

BERNARD SENET, MÉDECIN GÉNÉRALISTE écrit en 2015 :

Il y a plus de 30 ans, installé comme généraliste en milieu rural, j'ai été amené à soigner une toute jeune fille atteinte d'un cancer évolutif (rhabdosarcome). Avec l'aide de sa famille, elle a lutté deux ans (chirurgie, radiothérapie, chimio, etc.) mais la maladie a gagné.

Quand elle l'a compris, elle a décidé de fêter ses 14 ans avec ses copains et copines (dans le midi, on dit ses "collègues") et m'a demandé de l'aider ensuite à mourir. Elle était alors en fauteuil roulant, sous oxygène et difficilement stabilisée au niveau de ses douleurs par un traitement très lourd, bien supérieur à ce que la faculté m'avait appris à prescrire.

Elle a eu un bel anniversaire, puis, avec l'accord de ses parents, je l'ai aidée.

Bien entendu, ce geste m'a marqué. J'aidais des patients à mourir 1 ou 2 fois par an Techniquement, je savais faire ; lors de mes études au CHU de la Pitié, comme tout étudiant, j'avais participé à des euthanasies avec le "DLP" ou "cocktail lytique", parfois appliqué sans l'accord du patient, souvent sans en informer la famille.

Comme tout généraliste ou médecin praticien (neurologue, cancérologue, réanimateur,...), j'ai eu des demandes de suicide assisté ou d'euthanasie, faites par des patients atteints de maladies graves et invalidantes. Il m'est arrivé, une ou deux fois par an, d'aider activement.

Dans la plupart des cas, le fait de savoir que leur volonté serait respectée a redonné de l'énergie et du courage aux patients.

C'est aussi lié avec la pratique de la vérité entre le patient-citoyen et le médecin. Cela doit se faire tranquillement, en respectant le rythme de chacun à entendre les mauvaises nouvelles.

Cette franchise est le garant de la confiance dans l'accompagnement, qui peut, rarement, aller jusqu'à l'aide médicalisée à mourir.

À L'HÔPITAL, ON REFOULE LA VOLONTÉ DES MALADES

En milieu hospitalier, c'est très différent : le malade n'est souvent pas connu de l'équipe, et parfois ignore la gravité de son état.

Il y a donc un travail d'information, de recueil des directives et de prise de contact avec l'entourage et la personne de confiance. Souvent, le temps est compté et les complications sont déjà là.

Quand le patient a déjà écrit ses directives ou est représenté par une personne antérieurement nommée, c'est plus facile de l'accompagner.

Comme la loi interdit l'euthanasie (*en réalité la loi ignore l'euthanasie et la range donc dans la catégorie assassinat*), les réponses aux demandes sont plutôt des arrêts de traitement avec mise en place d'une sédation.

Quelquefois, cela dure longtemps et l'entourage est en souffrance devant une fin de vie... qui n'en finit pas.

Les équipes de soins palliatifs sont très réticentes face aux demandes et essaient de redonner du sens et du plaisir à ce qu'il reste à vivre ; elles refoulent ainsi la volonté de certains malades. Souvent, elles aident mais parlent de sédation pour ne pas utiliser le mot euthanasie (bonne mort).

C'est ce que j'ai vécu lors de mon activité en hôpital local ; je n'y ai donc jamais pratiqué d'euthanasies...

Dans les cas où le malade pouvait clairement imposer sa volonté, j'ai favorisé un retour à domicile pour qu'elle puisse être respectée.