



AUMÔNERIE
ISRAËLITE
DES HÔPITAUX
DE FRANCE

Regards sur la fin de vie et l'aide à mourir: Une exploration éthique et spirituelle

Actes du colloque organisé à l'Assemblée nationale le 17 Avril 2024 par le Rabbin Mikaël Journo, Aumônier Général Israélite des Hôpitaux de France





L'Aumônerie Générale Israélite des Hôpitaux de France a le plaisir de vous convier à un colloque sur le thème :

« Fin de vie, aide à mourir : nos devoirs de fraternité »

Sous la Présidence de

Madame Fanta BÉRÉTÉ
Députée de la 12^{ème} circonscription de Paris

Et de

Monsieur le Grand Rabbin Haïm KORSIA
Grand Rabbin de France
Membre de l'Institut

Sous l'égide de

Monsieur Elie KORCHIA
Président du Consistoire de France

Monsieur Joël MERGUI
Président du Consistoire de Paris

Mercredi 17 avril 2024 de 17h30 à 19h30

Se présenter à l'accueil à 17H15

A l'Assemblée nationale
126, rue de l'Université - 75007 PARIS

Places limitées – **Pièce d'identité obligatoire** (en cours de validité et au format papier) - Inscription obligatoire **avant le 10 avril** par mail : aih@consistoire.org



En présence de

Monsieur Jean LEONETTI

Maire d'Antibes Juan-les-Pins
Auteur et co-auteur des lois sur la fin de vie de 2005 et 2016

Monsieur le Grand Rabbïn Michel GUGENHEIM

Grand Rabbïn de Paris

Monseigneur Pierre D'ORNELLAS

Archevêque de Rennes

Pasteur Christian KRIEGER

Président de la Fédération Protestante de France

Monsieur Sadek BELOUCIF

Membre du Forum de l'Islam de France
Chef de service en anesthésie-réanimation à l'hôpital Avicenne

Monsieur Emmanuel HIRSCH

Professeur émérite d'éthique médicale à l'Université Paris-Saclay

Monsieur le Rabbïn Mikaël JOURNO

Aumônier Général Israélite des Hôpitaux de France

Dans le cadre d'un projet de loi relatif à l'accompagnement des malades en fin de vie, présenté par le Président de la République comme "une loi de fraternité", et avant même que les débats parlementaires débutent, il est crucial de promouvoir nos valeurs sur ces sujets.

Notre objectif est d'accompagner avec compassion et humanité ceux qui sont sur le point de mourir et ceux qui ne guériront pas.

Nous devons affirmer nos principes et nos actions dans un esprit de dialogue, en précisant la nature de notre soutien, notre assistance et notre présence auprès des malades et de leurs proches.

Ce colloque doit approfondir notre réflexion, favoriser le dialogue et le partage d'expériences fondés sur la fraternité, tout en soulignant nos responsabilités envers la vie, ainsi que nos obligations morales, sociales et religieuses envers ceux auxquels nous devons porter assistance.

Sommaire

- Allocution du Rabbin Mikaël Journo 6
- Allocution du Ministre Jean Leonetti 11
- Allocution du Grand Rabbin de France Haim Korsia 15
- Allocution du Grand Rabbin de Paris Michel Gugenheim 20
- Projet de Loi 23
- Comparaison de la Loi entre les pays 30
- Article de France info 31





Colloque sur le thème
« Fin de vie, aide à mourir : nos devoirs de fraternité »

Mercredi 17 avril 2024

Intervention du Rabbin Mikaël Journo
Aumônier Général Israélite des Hôpitaux de
France

Je suis honoré de vous accueillir à ce colloque que j'ai l'honneur d'organiser sur le thème : « Fin de vie, aide à mourir : nos devoirs de fraternité ».

Je remercie Monsieur le Grand Rabbin de France, Haim Korsia, membre de l'Institut, dont les conseils éclairés ont contribué au choix des intervenants exceptionnels de ce colloque.

Mes remerciements vont également aux présidents de nos institutions : le Consistoire de Paris, représenté par le Président Joël Mergui, et le Consistoire de France, représenté par son Président Elie Korchia, pour leur soutien et leur engagement envers l'AIH.

Je suis très honoré d'avoir à nos côtés Monsieur le Ministre Jean Leonetti, maire d'Antibes Juan-les-Pins, auteur et co-auteur des lois sur la fin de vie de 2005 et 2016.

Je salue la présence de Monseigneur Pierre d'Ornellas, archevêque de Rennes, et du Pasteur Christian Krieger, Président de la Fédération protestante de France, ainsi que celle de Monsieur Sadek Beloucif, membre du Forum de l'Islam de France et chef de service en anesthésie-réanimation à l'Hôpital Avicenne.

Je remercie Monsieur Emmanuel Hirsch, professeur émérite d'éthique médicale à l'Université Paris-Saclay, pour sa précieuse contribution à ce colloque.

Merci à mon ami Georges Haddad, Président honoraire de l'Université Panthéon-Sorbonne et mathématicien, d'avoir accepté avec générosité la responsabilité de modérer notre colloque.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à l'assistance nombreuse, comprenant les aumôniers de toutes confessions présents aujourd'hui : catholiques, protestants, musulmans, ainsi que nos collègues rabbins et grands rabbins, aumôniers israélites des hôpitaux de France, venus de tout l'hexagone : Paris, Strasbourg, Lyon, Marseille, Metz, Toulouse, Nice, et bien d'autres encore.



Je salue également la présence du Grand Rabbin Olivier Kaufmann, directeur du séminaire israélite de France.

Enfin, je présente les excuses du Grand Rabbin de Paris, Michel Gugenheim, notre référent halakhique, qui a eu un empêchement de dernière minute et n'a pu venir aujourd'hui.

Sous ma proposition l'aumônerie israélite des hôpitaux de France a été fondée en 2009 par le président du Consistoire de France, Joël Mergui, et du Grand Rabbin de France, Gilles Bernheim, ainsi que ma nomination en tant qu'Aumônier Général Israélite des Hôpitaux de France.

Depuis sa création, notre principale mission a été d'assurer un soutien spirituel, religieux et moral aux patients hospitalisés de confession juive.

Nous tenons à souligner notre engagement à travailler main dans la main avec l'ensemble des aumôneries de tous les cultes dans le strict respect de la laïcité.

Nous avons mis en place une formation initiale pour les aumôniers israélites hospitaliers, ainsi qu'une formation continue sur les grands sujets médicaux et sociétaux.

Parmi ces thèmes, nous avons abordé l'Alzheimer, la prise en compte de la douleur et de la souffrance, ainsi que d'autres questions cruciales liées à la santé et à la société, toujours en croisant les regards entre la science, la médecine, l'éthique médicale et la position du judaïsme.

Je suis fier d'avoir créé le premier partenariat historique avec l'Université Panthéon-Sorbonne, avec la mise en place du D.U. de la laïcité, qui rencontre un succès grandissant d'année en année. En outre, il est important de souligner le travail exceptionnel fourni en période de Covid par l'aumônerie des hôpitaux de France et chacun des aumôniers.

Leur présence et leur soutien ont été d'un réconfort inestimable pour les patients et le personnel hospitalier dans ces moments particulièrement difficiles.

Ces formations ont pour objectif de renforcer les compétences des aumôniers et de les préparer à accompagner au mieux les patients et leurs proches dans les moments difficiles qu'ils peuvent rencontrer à l'hôpital.

Nous sommes honorés d'avoir l'opportunité de partager notre expérience et notre expertise lors d'événements tels que celui-ci, dans ce lieu emblématique de l'Assemblée nationale.



