

Illusions et risques de la légalisation de l'euthanasie

L'idée que l'euthanasie serait une solution au tragique de la mort est une illusion.

La mort est une étape toujours difficile. Chaque situation reste singulière et exige une réponse d'accompagnement adapté. C'est ce à quoi s'attachent les soins palliatifs.

Avec près de vingt ans d'expérience de dépénalisation de l'euthanasie, et de multiples modifications législatives toujours dans le sens d'un élargissement de l'accès, la Belgique nous donne **le modèle à ne pas suivre** [1]. Deux ouvrages récents [2] [3] — travaux de recherche scientifiques et témoignages de soignants — développant les multiples dérives réfutées par les voix officielles, en donnant des preuves irréfutables.

1 **Persistance d'euthanasies clandestines** (au moins 30%)

2 **Euthanasies pratiquées en dehors de toutes les exigences légales :**

- Absence de consentement (« sur un échantillon de 208 personnes décédées à la suite d'une injection létale, 32 % n'avaient pas exprimé explicitement le souhait d'être euthanasiées. Dans cet échantillon, la décision n'avait même pas été discutée avec les intéressés dans 78 % des cas [4] » !).
- Absence du deuxième avis
- Non-respect des délais légaux
- Geste effectué par un non-médecin

3 **Inefficacité du contrôle**, rapportée par la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE) elle-même (*a posteriori*).

4 **Une banalisation progressive en opposition avec la mission de soins :**

« D'une certaine façon, la loi obéi[t] à sa propre nature et non à la volonté des législateurs, et elle port[e] inévitablement les fruits que nous avons semés en elle [5] ».

L'euthanasie « commence petit à petit à être considérée comme un droit dont on peut user et abuser, mais aussi comme une **obligation pour le médecin** à qui on demande de la pratiquer ».

Elle s'adresse potentiellement à des **situations toujours plus nombreuses**, comme la DMLA (donc à des patients ambulatoires sans autre affection qu'une cécité progressive) ou la « fatigue de vivre » [6] et en admettant des patients auparavant protégés, comme les mineurs [7] et peut-être prochainement les incapables.

La question de la **souffrance des soignants**, leur opposition à l'exécution du geste létal reste forte : elle mérite de trouver une place prioritaire dans le débat.

Certes, **la clause de conscience** individuelle permet théoriquement au médecin de s'abstraire de la réalisation de l'acte mais elle rend problématique le travail d'équipe indispensable pour l'accompagnement en soins palliatifs. Des dissensions apparaissent également dans le milieu professionnel, les médecins acceptant la pratique se retrouvant chargé d'un nombre grandissant d'actes. Par ailleurs, au Québec, les médecins refusant de pratiquer l'euthanasie voient leurs établissements subir des sanctions financières menaçant leur réelle liberté de choix.

[1] Favre P., *Euthanasie, de l'autre côté du miroir, mémoire master recherche humanités médicales*, dir. E. Fiat, Université Gustave Eiffel, novembre 2020.

[2] Devos T. (dir.), *Euthanasie, l'envers du décor Réflexions et expériences de soignants, Belgique*, Mols, coll. « Autres regards », 2019.

[3] Jones D-A., Gastmans C., Mackellar C., *Euthanasia and assisted suicide. Lessons from Belgium*, Cambridge University Press, coll. *bioethics and law*, 2017.

[4] Grouille D., « Fin de vie : les options belge, suisse, oregonaise », in *La revue du praticien*, vol.69, janvier 2019, pp. 25-30.

[5] Chesterton G.K., épigramme de l'ouvrage *Euthanasie, l'envers du décor*, op.cit.

[6] proche de la notion de « vie accomplie » aux Pays-Bas, <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20180413-dossier-vie-accomplie-pays-bas.pdf>

[7] Loi belge du 22 mars 2014.