

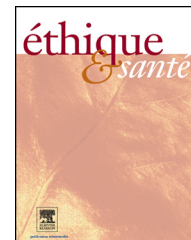


Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## CORRESPONDANCE

### Réponse à l'article de J.-M. Gomas et P. Favre : « Une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD) n'est pas une euthanasie »

Dans leur article « Une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD) n'est pas une euthanasie » publié récemment dans *Éthique et Santé*, J.-M. Gomas et P. Favre exposent des arguments éthiques, juridiques et cliniques qui fonderaient l'existence d'une frontière intangible entre la SPCMJD et l'euthanasie. Ce faisant, ils feignent d'ignorer les tensions éthiques suscitées par ce nouveau droit tant dans les débats préalables à l'adoption de la loi Claeys-Leonetti que depuis son application, en regard précisément d'une frontière poreuse entre ces deux pratiques. Ce manquement leur permet d'abonder dans le sens des recommandations de bonne pratique de la HAS qui s'attachent à insister sur la différence entre SPCMJD et euthanasie pour continuer à justifier théoriquement l'interdiction de cette dernière. Cependant, ce manquement finit, selon nous, par contribuer à passer sous silence le changement majeur opéré par la loi Claeys-Leonetti et à fermer les yeux sur les questions éthiques auxquelles se retrouvent confrontées les patients, proches et professionnels de santé sur le terrain.

Le postulat initial des deux auteurs repose sur le fait que la SPCMJD ne serait d'abord qu'une modalité particulière parmi plusieurs formes de sédation constituant l'arsenal thérapeutique habituel des professionnels prenant en charge la douleur physique réfractaire et la fin de vie. En effet, en commençant par définir la SPCMJD comme une « thérapeutique », il nous semble que la distinction fondamentale introduite par la loi Claeys-Leonetti entre cette SPCMJD et les autres pratiques sédatives est passée sous silence, et avec elle la complexité qu'elle suppose en pratique. La loi inscrit la SPCMJD comme un droit des malades, certes conditionnel, soumis à un cadre d'accès spécifique, mais ce faisant, le rôle du médecin s'en trouve profondément modifié. Il n'est plus seulement dans son exercice habituel de proportionnalité face à un symptôme donné, mais il peut également se retrouver à devoir questionner la mise en œuvre d'une SPCMJD du fait de la demande d'un patient là où il n'aurait peut-être pas proposé de sédation transitoire, proportionnée, en l'absence d'indication médicale de son point de vue – notamment au moment d'un arrêt des traitements où les souffrances ne sont pas toujours présentes d'emblée [1].

En donnant un droit d'accès à la SPCMJD entendue comme la possibilité d'être endormi d'emblée profondément et durablement jusqu'à sa mort à sa demande, la loi Claeys-Leonetti reconnaît à la personne malade un droit à décider du moment de sa fin de vie, tout au moins relationnelle, à l'instar des pratiques d'aide à mourir qu'il s'agisse d'euthanasie ou de suicide assisté. Il s'agit pour exemple de permettre à une personne malade de décider d'un arrêt de ses traitements de maintien en vie, à une date qu'elle aurait choisie, en accord avec l'équipe soignante, lui permettant d'avoir ses proches autour d'elle dans cet ultime moment précédant la plongée dans un coma profond, dans un rituel similaire aux pratiques d'aide à mourir. La mise en œuvre de la SPCMJD peut donc bien se faire sur rendez-vous.

Les données de terrain corroborent cette proximité, qu'elles émanent de données issues de filières palliatives, quand les SPCMJD sont précédées de demandes d'euthanasie dans plus de 60 % des cas [2], ou d'une étude rétrospective publiée récemment par le Centre d'éthique clinique de l'AP-HP analysant les demandes d'aide à mourir ayant fait l'objet de consultations d'éthique clinique entre 2017 et 2023. Il y est rapporté que la SPCMJD peut être reconnue comme un moyen de répondre à ces demandes tant par les personnes malades et leurs proches que par les professionnels de santé [3]. En pratique, SPCMJD et euthanasie peuvent donc être entendues comme deux pratiques soignantes susceptibles de répondre à une même demande d'aide à mourir, en dépit de ce qu'affirment les recommandations de la HAS.