Le projet de loi du Président de la République, Emmanuel Macron, visant à inscrire l'accès à l'aide à mourir dans la loi, a été présenté par la ministre de la Santé, Catherine Vautrin, lors du conseil des ministres du mercredi 10 avril dernier.

Ce projet sera examiné à l'Assemblée nationale à partir du 27 mai. Le Président de la République soutient que cette loi est un progrès nécessaire, car il existe des situations inacceptables d'un point de vue humain, qui causent de la souffrance aux familles, aux patients et aux équipes médicales.

Revenons succinctement sur ce qui existe déjà en matière de fin de vie et de soins palliatifs. En avril 2005, la loi Leonetti a été votée à l'unanimité, encadrant les conditions de fin de vie et interdisant l'acharnement thérapeutique.

Elle affirme le droit au soulagement de la souffrance, même au risque d'abrégé la vie. Les actes médicaux ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable.

En 2016, la loi Claeys-Leonetti a instauré la sédation profonde et continue pour les patients atteints d'une maladie grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme.

Cette loi peut s'appliquer lorsque le traitement est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Le projet de loi annoncé par Emmanuel Macron va encore plus loin en autorisant l'accès à l'aide à mourir pour les patients majeurs capables de discernement, atteints d'une maladie incurable dont le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme, et souffrant de douleurs réfractaires, c'est-à-dire insensibles aux traitements actuels.

Ce sujet exige de chacun de nous une grande humilité, d'où le thème de ce soir.

Le Président de la République a présenté son projet de loi sur l'accompagnement des malades et la fin de vie comme une "loi de fraternité".

Alors que les débats parlementaires vont s'ouvrir et conduiront peut-être à une dépénalisation du suicide assisté et de l'euthanasie, comment mobiliser nos principes et nos devoirs de fraternité auprès des personnes en fin de vie ?

Quelles valeurs démontrer dans notre accompagnement et notre présence à leurs côtés et à ceux de leurs proches ? Contribuer par le dialogue et le partage d'expériences à l'exigence de fraternité, c'est mieux comprendre le sens de nos responsabilités de vie, de nos obligations morales et sociales envers ceux que nous n'abandonnons pas.



Dans la Paracha de Behar (Lévitique 25, versets 26-27), un passage revêt une pertinence indéniable dans le contexte de notre discussion : « וְכִי יָמוּךְ אָחִיךָ וּמָטָה יָדוֹ עִמָּךְ וְהִחַזְקֶתָ בּוֹ גֵר : « Si ton frère s'appauvrit et que ses ressources faiblissent à tes côtés, tu le renforceras, prosélyte ou résident, pour qu'il vive avec toi.

Tu craindras ton Dieu pour qu'il vive avec toi. » Ce verset souligne l'importance de soutenir ceux dans le besoin, en leur offrant refuge et assistance, afin qu'ils puissent vivre avec dignité.

Il rappelle également notre devoir de craindre Dieu et de respecter Sa volonté en prenant soin de nos semblables.

Cette notion de soutien et de respect de la vie est au cœur du débat sur l'aide à mourir. Onkelos, le premier traducteur et commentateur de la Torah au 1er siècle de l'ère chrétienne, traduit le premier mot de ces versets, "VéhiYamouh", par "vearé itmasquéne", s'il est Miskine, soulignant ainsi la dimension de la pauvreté, de la maladie et de la souffrance.

Il souligne ainsi que la personne souffrante est la plus malheureuse. Il est vrai que l'expression "aide à mourir" peut sembler perturbante, voire contradictoire. Il s'agit d'un oxymore car aider est toujours associé à la notion de vie, nous aidons à vivre et certainement pas à mourir.

Comme le souligne le Grand Rabbin de France, cette notion marque une rupture anthropologique.

En effet, traditionnellement, nous soutenons et aidons les autres à vivre, plutôt que de les aider à mourir.

Cette dichotomie soulève des questions fondamentales sur la nature de notre fraternité, de notre compassion, de nos devoirs envers nos semblables et les limites éthiques de notre intervention dans le processus de la mort.

Nous devons réfléchir à ces questions avec une grande sensibilité et un profond respect pour la dignité humaine.

C'est en dialoguant et en partageant nos expériences que nous pourrions mieux comprendre nos responsabilités et nos devoirs de fraternité envers ceux qui sont en fin de vie. Je vous remercie de votre attention et vous souhaite un colloque enrichissant et inspirant.



Colloque sur le thème
« Fin de vie, aide à mourir : nos devoirs de fraternité »

Mercredi 17 avril 2024

Intervention du Ministre Jean Leonetti

Le débat sur la fin de vie survient dans un contexte sociétal marqué par plusieurs évolutions rapides de la science des mentalités et des comportements.

La mort s'est « médicalisée », elle a perdu son caractère familial et familial en survenant la plupart du temps à l'hôpital. De plus, ces progrès des techniques médicales permettent de prolonger la vie dans des conditions humaines jugées quelques fois complexes et douloureuses. La mort s'en est trouvée déshumanisée.

Par ailleurs, la mort reste un tabou dans nos sociétés qui nie sa réalité, évite sa représentation et son évocation et raccourcit le deuil.

La mort reste, cependant, de manière immuable, le tragique de l'existence et se construit, le plus souvent, dans l'imaginaire de chacun à partir du souvenir de la mort d'êtres aimés. La mort c'est l'autre puisqu'il s'agit d'une expérience impossible à transmettre et auprès de cet être cher qui va disparaître, nous sommes traversés comme lui, par des désirs de mort et des désirs de vie qui s'entremêlent et se succèdent quelques fois. Un texte du Talmud illustre parfaitement cette ambivalence au travers du récit de la fin de vie d'un Rabbín ou les prières des hommes pour le garder en vie s'opposent aux prières des anges qui réclament son âme près de l'Eternel et, c'est une servante brisant enfin un vase qui interrompt la prière des hommes permettant à l'âme du Saint homme d'accéder au ciel.

Le débat éthique s'organise souvent autour d'un conflit de valeurs. La devise française qui associe les trois valeurs essentielles que sont la Liberté, L'Egalité et la Fraternité n'échappent pas à cette règle. Trop de liberté individuelle, affaiblit l'égalité et aboutit à la loi du plus fort alors que trop d'égalité peut avoir pour conséquence une limitation de la liberté de chacun dans sa pensée ou ses actions. Dans le cadre de la fin de vie, le conflit de valeurs s'opère entre la liberté individuelle qui affirme « c'est mon choix » et la fraternité collective qui répond, « nous te protégeons ». Une éthique de l'autonomie en face d'une éthique de la vulnérabilité.

L'équilibre entre ces deux éthiques a été recherché dans les lois actuelles, celle de 2005, comme celle de 2016 votées toutes deux à l'unanimité au parlement. Ces lois s'adressent aux personnes qui « vont » mourir et non aux personnes qui « veulent » mourir. Elles sont construites sur trois principes, le « non abandon », la « non souffrance » et le « non acharnement thérapeutique » que le code de déontologie nomme « obstination déraisonnable ». Ainsi, on peut et doit aujourd'hui soulager la souffrance, « même si »

cela peut hâter la mort, et on peut arrêter un traitement de survie s'il apparaît « disproportionné » ou « n'ayant d'autres but que le maintien artificiel de la vie » réduite à une vie biologique.

Le projet de loi du Gouvernement autorisera, sous certaines conditions, de donner la mort à une personne qui le réclame.

Il s'agit donc d'une rupture majeure.

Une rupture avec la tradition et l'engagement médical, la main qui soigne ne peut pas être la main qui tue. La mort signe l'arrêt des soins et n'est donc pas un soin.

