

La France s'apprête à franchir une étape historique avec l'examen en cours d'une proposition de loi sur la fin de vie qui prévoit, en plus du développement des soins palliatifs, l'ouverture du droit à l'aide active à mourir. Ce texte s'inscrit dans une dynamique d'évolution des mentalités de la société française : selon les nombreuses enquêtes réalisées depuis vingt ans, plus de 80 % des Français se déclarent favorables à une loi permettant à chacun de choisir sa fin de vie dans certaines conditions clairement définies.

Il reste au Parlement à débattre entre les deux formes d'aide active à mourir : le suicide assisté, où le geste létal est assuré par le malade lui-même, et l'aide médicale à mourir, qui fait intervenir directement le médecin. Il pourra soit voter pour l'une ou l'autre, soit offrir au malade le choix entre les deux possibilités. Rien n'est encore décidé.

Même si l'on s'en tient à la proposition de loi qui axe l'aide active à mourir sur le suicide assisté, le rôle du médecin restera important à plusieurs étapes : c'est lui qui précisera si la personne est pleinement consciente de sa décision, qui fera la prescription médicale et qui sera présent le jour choisi pour assurer la sécurité de l'acte, en lien avec les soignantes et les soignants. De plus, sa participation médicale directe sera nécessaire lorsque le malade n'est plus capable physiquement d'intervenir lui-même.

« Forte évolution du corps médical »

Si, pour certains médecins, cette participation est incompatible avec leurs convictions, pour d'autres, répondre à la demande des malades atteints d'affections graves et incurables, et qui désirent choisir leur fin de vie, s'intègre parfaitement dans leur éthique.

Il est difficile d'évaluer la proportion des uns et des autres tant que persisteront, sur la tête des médecins, deux menaces juridiques : la sanction pénale avec procès aux assises et le risque d'être exclu de la profession par le Conseil national de l'ordre des médecins. Or, les mentalités évoluent.

Le 2 avril, au cours d'une réunion de la commission parlementaire, le docteur

Dans l'aide active à mourir, la participation des médecins retraités volontaires est essentielle

Les médecins **François Guillemot** et **Denis Labayle** soulignent le rôle majeur des praticiens retraités dans les pays pratiquant déjà l'aide à mourir, ce que l'actuelle proposition de loi omet



LES MÉDECINS TRAITANTS, PIVOTS ESSENTIELS DE CETTE DÉMARCHÉ, SONT DÉJÀ FORTEMENT SOLLICITÉS, AVEC DES PLANNINGS SURCHARGÉS

François Arnault, président du Conseil national de l'ordre des médecins, a rapporté les résultats d'une enquête inédite menée auprès des 3500 conseillers ordinaires concernant leur rôle face à la fin de vie des malades.

Si l'on estime que les conseillers ordinaires représentent une catégorie bien spécifique, puisqu'elle rassemble les médecins élus auprès des conseils de l'ordre départementaux et nationaux, leurs réponses traduisent une évolution significative des positions au sein même de cette institution, habituellement oppo-

sée à toute aide active à mourir assurée par les médecins.

Dans cette enquête sélective, un médecin sur trois est désormais « disposé à aider les patients au moment de l'acte final ». Et François Arnault de noter que « ce chiffre traduit une forte évolution du corps médical, car cette proportion était sensiblement moindre par le passé ». Par la voix de son président, le Conseil national de l'ordre des médecins explique clairement ne pas ignorer les évolutions sociétales et souhaite s'impliquer dans de nouvelles formes d'accompagnement, en protégeant les médecins qui réaliseraient les aides actives à mourir.

La participation des médecins qui, fidèles à leur éthique, sont disposés à intervenir dans l'aide active à mourir, soulève de nombreuses interrogations pratiques. Les médecins traitants, pivots essentiels de cette démarche, sont déjà fortement sollicités, avec des plannings surchargés impliquant un manque de temps pour assurer un suivi approfondi et souvent prolongé en raison de l'ambivalence fréquente de la demande. De plus, on le sait, tous les médecins n'y participeront pas : certains d'entre eux, pour des raisons qui leur sont propres et qui doivent être respectées, utiliseront leur clause de conscience, comme cela est prévu dans la loi.

