

«Penser la fin de vie», de Jacques Ricot, recensé par Jean Martin

- Penser la fin de vie, de Jacques Ricot
- Rennes : Presses de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), 2017, 347 p.

Recension par Jean Martin, médecin de santé publique et bio-éthicien



Philosophe et impliqué dans la formation des personnels soignants, Jacques Ricot a écrit plusieurs livres en rapport avec la fin de vie, l'euthanasie, le suicide. Dans ce nouvel ouvrage, il examine la lutte contre la douleur et les soins palliatifs. Il analyse aussi la tension entre bienveillance du soignant et droits du patient en passant en revue les modèles français et britannique de l'autonomie. Ses derniers chapitres traitent de la «tentation de l'euthanasie» et de la notion débattue et polysémique de «dignité». A ce sujet, il laisse entendre que ceux qui admettent l'euthanasie voudraient en faire un droit opposable, c'est-à-dire que l'Etat devrait s'engager à la rendre possible dans chaque situation. Ce n'est évidemment pas le cas : une euthanasie doit rester un accord entre «partenaires».

La vérité. Même si Ricot reste marqué par les positions majoritairement (ré)affirmées ces dernières décennies en France, il montre un réel intérêt et du respect pour les opinions d'autres pays et cultures, dont la Suisse qui accepte l'assistance au suicide ou le Benelux qui accepte l'euthanasie. L'auteur ne s'y rallie pas et ces pratiques le laissent perplexe. Il s'éloigne pourtant aussi, dans une large mesure, du paternalisme et de l'infantilisation du malade. Pour lui, le secret médical n'est jamais opposable au patient et «mentir n'est jamais justifié ni éthiquement, ni thérapeutiquement». Dans un passé encore récent, le corps médical prenait des libertés avec ces règles majeures... Le philosophe ajoute : «Les médecins ont parfois pensé que l'héroïsme du patient face à la douleur lui octroyait une énergie efficace [...] Ces théories, jamais validées, ont vécu.»

L'autonomie. Ricot estime que «la France offre un modèle, presque chimiquement pur, d'une préférence pour un régime de protection des individus contre les dérives éventuellement nuisibles de l'exercice de leurs libertés.» Il cite Suzanne Rameix : «L'Etat protège contre eux-mêmes les citoyens qui porteraient atteinte à l'intégrité de leur corps ou à leur vie.» A titre de comparaison, il explique que le contexte culturel anglo-saxon «privilégie l'indépendance de l'individu par rapport à la soumission à une loi [...], une auto-détermination dont la seule limite serait la non-malfaisance [...] La logique de la relation médicale peut alors se décliner de façon contractuelle». Là, l'auteur ne partage pas la vue française des devoirs fondamentaux du soignant, en particulier quand ils s'exercent contre l'avis du malade. «En dernière instance, qui juge du caractère utile du traitement ? C'est le patient, dont la volonté doit être respectée.»

Les directives anticipées. «L'insistance sur le recueil du consentement et l'irruption des notions de personne de confiance et de directives anticipées dans la législation sont des indices très éloquents de la modification de la relation qui voit le devoir de bienfaisance du médecin reculer devant le respect de l'autonomie du patient.» C'est tout à fait correct, mais Ricot reste ambivalent quand il écrit : «Le soignant pourrait devenir l'instrument passif d'une volonté toute-puissante, celle du malade.»

L'intentionnalité. Sur cette question, jugée fondamentale en France, Ricot cite J.-C. Fondras et S. Rameix : «Comment juger si une sédation profonde, continue jusqu'au décès, est sédative ou euthanasique ? [...] Devant des effets secondaires problématiques (abrégé la vie du patient ou porter atteinte à son autonomie), la détermination de la véritable intention et de sa légitimité reste un point crucial.» C'est là qu'on peut ou même doit diverger. En effet, si cette remarque est théoriquement impeccable, il est illusoire pratiquement et cliniquement de vouloir en

faire un critère déterminant dans les décisions prises au lit du malade en fin de vie. Rappelons par exemple que 80% des décès survenant en service de soins intensifs font suite à une décision médicale. Dans de nombreuses situations, se fixer sur une appréciation de l'intentionnalité n'est pas vraiment pertinent et en tout cas terriblement subjectif. Personne ne conteste qu'il y a en France, bon an mal an, un nombre certain d'euthanasies qui ne disent pas leur nom. Pourquoi occulter ainsi cette partie de la réalité pourtant tolérée, voire admise, par la société ?

Ricot ne souhaite pas qu'une confrontation stérile perdure entre ces attitudes françaises, souvent bousculées dans les débats publics, et celles de pays libéraux, anglo-saxons et autres. Il préférerait qu'on aille vers un dialogue. S'il se fait sur des bases objectives, c'est une direction qu'on peut certainement saluer.