Une rupture vis-à-vis de l'ensemble des textes législatifs français de 1999, 2002, 2005 et 2016 pour ne citer que les plus importants.

Une rupture anthropologique qui met fin à l'interdit de tuer qui n'est accepté dans notre démocratie, qu'en situation de guerre ou de légitime défense.

Contrairement à une idée répandue, c'est une loi humaine, et pas seulement une loi qui se réfère à un impératif divin. Que l'on croie au ciel ou qu'on n'y croie pas l'interdit de tuer est constitutif de toute vie en société. C'est une reconnaissance de l'autre à la fois différent et identique à soi-même. Le philosophe Levinas dit que « le visage de l'autre m'interdit de le tuer ». Il s'agit donc d'une transgression majeure qui sera désormais autorisée et d'un déséquilibre au dépend de la fraternité.

Ce projet aboutit à un texte qui n'arrive pas à nommer ce qu'il autorise car les mots cherchent à masquer la violence de l'acte. Le titre « Aide à mourir » est un euphémisme puisque ce dispositif autorise à la fois l'euthanasie » et le « suicide assisté ». Or « *mal nommer les choses c'est ajouter du malheur au monde* » selon Camus.

Les critères destinés à encadrer la procédure sont flous et déjà, beaucoup prédisent une évolution plus permissive, comme cela a été le cas dans la plupart des pays qui ont légiféré dans ce sens : Les portes entr'ouvertes finissent toujours pas être grandes ouvertes.

Qu'est-ce qu'un discernement plein et entier ? Que signifie « un pronostic vital engagé à moyen terme » ? Qu'est-ce qu'une souffrance psychologique insupportable ?

Le texte, de plus, sera déséquilibré dans son application du fait de la réalité sanitaire de notre pays et risque fort d'induire un choix par défaut. En effet, personne ne conteste le retard pris ces dix dernières années en matière de soins palliatifs. Quand on constate que plus de vingt départements sont actuellement dépourvus d'unité de soins palliatifs et que l'on sait que la prise en charge des patients dans ces services fait chuter de manière très significative la demande de mort, on imagine donc qu'il y aura une inégalité des français devant la loi et devant la mort selon leur lieu de résidence.

Le projet de développement des soins palliatifs proposé, en admettant qu'il se réalise comme prévu, mettra dix ans à se mettre en place, alors que le droit à la mort s'appliquera immédiatement.

La priorité c'est, évidemment, le développement des soins palliatifs promis par un texte vieux d'un quart de siècle et cela devrait être le préalable à toute législation sur ce sujet. La création d'unités d'« accompagnement » qui se substitueraient petit à petit à la carence des soins palliatifs n'auront pas les mêmes objectifs puisqu'on pourra y « bénéficier » de l' « aide à mourir ».

Enfin, toute loi est normative et symbolique, elle dit ce qui est permis et ce qui ne l'est pas, mais véhicule aussi des valeurs et adresse des messages à la population.

Il y aura des « suicidés » accompagnés et assistés dans leur démarche funeste et d'autres qui arriveront aux urgences que l'on réanimera en s'opposant ainsi à leur volonté de l'instant. La société présentera-t-elle le suicide comme un marqueur sociétal de liberté ou de souffrance ? Et comment, après ce discours ambivalent lutter efficacement contre ce fait de société qui traduit le mal être d'une partie de la population ?

Le suicide est un « droit liberté » que chacun peut exercer lui-même. Dès l'instant où on ajoute le terme « assisté » au mot suicide, on aboutit à un oxymore et transforme le « droit liberté » en « droit créance », en droit opposable. Le « droit à la vie » peut et doit être réclamé par chacun à la société sans qu'il implique une équivalence d'un droit à la mort.

Dans une société qui prône la force, la jeunesse et la performance, le droit à disparaître des plus fragiles ne se transformera-t-il pas en devoir pour ne pas « peser » sur les familles et la société, présenté comme un choix de « dignité ».

Enfin, la liberté ne repose-t-elle pas sur la possibilité de changer de volonté qui est une situation si fréquemment rencontrée en fin de vie. La mort donnée rendrait irréversible la volonté de l'instant alors que la vie c'est avoir la possibilité de changer d'avis.

S'il est évident que le fait de donner la mort à autrui, même s'il le demande n'est pas un acte de fraternité, il n'est pas non plus totalement un acte de véritable liberté individuelle puisqu'il sera proposé par la loi et sans doute suggéré par la société. Or dans une démocratie, personne n'est de trop, la honte d'exister doit être refusée dans le regard fraternel des autres car chaque être au fond de sa vulnérabilité est nécessaire au reste de l'humanité.





« Et tu choisiras la vie »

Par Haïm Korsia

Grand Rabbin de France, Membre de l'Institut

*

Allocution prononcée lors du colloque « Fin de vie, aide à mourir : nos devoirs de fraternité »
organisée par l'Aumônerie Générale Israélite des Hôpitaux de France

*

Assemblée nationale, le 17 avril 2024

Chers amis,

Les travaux sur le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie m'amènent à prendre la parole encore une fois sur la fin de vie.

Je voudrais remercier le Rabbin Mikael Journo, Aumônier général des hôpitaux de France, à l'initiative de l'organisation de ce colloque d'importance et Madame Fanta Berete, députée de Paris, qui nous fait l'honneur de nous accueillir dans ces murs.

Pourquoi parler de fin de vie ? Quand débute la fin de vie et combien de temps dure-t-elle ? Je préfère parler de « parcours de fin de vie ». Et il est vrai que si nous anticipons sur ce qui peut arriver, il est toujours possible de répondre à la véritable demande présente derrière les appels à agir qui est de ne pas souffrir et de ne pas être seul.

Malgré la volonté de certains, notre société ne demande pas de changer la loi pour aller vers l'euthanasie, elle souhaite seulement que ce qui a été décidé soit enfin appliqué, que la remarquable loi Claeys-Léonetti et qui avait trouvé un chemin de crête fait d'humanité entre refus de la souffrance et de l'acharnement thérapeutique – puisse se voir respectée par tous les acteurs de la santé du pays.

Si notre société en venait à légaliser la possibilité de donner la mort, d'une manière ou d'une autre, par-delà les finesses de terminologie et même avec toutes les précautions imaginables, ce serait une véritable rupture anthropologique, une grave mutation de notre paradigme qui pose la défense de la vie comme principe essentiel.

Je peux comprendre que personne n'aime voir les personnes aimées vivre une agonie. Mais est-ce une raison suffisante pour empêcher ce moment d'être vécu ? C'est un temps de vérité, pour soi et pour les autres, où il arrive que l'on puisse se dire, plus que durant toute une vie, et parfois sans même avoir à parler. Mais jamais au prix de la souffrance.



Alors pourquoi revient-on sur une loi qui semblait équilibrée ? Pourquoi risquer d'aller plus loin, c'est-à-dire trop loin ?

Après la loi du 9 juin 1999 qui garantissait l'accès aux soins palliatifs et la loi du 2 mars 2002 qui prenait en compte le droit des malades et martelait l'importance du consentement du patient, les deux lois Léonetti-Claeys du 22 avril 2005 et du 2 février 2016 ont donné à la fin de vie un cadre légal fin et intelligent, respectueux de toutes les convictions et des principes de notre société. Ce sont les échanges, les débats, les recherches d'équilibre, les auditions si nombreuses, les réflexions approfondies qui ont donné ce vote unanime. Notre situation actuelle est donc soutenue par de bonnes lois portées par un souffle d'humanité et d'équilibre et qui offrent aux médecins des références que toute la société considère comme acceptables avec le point essentiel de placer comme une évidence dans la conscience collective l'idée même des soins palliatifs, le respect de la volonté des patients, le refus de l'acharnement thérapeutique ou la sédation profonde et continue.