Face à ces contraintes, la participation de médecins retraités volontaires, disposant de plus de temps pour s'investir dans cet accompagnement solidaire, est une piste essentielle. Leur expérience, leur disponibilité et leur engagement en font des acteurs potentiels clés du futur dispositif. Ces derniers, seuls ou regroupés, pourraient intervenir à la demande des médecins traitants pour assurer le suivi des malades demandeurs et, si besoin, réaliser le geste. Cet engagement peut se faire avec une formation facilement réalisable et peu onéreuse, à l'image du réseau belge End of Life, qui propose des cycles de formation aux médecins et aux soignants engagés dans les procédures de fin de vie.

La proposition de loi qui va être soumise au Parlement doit être modifiée sur ce point. Le texte évoque seulement l'appel aux « médecins en activité ». Il serait important que cet appel concerne l'ensemble des « médecins inscrits au Conseil de l'ordre [des médecins] », ce qui inclurait les médecins retraités volontaires, dont le rôle s'est révélé majeur dans les nombreux pays ayant déjà légiféré. Ce simple amendement permettra d'assurer une saine application de la loi dans un esprit de respect et de solidarité, à la fois pour la personne en démarche mais également pour son médecin traitant. ■

François Guillemot est médecin, ancien chef de service au centre hospitalier de Roubaix, fondateur du collectif *Accompagner mon choix de fin de vie*; **Denis Labayle** est médecin, ancien chef de service au centre hospitalier Sud-Francilien (Essonne), président d'honneur de l'association *Le Choix, citoyens pour une mort choisie*. Il a publié « *Le Médecin, la liberté et la mort. Pour le droit de choisir sa fin de vie* » (Plon, 2022)

Sara Piazza La loi promet un « droit à mourir » quand le droit à être soigné ne peut plus être garanti

La psychologue hospitalière s'étonne qu'une large partie de la gauche considère l'aide active à mourir comme une cause progressiste. Elle y voit surtout une manière de pallier les carences du système de santé

Liberté individuelle», « droit ultime », « avancée sociale » : la proposition de loi actuellement réexaminée, qui vise à légaliser l'euthanasie et le suicide assisté, est aujourd'hui portée par une partie de la gauche comme un combat progressiste. Et si elle relevait plutôt d'une fiction libérale, celle d'un individu performant, autonome, sans faille, même jusqu'à sa mort ? Que défend-on réellement aujourd'hui, au nom du progrès, avec le mal nommé « droit à mourir » ?

Cette revendication s'appuie notamment sur la même rengaine répétée à l'envi : l'opinion populaire est favorable, voire l'exige ! Or un premier constat s'impose : cette opinion est mal informée de ce qui existe aujourd'hui, de ce qui est possible lorsqu'une personne est malade et en souffrance. « Aide active à mourir », refus ou arrêt de traitements, sédation et soulagement : on instrumentalise ainsi une opinion dont on sait qu'elle est insuffisamment informée, mais tout à fait concernée par l'angoisse de la maladie, de la vieillesse, de la dépendance et de la mort.

En France aujourd'hui, toute personne malade peut décider du niveau de soin qu'elle souhaite poursuivre ou arrêter. Elle

peut être soulagée et accompagnée, de l'antalgie à la sédation. Pourtant, ces possibilités sont souvent mal connues du grand public, du législateur et parfois du corps soignant. De nombreux débats reposent sur ces méconnaissances. Cette confusion sert les discours qui banalisent la mort médicalement administrée qui nous est présentée comme une solution à la souffrance. Mais avant de répondre par la mort, regardons le réel.

Vision âgiste et validiste

Face à la maladie, chacun peut aisément imaginer ce dont il aurait besoin : pouvoir être suivi à l'hôpital sereinement, avoir des soignants en ville accessibles et à domicile si besoin. Au fil de l'évolution de la maladie, il pourrait y avoir besoin d'une consultation dans un centre antidouleur, d'un accompagnement psychologique ou d'un suivi par une équipe de soins palliatifs. Or, nous le savons, notre système de santé s'effondre.

Combien d'entre nous ont un médecin traitant ou la possibilité d'une infirmière à domicile ? Pour un département, combien de mois d'attente pour un rendez-vous en centre médico-psychologique ? Existe-t-il seulement une consultation antidouleur ?

