sujet à fort potentiel polémique.

L'agenda politique fait qu'on n'a pas remis en question la nécessité, pourtant discutable, de proposer une loi nouvelle. C'est donc d'une posture assez funambule que devait venir l'issue d'un problème auto-généré : « Ni euthanasie, ni suicide assisté » ? Alors quoi ? Les députés Jean Leonetti (UMP), aurolé de la crédibilité légitimement acquise à l'occasion du vote de la loi de 2005 (droit des malades et fin de vie), et Alain Claeys (PS) ont été chargés de cette délicate mission.

C'est le sommeil médicalisé qui s'est imposé aux équilibristes : « un droit à dormir avant de mourir ? » Le rêve contemporain d'une mort à l'insu de son plein gré ? Mourir sans s'en rendre compte ? La sédation aurait ce pouvoir édulcorant ? Si la douceur du programme politique peut un temps susciter l'adhésion, la solution médicale proposée paraît rapidement dans son imposture. Un traitement, un médicament, seraient de nature à répondre à des questions aussi vastes ? A voir ?

La meilleure politique ne fait pas nécessairement la bonne médecine.

Du point de vue médical, d'où vient qu'une mort apaisée est une mort choisie et maîtrisée ? D'où vient qu'une bonne mort est une mort accélérée ? D'où vient qu'une mort endormie est une mort préférable ? D'où vient que la sédation est un sommeil ? D'où vient que l'euthanasie et le suicide assisté sont de tels tabous qu'il faille nécessairement les intégrer à la médecine alors que leur raison d'être en est une parfaite contradiction ?

Où sont les connaissances, les recherches qui légitimeraient le recours au coma artificiel ? La recherche d'une proposition démontrant une capacité à améliorer la santé est le socle qui légitime l'intervention médicale. La médecine est-elle à ce point différente en fin de vie qu'elle puisse s'en affranchir ?

C'est pourtant l'orientation qui semble être prise. La proposition de loi confirme son absence d'égard à la recherche d'une efficacité qui sous-tend l'exercice de la médecine et va même plus loin : elle introduit l'idée originale d'une sédation opposable. Une automédication qui passerait quand même par un prescripteur, tout en lui contestant une autorité critique et une compétence en la matière...

Dans une acception aussi extrême, le respect de la volonté du patient constitue plutôt un abandon notoire : instrumentaliser l'alliance thérapeutique pour consolider la tyrannie d'une fausse liberté individuelle. Tyrannie, puisqu'elle s'impose. Fausse liberté, car qui décide lorsqu'on veut éviter la fin de vie, sinon la fin de vie elle-même ?

On pourrait multiplier ici les questions (le paradoxe du recours à une collégialité s'agissant de décision qui revient sans discussion au patient, le coût de procédures de plus en plus complexes et chronophages à l'heure de la réduction des budgets de santé..) démontrant la courte vue d'une solution cosmétique et inapplicable. Sans réponses autres qu'incantatoires à ces questions pratiques, le préjudice pour le patient, les proches, les équipes soignantes serait évident. Quelle logique de soin pourrait être construite au sein de tant d'amalgames, d'approximations et de dérives ? Quels repères pour la relation patient/médecin ? Quels repères pour la construction de référentiels professionnels et la constitution de bonnes pratiques médicales ?

La sédation en soins palliatifs est une technique de soin issue de l'anesthésie, pratiquée de manière régulière par les équipes spécialisées, dont l'usage a fait l'objet de nombreuses études et recommandations publiées dans les revues professionnelles. A défaut de cette réflexion, la sédation réalise une fausse promesse thérapeutique et entretient une confusion entre ce qui relève d'une compétence de soin (la technique de sédation) et ce qui relève d'une responsabilité citoyenne (l'euthanasie, le suicide assisté). Une confusion préjudiciable aux progrès légitimement attendus sur ces questions distinctes. La médecine a pour mission le soin prodigué au malade vivant. Améliorer le soin pour faire disparaître la souffrance n'équivaut pas à faire disparaître le souffrant. Partout où le recours à la sédation ne peut se construire dans le cadre d'un réel projet thérapeutique, il semblerait plus utile de recourir à une autre terminologie pour des pratiques sortant du cadre soignant. Enfermer des champs entiers de questions inédites dans des solutions simplistes et réductionnistes fait courir le risque de passer à côté des meilleures solutions. Une perte de chance médicale et sociale qui ne peut qu'être combattue.

- [Page précédente](#)
- [Page 1/2](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)

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

Sommaire