Cette loi traite tous les cas possibles, sauf celui de la volonté de mourir et son pendant, la possibilité pour le soignant de donner la mort, contrairement au serment d'Hippocrate que tout médecin prête au moment d'être adoubé par la communauté médicale : Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Aucune société ne peut ni ne doit traiter une telle tension éthique qui s'accompagne d'une grande vulnérabilité pour le patient et ses proches sans faire appel à la société, à la fraternité, à l'humanité dont nous sommes tous porteurs.

Ce n'est pas la mort, la réponse à ces questions, mais l'accompagnement de la vie jusqu'au dernier souffle, en fraternité.

Certes, tout ce qui était prévu dans la loi n'a pas été réalisé. Nous sommes très loin d'avoir une couverture uniforme du territoire en établissements comparables à Jeanne-Garnier à Paris. Il nous faut constater à regret que rien n'est fait pour valoriser cette filière dans les études de médecine. En fait, il manque toujours autant de moyens financiers et humains. Mais pour réaliser cela, il ne faut pas une nouvelle loi, il suffit d'appliquer ce qui était espéré, d'améliorer la formation médicale et du personnel soignant tout en relançant les projets d'unités mobiles de soins palliatifs afin de pouvoir suivre des personnes chez elles.

Le respect de la dignité humaine ne peut pas être abandonné aux uniques tenants de l'euthanasie car la dignité est une condition de la vie, pas de la seule mort. Et si notre pays s'honore d'avoir aboli la peine de mort, ce n'est pas pour la rétablir sous une autre forme, car il est évident qu'à vouloir faire trancher les éventuels cas particuliers par des magistrats, c'est bien de rétablissement de la peine de mort dont il faut parler, quand bien même ce serait avec ce que certains veulent appeler un « suicide assisté ».

L'expression de « suicide assisté » est en réalité un oxymore insupportable car le suicide est individuel et aider quelqu'un à le faire, c'est l'assassiner, même si le mot semble outrancier. Et même une loi ne peut pas transformer la réalité. Et un médecin ne doit jamais tuer (serment d'Hippocrate)



Un médecin ne peut faire autre chose que soigner et ne doit jamais tuer. Lors du dîner sur la fin de vie à l'Élysée en compagnie du Président, j'ai ainsi été blessé qu'un médecin puisse affirmer que « tuer peut-être un soin » avant de se faire corriger par le ministre de la Santé.

Au fond, notre société qui croit tout contrôler du début à la fin de la vie, ne supporte pas l'incertitude qui est pourtant le cœur de la destinée humaine. Nous ne cherchons avec nos lois qu'à avoir bonne conscience, alors que toute l'éthique consiste à se poser des cas de conscience.

Si chaque situation de fin de vie est singulière, il est impensable que la seule réponse qu'une société puisse apporter soit la mort alors que nous savons traiter la souffrance et accompagner des personnes qui ne sont pas moins dignes que d'autres grâce aux soins palliatifs. Et d'ailleurs, il y a quelque chose de rebutant à utiliser cette appellation qui semble, dire au patient, et c'est ainsi qu'il le reçoit, qu'il n'y a plus rien à faire. Il serait plus valorisant d'appeler cela des soins d'accompagnement car c'est le cœur de la mission de la médecine qui est d'aider, d'être présent à l'autre, d'accompagner. Oui, c'est d'accompagnement qu'il s'agit lorsqu'on accueille des patients en phase terminale de leur maladie, en leur offrant un temps d'apaisement, d'acceptation aussi de leur mort prochaine, et plus encore, la promesse qu'il y aura toujours quelqu'un qui sera avec eux, pour les accompagner.

Quelle schizophrénie sociétale de déployer tant de moyens afin de lutter contre le suicide – et nous n'en ferons jamais assez contre ce fléau – et en même temps de penser à vouloir organiser la possibilité d'aider quelqu'un à se suicider. Il est dangereux, pour une société, de proposer cela comme espérance. La sacralité de la vie de chacun et chacune est aussi ce qui doit nous pousser à choisir la vie : « *Voici je place devant toi la vie et la mort, la bénédiction et la malédiction; et tu choisiras la vie, pour que vive toi et ta descendance* » enseigne la Bible (Deutéronome XXX ; 19). Cette donnée fondamentale détermine l'attachement des hommes à la vie, d'un bout à l'autre, même s'ils ne portent plus d'engagement religieux autre qu'un humanisme qui pousse à respecter chaque vie.

C'est par une histoire très symbolique que le Talmud (Kétouvoth 104 a) raconte la fin de rabbi Yéhouda. Il était à l'agonie et ses élèves priaient afin que le vénérable maître reste avec eux, alors que dans le ciel les anges priaient pour que ce saint homme les y rejoigne. Les prières des uns annulaient la prière des autres et l'agonie se poursuivait. Alors la servante du vieux rabbin, excédée que les uns et les autres ne cherchent que leur propre intérêt, se saisit d'une cruche qu'elle fracassa au sol. Les élèves sursautèrent et cessèrent un court instant de prier. La prière des anges l'emporta et le vénérable maître rendit l'âme.

Voilà la logique qui porte l'action de la servante : il est interdit d'agir directement mais il faut refuser tout acharnement thérapeutique ou même textuel. Oui, il y a bien une dignité pleine et entière de l'homme, à chaque moment de sa vie, sans jamais occulter sa finitude car il faut rendre à l'humain son humanité, donc aussi sa fin.

Nous devons aussi avoir une réponse à apporter aux cas de maladies incurables, comme la maladie de Charcot où l'intellect fonctionne parfaitement dans un corps dont toutes les fonctions se dégradent. Et que dire aux parents d'enfants atteints de graves déficits cérébraux ou moteurs ?

Du point de vue du judaïsme, et plus largement, portés par le souffle d'humanité qui fonde notre société, nous sommes totalement interdits d'accomplir un geste qui va interrompre la vie d'un malade. Au fond, c'est un principe simple qui veut qu'un malade en fin de vie est un humain



avec tous ses droits et sa dignité pleine et entière. Alors, bien entendu, chacun est libre de mettre fin soi-même à sa vie, mais légiférer cette option tragique serait donc incompréhensible : nous devons juste penser la fraternité toujours en action.

Aucune société ne peut occulter l'idée même d'espérance et proposer la mort comme seule solution ou perspective. Et l'espérance est si importante que le Talmud (Pessahim 56 a) raconte que le roi Ézéchiass dissimula le livre de tous les remèdes, celui qui offrait une guérison assurée pour chaque maladie. Rachi, le célèbre rabbin champenois, précise que c'était pour que le cœur des hommes retrouve le chemin de la prière afin d'obtenir le rétablissement des malades, comme si, par-delà la fin de la maladie, la guérison ne dépendait que de l'espérance que les hommes trouvent dans la prière.

Les travaux de la convention citoyenne sur la légalisation éventuelle de l'euthanasie et du suicide assisté, ainsi que tous les rapports de toutes les instances, ont démontré qu'il y avait urgence à répondre à une crainte de ne pas être accompagné dans les fins de vie et de nous retrouver seuls. Et, puisque nous ne faisons pas ce qu'il faut réellement faire en termes de politique de développement des unités spécialisées, nous imaginons, collectivement, que s'il n'y a plus de malades, il n'y a plus de problème. Mais avancer sur cette pente si raide, c'est ne plus rien contrôler, c'est, sous prétexte de liberté individuelle, céder aux exigences financières d'une société qui n'ose pas se l'avouer et c'est sombrer dans l'utilitarisme le plus terrible.

