

QUELQUES ARGUMENTS POUR REFUSER LA MORT ADMINISTRÉE

1. Le respect de la vie permet de faire société. L'interdit de tuer protège les sociétés de la logique de la loi du plus fort.

2. Les valeurs de fraternité et de non-abandon doivent être inconditionnelles. Face à l'appel d'une seule personne, c'est toute une société qui tend la main : détresse, précarité, vulnérabilité imposent la relation d'aide. Le suicidé lui-même est accueilli en réanimation. Il faut plonger pour secourir celui qui se noie, la non-assistance étant par ailleurs punie par la loi.

3. La défense de la dignité et de l'intégrité de la personne est une exigence imprescriptible. La responsabilité de l'État est d'offrir à chacun des conditions de fin de vie dignes avec un accès généralisé aux soins palliatifs.

4. La proximité de la mort modifie les attentes. L'appel à ce que « ça s'arrête », lancé par les personnes en fin de vie, doit être reçu dans toute sa complexité et ses ambivalences. Il s'agit le plus souvent d'une demande de soulagement.

5. La mort fait partie intégrante de la vie, même si notre société tend à la mettre à distance et à la refouler. Le maintien de la relation avec ceux qui sont vivants jusqu'au bout, quel que soit l'avancement de leur maladie, reste essentiel.

6. Une « mort programmée », expéditive, dispense des efforts politiques pourtant urgents pour les soins palliatifs et des efforts de créativité thérapeutique pour contrôler les symptômes. Ceux-ci, déjà si tardivement proposés et à trop peu de patients, ne seraient-ils pas davantage négligés puisqu'après tout il existerait une alternative si simple ?

7. La contradiction entre mort programmée et valeurs du soin. La règle doit rester l'attention portée aux plus vulnérables, lesquels sont les premiers concernés par l'euthanasie dès lors que celle-ci est une option. La vocation de prendre soin n'est pas dissociable de celle de lutter pour la vie, sans compromis.

8. Une contradiction intenable face aux conduites suicidaires. Obligation est faite au psychiatre d'empêcher, autant que faire se peut, le suicide de la personne dépressive. Le réanimateur doit tout faire pour la sauver. Le médecin doit s'assurer que la demande de fin de vie n'est pas due à un état dépressif qui altérerait le discernement de la personne.

9. Administrer la mort n'est pas un soin. Comment conserver une confiance inébranlable dans un praticien qui aurait la possibilité légale de tuer ?

10. Une opposition massive des soignants : La majorité des soignants réellement confrontés à la fin de vie sont opposés à l'administration de la mort. **34% envisagent de démissionner** [1], et **35 % d'entre eux de faire valoir une clause de conscience** si une loi était votée. Le contexte de délitement de l'organisation de la santé publique en France est aussi à considérer.

11. Légiférer pour ouvrir une « exception d'euthanasie » n'est pas pertinent car une loi ne peut qu'être générale. Elle ne peut pas traiter tous les cas particuliers. **Les situations de fin de vie sont toujours singulières et appellent des jugements circonstanciés des équipes soignantes,** de manière collégiale, en lien avec les familles, les proches et les personnes de confiance.

[1] Sondage Opinionway du 30 sept 2022

12. Les extensions naturelles : l'encadrement s'avère impossible. L'exemple des pays étrangers (Hollande, Belgique, Canada) montre une spirale inflationniste de l'accessibilité à l'euthanasie. Au départ des législations, les critères de qualification pour l'euthanasie sont assez restrictifs. Cependant, ils s'élargissent très rapidement par trois mouvements :

a) Une **interprétation élastique des critères** car il y a une zone grise pour la plupart des paramètres : la question du court et du moyen terme, la « souffrance physique ou psychologique réfractaire ou insupportable » ;

b) Un **élargissement par amendements de la loi** : la suppression du critère de fin de vie (Canada, 2021), l'extension aux mineurs (Belgique, 2014). Aux Pays-Bas, une proposition de loi a été déposée pour élargir le suicide assisté aux personnes âgées qui considèrent que leur vie est « accomplie », même sans pathologie ;

c) Des **transgressions et des pratiques s'écartant de la légalité**, avec un **contrôle inefficace**. Le principe d'un contrôle a posteriori, sur la base d'une déclaration spontanée du médecin, entraîne des infractions. Les commissions de contrôle sont généralement impuissantes ou peu rigoureuses.

13. Une augmentation constante du taux de recours : tous les pays ayant légalisé la mort provoquée voient une progression constante du nombre d'euthanasies :

a) Belgique : X13 de 2003 à 2023 (+15% de 2022 à 2023)

b) Canada : X13 de 2016 à 2022.

14. Les **euthanasies clandestines ne disparaissent pas avec une loi**. Au contraire, leur nombre semble augmenter d'après plusieurs études menées en Belgique et aux Pays-Bas.

15. L'hyper-médicalisation de l'existence. Le **refus de la mort naturelle mène à toujours plus de médicalisation**, jusqu'à l'**obstination déraisonnable**, qui risque de faire basculer, dans une autre logique : l'administration de la mort. Avec comme corollaire une toute-puissance accordée au médecin.

16. Une question de modèle de société. Donner droit à la demande d'une mort programmée est l'aboutissement d'une **conception ultra-libérale de la société, individualiste** (somme d'intérêts particuliers) et **utilitariste** (somme des satisfactions individuelles), où la régulation par la loi dispense de dilemmes éthiques. Cette demande, de nature sociétale, ne concerne pas le monde soignant.