Quelles ressources en personnel formé aux soins palliatifs ?

Le texte actuellement étudié à l'Assemblée nationale propose un délai de quinze jours entre la demande et l'exécution du geste létal. Or il faut aujourd'hui, par exemple, six mois d'attente en région parisienne pour une consultation dans un centre antidouleur. Comment soutenir que l'accès à la mort devienne plus rapide que la possibilité d'être soigné ? Dans un contexte de délitement de l'accès aux soins, cette future loi promet un « droit à mourir » quand on n'a plus les moyens de



L'EUTHANASIE INTRODUIT NÉCESSAIREMENT UNE LOGIQUE DE TRI : ENTRE LES VIES QU'ON PEUT ARRÊTER ET CELLES QU'ON DOIT PRÉSERVER

garantir un droit à être soigné. Un progrès, vraiment ?

Légaliser la mort médicalement administrée apparaît ainsi dangereux dans les faits mais également contraire à certains principes portés par la gauche : solidarité, égalité, lutte contre les dominations, justice sociale entre autres. Car que dit une société qui légalise l'euthanasie ? « Nous acquiesçons à ta mort, alors que nous nous mobilisons pour éviter celle d'autres. »

L'euthanasie introduit nécessairement une logique de tri : entre les vies qu'on peut arrêter, et celles qu'on doit préserver. En effet, nous décidons collectivement tous les jours de réanimer des personnes qui tentent, seules, de se suicider. Il y aurait donc ceux à qui nous porterions assistance pour les empêcher de commettre l'irréparable, et ceux pour qui la société accorderait, et même organiserait, avec le concours de la médecine, le suicide.

Or le fait même d'accepter cette différence repose sur des représentations âgistes et validistes, qui nous font accorder plus de valeur aux vies jeunes et autonomes qu'aux vies malades ou dépendantes. Les collectifs de personnes handicapées antivaldistes ne s'y trompent pas en décrivant de façon unanime les dangers de

cette proposition de loi. Leurs voix ne sont pas entendues, ce qui n'est pas une surprise dans notre contexte social. Car il faut, ici aussi, accepter de nous regarder en face. Quelle place symbolique et réelle accordons-nous aux personnes qui ne correspondent pas aux injonctions de notre système capitaliste, les vieux, les fous, les malades, les handicapés ? Relégués dans des institutions à la marge du social, entourés par des soignants déconsidérés, sous-payés jusqu'à l'indécence, toujours présentés dans les médias comme un coût, un fardeau, un « problème ».

Choix biaisés

Vieillir fait peur, la perspective de devenir dépendant ou malade inquiète, et la mort terrifiante. Ce texte ne permettra ni de soulager la souffrance physique ni d'apaiser la détresse existentielle, mais de supprimer celui qui souffre. Le politique devrait nous accompagner pour appréhender plus sereinement ces étapes de vie, et révaloriser celles et ceux qui nous rappellent que nous sommes tous vulnérables, tous trébuchants un jour. C'est cela même qui constitue notre humanité.

Proposer un modèle social où chacun ait sa place et puisse s'y tenir dignement plutôt qu'accepter,

voire prescrire, la mort de certains. La « liberté individuelle » est vaine sans les conditions socio-économiques qui permettent de choisir. Un « choix » posé dans la précarité, l'isolement, le manque de soins n'est pas un vrai choix. Il est induit, parfois intériorisé. Des conditions de vie dégradées ou des représentations sociales délétères biaisent fondamentalement le prétendu choix libre et éclairé.

Plutôt que d'ouvrir la porte à la mort médicalement administrée, continuons de nous battre pour une société plus juste, moins violente. Consacrons notre énergie et nos moyens à nos services publics, à combattre les inégalités d'accès au soin et à l'accompagnement, à combattre l'exclusion sociale et symbolique, pour rester jusqu'au bout solidaires. ■

Sara Piazza est psychologue en équipe mobile de soins palliatifs et en réanimation au centre hospitalier de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), dont elle préside le comité local d'éthique. Elle a cofondé le collectif *Jusqu'au bout solidaires*, qui se revendique de gauche et opposé à l'euthanasie