Oui, il s'agit bien de définir le modèle de société où nous voulons vivre, celle de la confiance ou de la défiance, de l'espoir ou de la cruelle loi des statistiques, celle de l'éthique ou du pragmatisme.



Le Grand Rabbin de Paris

Consistoire Israélite de Paris

☎ 33 (0) 1.40.82.26.10/39

A propos du projet de loi sur l'aide à mourir.

Cher Monsieur l'Aumônier général israélite des hôpitaux de France,
Monsieur le Rabbin,
Cher Ami,

Je tiens à vous féliciter pour l'organisation et la réussite du colloque que vous avez organisé avec brio le 17 avril dernier à l'Assemblée nationale en présence de nombreuses et éminentes personnalités.

Absent de Paris le 17 Avril, je n'ai pu prendre part à ce très beau colloque intitulé : « Fin de vie, aide à mourir : nos devoirs de fraternité »

Je vous adresse ci-joint un texte que j'ai écrit sur ce sujet et vous remercie de votre proposition de l'intégrer à un livret.

L'enjeu de ce projet de loi est tel que je ressens comme un devoir absolu de m'exprimer à son sujet. Car sous couvert du titre altruiste de « aide à mourir », c'est bien de la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie active qu'il est question. C'est l'interdit pur et simple de l'homicide qu'il est projeté de lever- sous certaines conditions.

Pour le judaïsme de la Thora qui a légué à l'Humanité le « Tu ne tueras pas » - qui inclut la défense du suicide – ce projet est totalement inaudible : la vie est le plus beau don que nous ayons reçu de D. Elle est sacrée et inviolable. Son respect a une valeur inconditionnelle, imprescriptible. (La seule exception admise est celle de la légitime défense.) C'est à D. et à Lui seul qu'il revient de la reprendre.

Mais il importe de rappeler que quasiment toutes les sociétés laïques avaient érigé cet interdit en principe absolu. C'est dire le caractère véritablement révolutionnaire au plan sociétal de ce projet.

J'en appelle à la conscience morale de nos compatriotes : quel message une telle loi votée adresserait-elle à l'ensemble de la société ? Que si on a de bonnes raisons de le faire, s'en prendre à sa propre vie, ainsi qu'à celle d'autrui, est tout-à-fait envisageable ! N'est-ce pas encourager tous les actes de violence auxquels nous sommes dernièrement confrontés : les féminicides, les assassinats de représentants des forces de l'ordre, des enseignants, ou de jeunes enfants ?

Le Grand Rabbin de Paris

Consistoire Israélite de Paris

☎ 33 (0) 1.40.82.26.10/39

« Le respect de la vie est un acquis de la civilisation, l'irrespect de la vie un retour à la barbarie » (Robert Debré)

« Dès que le respect de la vie n'est pas absolu, les conséquences peuvent être terribles. » (Jean Rostand)

On ne saurait mieux dire ! Et j'ajouterai : « Le mieux est l'ennemi du bien ».

Michel GUGENHEIM
Grand Rabbin de Paris





PROJET DE LOI relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie

RESUME AU 5 JUIN 2024

DÉFINITION

Article 5 : « L'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner une personne qui en a exprimé la demande à recourir à une substance létale (...) afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder, se la fasse administrer par un médecin, un infirmier ou une personne majeure qu'elle désigne et qui se manifeste pour le faire. Cette dernière ne peut percevoir aucune rémunération ou gratification en contrepartie de sa désignation. Elle est accompagnée et assistée par le médecin ou l'infirmier. »

Article 5 bis : le « droit d'avoir une fin de vie digne » comprend le droit à « bénéficier de l'aide à mourir ».

CONDITIONS D'ACCÈS

Article 6 - Pour accéder à l'AAM, une personne doit répondre aux conditions suivantes :

1. Être âgée d'au moins dix-huit ans ;
2. Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
3. Être atteinte d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale ;
4. Présenter une souffrance physique, accompagnée éventuellement d'une souffrance psychologique liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable lorsque la personne ne reçoit pas de traitement ou a choisi d'arrêter d'en recevoir ;
5. Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

PROCÉDURE

Article 7 - « La personne qui souhaite accéder à l'AAM en fait la demande expresse à un médecin en activité qui n'est ni son parent, ni son allié, ni son conjoint, ni son concubin, ni le partenaire auquel elle est liée par un pacte civil de solidarité, ni son ayant droit. ». Ce médecin :

1. Informe la personne sur son état de santé, sur les perspectives de son évolution ainsi que sur les traitements et les dispositifs d'accompagnement disponibles ;
2. Propose à la personne de bénéficier des soins palliatifs et, pour une personne en situation de handicap, de tous les dispositifs et les droits visant à garantir la prise en charge de ses besoins et s'assure, le cas échéant, qu'elle puisse y accéder ;
3. Propose à la personne de l'orienter vers un psychologue clinicien ou un psychiatre ;
4. Indique à la personne qu'elle peut renoncer, à tout moment, à sa demande ;
5. Explique à la personne les conditions d'accès à l'AAM et sa mise en œuvre.

Article 8

A. Pour apprécier les conditions d'accès, le médecin organise une concertation (qui peut être organisée à distance). Il :

1. Recueille l'avis :

a. D'un médecin qui n'intervient pas auprès de la personne, spécialiste de la pathologie. Ce médecin a accès au dossier médical de la personne et il examine celle-ci, sauf s'il ne l'estime pas nécessaire, avant de rendre son avis ;

b. D'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient auprès de la personne ou, à défaut, d'un autre auxiliaire médical ;

2. Peut également recueillir l'avis d'autres professionnels, notamment de psychologues ou d'infirmiers qui interviennent auprès de la personne ;

3. Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique informe la personne chargée de la mesure de protection et tient compte de ses observations.

B. Le médecin se prononce dans un délai de quinze jours à compter de la demande.

C. La personne confirme sa demande après un délai d'au moins 2 jours – mais ce délai peut être abrégé à la demande de la personne.

D. Lorsque la personne a confirmé sa volonté, le médecin l'informe des modalités d'administration de la substance létale et détermine le médecin ou l'infirmier chargé de l'accompagner.

E. Le médecin prescrit la substance létale et adresse cette prescription à une pharmacies à usage intérieur.

Article 9

A. La personne convient de la date d'administration de la substance létale avec le médecin ou l'infirmier.

B. L'administration de la substance létale peut être effectuée en dehors du domicile de la personne.

C. La personne peut être accompagnée par les personnes de son choix pendant l'administration de la substance létale.

Article 10 - La pharmacie hospitalière à usage intérieur prépare et transmet la préparation magistrale létale à la pharmacie d'officine qui la délivre au médecin ou à l'infirmier.

Article 11

A. Le jour de l'administration de la substance létale, le médecin ou l'infirmier

1. Vérifie que la personne confirme qu'elle veut procéder à l'administration ;

2. Prépare, le cas échéant, l'administration de la substance létale ;

3. Assure la surveillance de l'administration de la substance létale.

B. L'administration de la substance létale est effectuée par la personne elle-même.

C. Si la personne a désigné une personne qui a accepté cette responsabilité :

1. L'administration de la substance létale est effectuée par cette personne sous le contrôle du professionnel de santé, sinon l'administration de la substance létale est réalisée par le professionnel de santé présent.
2. La personne volontaire est âgée d'au moins dix-huit ans et est apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée. Elle ne peut recevoir aucun paiement. Elle est informée de son droit à bénéficier d'un accompagnement psychologique
3. Lorsqu'il n'administre pas la substance létale, la présence du professionnel de santé aux côtés de la personne n'est pas obligatoire. Il doit toutefois se trouver à une proximité suffisante pour pouvoir intervenir en cas de difficulté.

