

A propos de la mission Sicard

Docteur Nicole PELICIER

Psychiatre, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP

Il convient de rappeler que la mission Sicard a été mise en place par le Président Hollande en juillet 2012 et que le rapport lui en a été rendu fin décembre dernier.

Les observateurs, les commentateurs de tous ordres ont, selon leurs convictions personnelles et politiques, vu soit la prudence du rapport, soit son audace.

Il s'agissait de faire un état des lieux des questions soulevées par l'accompagnement des personnes en fin de vie en France, au-delà de la loi Léonetti. La mission a rencontré dans un périple national, des citoyens, de toutes situations, des soignants, des responsables d'hôpitaux, des étudiants.

Des auditions, des réunions ont eu lieu pour apprécier l'inquiétude et les besoins des français.

La loi Léonetti étant, jusqu'à aujourd'hui, le cadre et la limite qui entourent les conditions de la fin de vie, les soins palliatifs ont été bien sûr plébiscités et appréciés en soulignant leur développement insuffisant. Mais la volonté dite majoritaire, recueillie par des sondages antérieurs à la mission et par celui commanditée pour sa réflexion, (TNS Sofrès), montrait la tendance à vouloir envisager "autrement" le respect des volontés des patients et de leurs proches.

L'idée d'échapper à de mauvaises conditions du mourir, est supposée reliée à "une bonne anticipation" de celles-ci et concerne l'application des directives anticipées, prévue dans la loi actuelle.

La commission s'est intéressée aux autres législations à l'étranger (Pays-Bas, Belgique, Suisse, Orégon) qui envisagent déjà l'euthanasie ou le suicide assisté comme un droit respectant la "volonté ultime du patient". Les psychologues et psychiatres travaillant dans notre champ de la cancérologie seront frappés, une fois de plus, par des argumentaires rapportés par la commission "pour ou contre l'euthanasie, le suicide assisté", centrés sur une temporalité de l'immédiateté et de la simultanéité de la souffrance et des moyens de la soulager, qui semble, à tous égards, peu réaliste, mais reflète bien l'attente de maîtrise absolue qui colore le débat.

La référence à la liberté, à l'autonomie, à la volonté individuelle semble inspirer une pensée ou une réflexion "à distance", déconnectée de ce qui est seulement pressenti.

Le sondage TNS Sofrès, sur 1000 personnes, indique que la tranche d'âge des 35-65 ans, serait celle qui demanderait le plus l'accès au suicide assisté. Il nous faut remarquer, qu'il s'agit alors de personnes, plutôt en "bonne santé", "loin de leur mort et de la maladie", pour eux-mêmes ; et de plus, précise-t-on, dans une catégorie "plutôt aisée". Quelques personnes en fin de vie ont pu être rencontrées et interrogées dans les conditions délicates que l'on imagine. On sait que les "intéressés" ne sont pas ceux qui s'expriment le plus.

Ainsi l'intéressant chapitre 4.3 "avantages et inconvénients d'une ouverture sur l'euthanasie et le suicide assisté", est celui qui a le plus retenu les commentaires.

Pour les psy, il y a là un constat sans lien avec le sens des angoisses qui y sont rapportées. L'affirmation des paradoxes comme "la revendication d'une liberté qui trouverait sa réponse, dans la demande de suicide assisté soulageant ... l'angoisse existentielle d'une mort sur laquelle l'homme n'a pas de prise...", devrait nous porter ainsi que les politiques à beaucoup de circonspections.

La conception qui semble être celle de nos concitoyens, mais sont-ils nos patients, replace l'idée de repousser les limites de la décision médicalisée en fin de vie au profit de la collégialité et d'un acte strictement autonome des patients. Il y a donc beaucoup d'informations et de réalisme à faire passer aux futurs usagers de la médecine et aux acteurs d'une médecine qualifiée "sans âme" !?

L'écriture très hétérogène de certains passages du rapport, fonde ce que certains veulent voir comme une ouverture vers le suicide assisté : "à condition de garantir strictement le libre choix de la personne et d'impliquer l'Etat et la médecine".

Mais cela donne à voir la fragilité, pourtant niée, des modèles défensifs qui inspirent la passion du débat. On voudrait éviter, si on dépénalise l'assistance au suicide, l'intervention des associations comme en Suisse mais on remet l'accent sur la médecine tout en la critiquant pour son absence de compassion, et de formation à l'accompagnement. On sait que l'amélioration de cette perception encore paradoxale, passe par la temporalité de l'accès à la formation, au palliatif, et par la conscience des soins psychiques nécessaires en fin de vie.

Surtout, on s'égaré, loin de la solidarité sociale et donc politique qui permettrait de penser en amont la vulnérabilité et pas seulement la faire disparaître, en situation de crise.

Le texte restitue dans ces conclusions, pour partie du moins, la prudence prônée par les membres de la commission.

Ce rapport porte et soulève bien des ambiguïtés pour revenir à une "tentative de bon sens", consistant à recommander de ne pas "basculer" vers l'impossible : en l'occurrence imaginer et faire croire que la solution serait au cœur d'une nouvelle loi collant aux désirs et aux angoisses de citoyens "déterminés".

Les lois accompagnent les avancées sociétales, sont-elles là pour les bousculer et les créer arbitrairement ? Elles peuvent surtout dans une hâte libertaire, signifier demain aux citoyens de ce pays que leurs peurs et leurs angoisses constituent désormais "le cap à suivre".

Le tiers, solidaire ou soignant, serait-il convié dans l'impasse de la mort donnée ou programmée ! Sommes-nous prêts à nous y résoudre ?

"Tout déplacement de l'interdit (de tuer) crée de nouvelles situations limites, suscitant une demande indéfinie de nouvelles lois"...

"L'affirmation sans limites d'une liberté individuelle" réclamant un droit à mourir veut ignorer l'intensité de la détresse nichée dans l'intensité de cette "réclamation" C'est le travail psychique et social sur le sens et la qualité de la vie qui doit plutôt nous interpeller.

Prôner une société solidaire, la nécessité d'un accompagnement en fin de vie et en vie, respectant toutes les personnes concernées (patients, proches, soignants) est-il si vain ?

Février 2013