Les auteurs affirment en sus que la distinction entre SPCMJD et euthanasie reposerait sur la différence entre laisser mourir et faire mourir, notamment concernant l'intention du médecin et la temporalité de la survenue du décès. Sur le critère strict de l'intention du médecin, là encore, les enquêtes d'opinion conduites auprès de professionnels de santé en France montrent une certaine porosité quand parmi 956 professionnels de santé exerçant en réanimation, 22 % des médecins et 12 % des infirmiers reconnaissent à la SPCMJD une intention de hâter la mort [4]. Sur la différence plus objectivable, due aux doses administrées et à la moyenne de survie plus qu'à la nature du geste là où les deux sont des injections, celle-ci peut également être nuancée, car dépendantes des situations cliniques particulières. Dans la même étude, 20 % des médecins assimilaient la SPCMJD à une forme d'aide à mourir lorsqu'elle est mise en œuvre en soutien d'arrêts de ventilation invasive. Par ailleurs, les survies les plus longues associées à de

faibles doses de sédatifs sont ainsi le plus souvent associées aux arrêts de nutrition et hydratation artificielle contrairement à ces situations d'arrêts de ventilation invasive, où la mort peut survenir très rapidement [5].

La SPCMJD ne peut pas être considérée comme strictement différente de toute forme d'aide à mourir, dont l'euthanasie. Si insister sur leurs différences pour résoudre l'incompréhension de ce que serait en théorie cette pratique peut être défendu dans l'objectif d'expliquer tous les maux, en parlant notamment de « *déviations structurelle* » de l'application de la SPCMJD au profit de « *sédations euthanasiantes* », quand il est fait mention des dérives consistant à informer systématiquement de la possibilité d'y recourir, il nous semble qu'à l'inverse, c'est reconnaître leur proximité qui permettrait de mieux comprendre les difficultés d'accès et les tensions éthiques que la SPCMJD suscite auprès des patients, proches et professionnels de santé sur le terrain.

#### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

#### Références

- [1] Horn R. The 'French exception': the right to continuous deep sedation at the end of life. *J Med Ethics* 2018;44(3):204–5.
- [2] Serey A, Tricou C, Phan-Hoang N, et al. Deep continuous patient-requested sedation until death: a multicentric study. *BMJ Support Palliat Care* 2023;13(1):70–6.

- [3] Galmiche P, Mesnage V, Spranzi M. Facing assisted dying requests where it is illegal: lessons from clinical ethics consultations. *Bioethics* 2026;40(3):343–9.
- [4] Auffray L, Mora P, Giabiconi M, et al. Tension between continuous and deep sedation and assistance in dying: a national survey of intensive care professionals' perceptions. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2024;43(1):1013–7.
- [5] Mesnage V, Bretonniere S, Goncalves T, et al. Enquête du centre national des soins palliatifs et de la fin de vie sur la sédation profonde et continue jusqu'au décès (SPCJD) à 3 ans de la loi Claeys-Leonetti. *Presse Med Form* 2020;1:134–40.

P. Galmiche<sup>a</sup>, V. Mesnage<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> UVSQ, Inserm, CESP, université Paris-Saclay,  
94807 Villejuif, France

<sup>b</sup> Centre d'éthique clinique de l'AP-HP, hôpital  
Cochin, 27, rue du Fbg St Jacques, 75014 Paris,  
France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [valerie.mesnage@aphp.fr](mailto:valerie.mesnage@aphp.fr)  
(V. Mesnage)

<https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2026.05.005>

1765-4629/© 2026 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.