D. Le médecin ou l'infirmier rapporte à la pharmacie d'officine mentionnée la préparation magistrale létale lorsque cette dernière n'a pas été utilisée ou ne l'a été que partiellement.

Article 12 - Il est mis fin à la procédure :

A. Si la personne informe le médecin ou l'infirmier qu'elle renonce à l'AAM ;

B. Si le médecin prend connaissance d'éléments montrant que les conditions d'accès ne sont pas remplies ;

C. Si la personne refuse l'administration de la substance létale.

Article 13 - Chacun des actes est enregistré dans un système d'information par les professionnels concernés.

Article 14 - La décision du médecin se prononçant sur la demande d'AAM ne peut être contestée que par la personne ayant formé cette demande.

Article 15 - Un décret précise les modalités d'information, la forme et le contenu de la demande et la procédure de vérification des conditions

CLAUSE DE CONSCIENCE

Article 16

A. Les professionnels de santé ne sont pas tenus de concourir à la mise en œuvre de l'AAM.

B. Le professionnel de santé qui ne souhaite pas participer doit informer sans délai la personne de son refus et communiquer le nom de professionnels de santé disposés à participer.

C. Lorsqu'une personne est admise dans un établissement de santé ou un établissement médico-social, le responsable est tenu d'y permettre

- a. L'intervention des professionnels de santé aptes à recevoir la demande ;
- b. L'accès du médecin ou de l'infirmier chargé de l'AAM.

D. Les professionnels de santé qui sont disposés à participer à la mise en œuvre de la procédure se déclarent auprès de la commission de contrôle.

CONTRÔLE ET EVALUTION

Article 17 : une commission de contrôle et d'évaluation assure le contrôle a posteriori du respect des procédures ; le suivi et l'évaluation de l'AAM ; l'enregistrement des professionnels de santé dans un registre accessible aux médecins.

Article 18 : définition de la préparation magistrale létale.

Article 18 bis : est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur l'AAM par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales de l'AAM.

Article 19 : les frais afférents à l'AAM sont remboursés par la Sécurité sociale.

DÉCRYPTAGE DE LA SFAP

1. L'euthanasie et le suicide assisté deviennent un soin, au choix du requérant

- a. Une **nouvelle section dédiée à l'aide à mourir est intégrée dans le Code de la santé** publique : l'euthanasie et le suicide assisté deviennent un soin.
- b. Le « droit à l'aide à mourir » est intégré au « droit d'avoir une fin de vie digne ».
- c. La **commission spéciale a ouvert la possibilité du choix de celui qui administre la substance létale** : « le choix entre 'euthanasie' et 'suicide assisté' devrait incomber au malade et non au type de maladie. »

2. Des critères d'éligibilité flous et larges

- a. Le **critère de pronostic vital engagé à « court ou moyen terme » a été remplacé** par celui d'**une affection grave et incurable** « en phase avancée ou terminale », ouvrant l'éligibilité à un nombre indéfinissable de situations : insuffisance rénale, Parkinsoniens échappant aux traitements, insuffisance cardiaque ou respiratoire, phase avancée de la maladie d'Alzheimer, cirrhoses compliquées mais stabilisées depuis des années.
- b. **Les conditions de la manifestation d'une volonté libre et éclairée ne sont pas précisées**, alors même qu'est en jeu la vie humaine. L'appréciation du caractère insupportable de la souffrance est très subjective.
- c. Seuls **deux critères sur cinq restent objectivables** : la nationalité ou la résidence stable en France, ainsi que l'âge (mais celui-ci est déjà contesté).
- d. La proposition de recourir aux soins palliatifs apparaît toute théorique alors 500 personnes meurent chaque jour sans avoir accès à ces soins.

3. Une procédure qui ne garantit pas la protection des plus vulnérables

- a. Les **conditions de la demande ne sont pas précisées** : une demande orale et sans témoin suffira. La loi belge exige une demande écrite, rédigée, datée et signée. D'autres pays exigent la présence de témoins, voire d'un notaire.
- b. **Le droit de provoquer la mort sera donc soumis à l'appréciation solitaire d'un médecin » indéfini.** Le médecin consultant ne sera pas tenu de procéder à l'examen de la personne afin de « ne pas compliquer inutilement la procédure ». Il pourra donc rendre un avis sans connaître le requérant.
- c. Le **caractère contraignant ou non des avis n'est pas indiqué**, ce qui retire beaucoup de portée à cette procédure comme le montre l'expérience belge.
- d. La **procédure collégiale n'est pas appliquée**, alors que celle-ci s'impose actuellement pour l'arrêt de traitement ou la sédation profonde et continue.
- e. **Le médecin dispose d'un délai de 15 jours après le recueil de ces avis.** Ce délai n'est pas réaliste au regard des dysfonctionnements de notre système de santé
- f. La **réitération de la demande doit intervenir dans un délai de 48 heures**, mais le médecin pourra réduire ou supprimer ce délai donné au requérant.

4. Une conception extensive de la réalisation de l'acte légal

a. Le geste légal pourra être pratiqué « **par un médecin, un infirmier ou une personne majeure qu'elle désigne et qui se manifeste pour le faire** ». Aucune législation au monde ne prévoit l'intervention d'un proche.

b. L'autorisation donnée à un tiers d'effectuer ce geste présente des risques de conflits d'intérêts, d'abus de faiblesse et de traumatismes intrafamiliaux.

c. L'aide à mourir **peut se dérouler en milieu hospitalier, à domicile et en EPHAD**

i. En milieu hospitalier et en EPHAD, le risque de division des services et des personnels est une évidence.

ii. A domicile, le risque est grand que cette pratique se fasse sans transparence

iii. Potentiellement, la loi ouvre la possibilité à une pratique du geste légal en tout lieu, puisqu'aucun encadrement n'est prévu.

5. Un contrôle a minima

a. Aucun dispositif de contrôle a priori n'est prévu. **Le contrôle de la commission s'exercera** a posteriori, à partir des informations communiquées.

b. Ici, la France s'inspire de commission fédérale belge, qui n'a transmis à la justice qu'un cas problématique (sur 33 610 euthanasies déclarées)

c. **Aucune trace écrite des consultations et échanges** n'est prévue par la loi, ce qui ne garantit aucune traçabilité de la procédure.

d. Seules les décisions refusant l'aide à mourir sont susceptibles de recours et les décisions accordant celle-ci échappent à tout recours.

e. Seule la personne peut porter ce recours. D'ailleurs, la famille ou les proches ne seront consultés, ni même informés dans le cadre du processus.

6. Une forte implication des soignants

a. Aucun professionnel de santé n'est tenu de concourir à la mise en œuvre d'une aide à mourir, avec cependant plusieurs limites :

i. Les professionnels doivent communiquer « sans délai » le nom de confrères susceptibles d'y participer

ii. **Les directeurs d'établissements de santé et médico-sociaux seront « tenus » d'autoriser la pratique du geste.** Aucun pays n'impose cela.

iii. Les **pharmaciens ne sont pas couverts par la clause de conscience**

b. Le dispositif prévoit une **implication des soignants à chaque étape**, excluant la possibilité d'un contrat de confiance thérapeutique sans compromis avec l'administration de la mort provoquée.

c. Avec le soutien du gouvernement, la commission a adopté un « **délit d'entrave à l'aide à mourir** » qui fait peser des menaces considérables sur la prise en charge des malades en fin de vie ou sur les politiques de prévention du suicide.



FIN DE VIE : LA LOI FRANÇAISE EST LA LOI LA PLUS PERMISSIVE AU MONDE

| |  France (Projet de loi de la commission) |  France (Projet de loi du Gouvernement) |  Etats d'Australie |  Belgique |  Espagne |  Autriche |  Suisse |  Pays-bas |  Canada |  Etats-Unis (onze états) |
|--|--|---|---|--|--|---|---|---|---|--|
| Suicide assisté et euthanasie ? | Suicide assisté et euthanasie (au choix), appelés "Aide à mourir" | Suicide assisté et euthanasie, si elle n'est pas en mesure physiquement d'y procéder | Suicide assisté et assistance d'un médecin pour l'euthanasie | Suicide assisté et euthanasie | Suicide assisté et euthanasie | Suicide assisté | Suicide assisté, par dérogation de la loi pénale | Suicide assisté et euthanasie | Suicide assisté et euthanasie. Appelée "aide médicale à mourir" | Suicide assisté |
| Critères d'accès | Affection grave et incurable en phase avancée ou terminale Présenter une souffrance physique ou psychologique liée à cette affection qui est SOIT réfractaire aux traitements, SOIT insupportable lorsque la personne ne reçoit pas OU a choisi d'arrêter de recevoir des traitements. (critères alternatifs) | Affection grave et incurable en phase avancée ou terminale Présenter une souffrance physique, accompagnée éventuellement d'une souffrance psychologique liée à cette affection, qui est SOIT réfractaire aux traitements, SOIT insupportable lorsque la personne ne reçoit pas de traitement ou a choisi d'arrêter d'en recevoir | Être atteint d'une maladie incurable, progressive qui causera la mort dans un délai de 6 MOIS ou 12 MOIS pour les maladies neuro-dégénératives. Subir des souffrances intolérables | Souffrance physique ou psychique constante ET insupportable, ne pouvant être apaisée ET résultant d'une affection grave et incurable (critères cumulatifs) | Maladie grave ET incurable, Ou, état grave, chronique et invalidant | Maladie incurable, entraînant la mort DANS LES 6 MOIS État de souffrance insupportable | Désir de suicide découlant d'une grave souffrance liée à une maladie, exclusion des maladies psychiques ayant pour symptôme une tendance suicidaire, caractère durable et constant du désir de mourir, absence de pression extérieure, exclusion des autres possibilités de prise en charge | Subir une souffrance physique ou psychique insupportable ET sans perspective d'amélioration | Être atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave ET incurable Res sentir des souffrances physiques ou psychologiques insupportables qui ne peuvent pas être atténuées dans des conditions que la personne juge acceptables | Avoir été diagnostiqué par deux médecins d'une maladie en phase terminale , entraînant la mort dans un délai inférieur à 6 MOIS (commun à tous les Etats) |
| Forme de la demande | Un seul médecin est censé recevoir une demande orale | Un seul médecin est censé recevoir une demande orale | Demande écrite. Selon l'Etat, le médecin doit demander un permis | Plusieurs entretiens avec le médecin. Demande écrite, datée et signée | Deux demandes écrites. Plusieurs entretiens avec le même médecin | Rédiger un « testament fin de vie », obligatoirement auprès d'un notaire | Lettre manuscrite à une association, demandant assistance | Demande écrite | Demande écrite en présence d'un témoin indépendant | Demande écrite datée, signée, et contresignée par 2 témoins indépendants et 2 médecins indépendants Deuxième demande ou plus tôt 15 jours après la première demande |
| Consultation par un psychologue ou un psychiatre ? | ✗ | ✗ | En cas de suspicion de maladie psychiatrique, un psychiatre doit être consulté | Possibilité d'un accompagnement psychologique offert | ✗ | Consultation nécessaire si la personne présente des troubles psychiques | Consultation nécessaire si la personne présente des troubles psychiques | Une personne qui souffre de troubles psychiatriques doit consulter un psychiatre | ✗ | Consultation obligatoire si la personne semble présenter des troubles psychiques ou psychiatriques |
| Quelle personne effectue l'acte ? | N'IMPORTE QUI soignant ou « personne volontaire » désignée par le patient) | N'IMPORTE QUI soignant ou « personne volontaire » désignée par le patient) | l'Médecin | Médecin | Médecin | La personne elle-même | La personne elle-même | Médecin | Médecin ou infirmier | La personne elle-même |
| Avis d'un second médecin et / ou examen de la personne ? | Avis non opposable du second médecin qui ne connaît pas la personne, sans examen obligatoire | Avis non opposable du second médecin qui ne connaît pas la personne, sans examen obligatoire | Avis d'un second médecin | Avis et examen par un second médecin qui doit rédiger un rapport | Avis et examen d'un second médecin | Deux médecins dont un en soins palliatifs | Un deuxième médecin et une personne attestant des critères | Avis écrit d'un second médecin | Avis écrit d'un second médecin | Avis et examen d'un second médecin |
| Délai de réponse du médecin ? | 15 jours à compter de la demande | 15 jours à compter de la demande | 7 jours à compter de la demande | Si le médecin est d'avis que le décès n'arrivera pas à brève échéance, il doit laisser s'écouler un mois entre la demande et l'euthanasie | 5j pour délivrer les informations, 24h pour demander si la personne réitère son souhait, 10j pour avoir l'avis d'un second médecin et 24h pour donner sa réponse | Aucune précision | Aucune précision | Aucune précision | Aucune précision si la mort est prévisible. Dans le cas contraire, 90 jours doivent être écoulés entre la première demande et l'obtention du produit létal | Dans la majorité des Etats, la personne doit réitérer sa demande au plus tôt au bout de 15 j et la personne peut retirer le produit létal au bout de 2j après que le document écrit ait été complété |
| Clause de conscience par établissement | ✗ | ✗ | ✓ (South Australia) | ✗ | Rien n'est imposé | ✓ | À la discrétion de chaque canton | Rien n'est imposé | Rien n'est imposé | ✓ explicitement |
| Clause de conscience pour les pharmaciens | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Délit d'entrave (avec avis favorable du Gouvernement) | (Avec avis positif du Gouvernement) ✓ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ |
| Lieu de pratique ? Etablissement public ou privé. | PARTOUT | PARTOUT | Public ou privé | Public ou privé | Public, privé ou à domicile | Public ou privé | Etablissement public ou privé, ou à domicile | Rien n'est précisé | Rien n'est précisé | À domicile - Les institutions de fin de vie doivent être volontaires pour que des suicides assistés s'y produisent. |
| Contrôle a priori ou a posteriori ? | Contrôle a posteriori | Contrôle a posteriori | Contrôle a priori et a posteriori | Contrôle a posteriori Un seul dossier transmis par la commission à la justice en 22 ans | Contrôle a priori et a posteriori | Contrôle a priori. (Document notarié) | Contrôle a posteriori (Responsabilité de l'association et inspection de police) | Contrôle a posteriori | Contrôle a posteriori | Contrôle a posteriori |
| L'euthanasie est-elle considérée comme un homicide volontaire ? | ✗ Régime d'irresponsabilité pénale prévu pour les forces de l'ordre et les militaires. | ✗ | ✓ L'euthanasie est considérée comme un meurtre | ✗ L'euthanasie, effectuée par un médecin et respectant les critères, n'est pas une infraction pénale | ✗ Caractère illégitime de l'euthanasie supprimé si l'acte est pratiqué par un médecin et les conditions respectées | ✓ L'euthanasie est considérée comme un meurtre | ✓ Incitation du suicide pénalement répréhensible. L'euthanasie est considérée comme un meurtre | ✗ Caractère illégitime de l'euthanasie supprimé si l'acte est pratiqué par un médecin et les conditions respectées | ✗ Exemptions créées dans le code pénal. | ✓ L'euthanasie est considérée comme un meurtre |
| Intégration dans le code de la santé publique | ✓ (avec avis positif du gouvernement) | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ |

"Tous ces débats réduits à néant" : le projet de loi sur la fin de vie victime de la dissolution de l'Assemblée nationale

France info : 11 Juin 2024



L'examen du texte, qui avait démarré en avril, s'est brutalement arrêté avec la décision d'Emmanuel Macron de dissoudre l'Assemblée nationale. L'avenir de cette "grande loi de société" est désormais incertain, suspendu aux résultats des législatives anticipées.

C'est l'une des nombreuses conséquences de la dissolution de l'Assemblée nationale. L'examen du projet de loi sur la fin de vie, qui était prévu jusqu'au 18 juin, a été suspendu dimanche 9 juin. Et pour cause : les députés ne retrouveront les bancs du Palais Bourbon qu'après les élections législatives anticipées prévues les 30 juin et 7 juillet. Pour que le texte soit à nouveau examiné, il faudra qu'il soit réinscrit à l'ordre du jour après le scrutin par le gouvernement. Une hypothèse incertaine, qui dépendra de la composition de l'Assemblée.

En l'état actuel, le projet de loi examiné en première lecture réservait l'aide à mourir aux personnes de plus de 18 ans, françaises ou résidant en France. Elles devaient souffrir d'une "affection grave et incurable, qui engage le pronostic vital, en phase avancée ou terminale", cette dernière provoquant une souffrance physique ou psychologique réfractaire ou insupportable. Ceux qui souhaitaient en bénéficier devaient également être aptes à manifester leur volonté de façon libre et éclairée, les députés ayant écarté la possibilité d'inscrire le recours à l'aide à mourir dans les directives anticipées. Ils avaient également supprimé la possibilité donnée à un tiers d'administrer la substance létale. Si le dossier est réouvert, les nouveaux députés devront néanmoins se pencher sur l'intégralité du texte, en commission puis dans l'hémicycle, la dissolution annulant le travail déjà réalisé.

"Hélas, cette décision bloque le processus"

Parmi les soutiens du texte, la désillusion est palpable. "L'arrêt brutal de ce qui allait être la grande loi de société de cette décennie est une très grande déception", reconnaît ainsi Olivier Falorni, le rapporteur général du projet de loi. "Je crains fortement que l'examen soit interrompu pour longtemps", souffle le député sortant MoDem, alors que le Rassemblement national, majoritairement hostile au projet de loi, part favori des législatives anticipées. Si l'extrême droite remporte le scrutin, "ça sera la fin de la loi sur la fin de vie, très clairement". Si la majorité garde la main sur l'Assemblée, le texte restera-t-il parmi les priorités parlementaires ? "Très sincèrement, l'enjeu des trois prochaines semaines, c'est de faire front. Ensuite, l'avenir de la loi dépendra du résultat des élections", balaie le rapporteur, alors que la Charente-Maritime, où il est élu, a largement plébiscité la liste conduite par Jordan Bardella.

"Toutes ces semaines d'auditions, de débats à l'Assemblée, réduites à néant ! C'est d'une violence absolue", se désole aussi Jean-Luc Roméro-Michel, président d'honneur de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD).

"C'est l'un des plus gros coups de massues qu'on ait connu, après avoir eu l'espoir fou de voir cette loi aboutir, même si ce n'est pas celle qu'on aurait souhaité."

- Jean-Luc Roméro-Michel, président d'honneur de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité

"La question de la fin de vie ne méritait-elle pas qu'on attende de finir l'examen de ce texte [pour dissoudre l'Assemblée] ?" s'interroge de son côté la députée sortante écologiste Sandra Regol, déçue de voir le texte "jeté à la poubelle". "Il y a beaucoup de déception", renchérit Martial Breton, l'un des participants à la Convention citoyenne sur la fin de vie, joint par l'AFP.

Les malades, concernés directement par ce projet de loi, ont aussi vu leurs espoirs balayés d'un revers de main. "Je suis fort désolée de voir ce projet ajourné", lâche Martine, dont le cancer du sein s'est propagé au reste de son corps en janvier, et qui avait confié à franceinfo son espoir de voir le texte adopté. Elle ajoute : "Cette décision politique est très brutale et ne tient aucun compte du bien commun." Pour Chris, atteinte d'un cancer du pancréas depuis trois ans, la nouvelle est "difficile à vivre". Agée de 80 ans, celle qui a entamé sa 78^e cure de chimiothérapie lundi ne souhaitait pas recourir à l'aide à mourir : "C'est mon choix personnel, mais je souhaite que les autres puissent faire ce qu'ils veulent." Aux élections législatives, elle sera attentive aux positions des candidats de sa circonscription du Rhône à ce sujet.

"J'aurai du mal à voter pour quelqu'un opposé au projet de loi tel qu'il avait été avancé."

- Chris, malade atteinte d'un cancer du pancréas

Dans le corps médical, ce revirement est aussi un coup dur. "Voilà des années qu'on nous répète que la loi sur la fin de vie, ce n'est pas le moment. (...) Pour une fois, on avait une porte entrouverte. Alors que la loi allait aboutir, hélas, cette dissolution de l'Assemblée bloque le processus", a regretté Denis Labayle, médecin et coprésident de l'association Le Choix, sur France Inter. Auprès de franceinfo, François Blot, médecin réanimateur à l'Institut Gustave-Roussy, craint le scénario du "pire", c'est-à-dire "un changement de Premier ministre et le texte mis dans un tiroir". Mais la reprise à zéro de l'examen parlementaire serait aussi un "crève-cœur terrible" pour certains malades, à qui le temps manque. "Il y a des patients en fin de vie qui espéraient bénéficier, dans les mois à venir", de la légalisation de l'aide à mourir, souligne François Blot.

"Je ressens une forme de soulagement"

Du côté de ceux qui combattent le texte, la "satisfaction" est de mise. "Je n'imagine pas qu'il soit reprogrammé tout de suite", avance Patrick Hetzel, le député sortant des Républicains, opposé comme la majorité de sa famille politique à l'aide à mourir. "Et avec les navettes parlementaires nécessaires sur un texte comme celui-ci", même s'il réussit finalement à trouver une majorité, ça ne sera pas avant "2026 ou plus". "Je ressens une forme de soulagement", abonde Claire Fourcade, vice-présidente de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, opposée de longue date à l'euthanasie. "Ce texte partait dans une direction qui ne nous paraissait pas être la bonne", estime-t-elle. Cette dernière compte utiliser le délai fourni par les législatives pour continuer "à s'adresser à tous ceux qui veulent en savoir plus sur notre opposition à l'aide à mourir".

En revanche, la médecin espère que "la question du développement des soins palliatifs" ne restera pas lettre morte, estimant qu'un "consensus" a été atteint. Avant la suspension des débats, les députés ont en effet consacré, contre l'avis du gouvernement, un "droit opposable" aux soins palliatifs, alors qu'une personne sur deux n'y a pas accès aujourd'hui. Un souhait partagé par Patrick Hetzel :

"Les soins palliatifs et la question de la dépendance me paraissent prioritaires par rapport à l'aide à mourir."

- Patrick Hetzel, député des Républicains opposé au projet de loi

Pour d'autres opposants au projet de loi, le délai supplémentaire n'est pas synonyme de victoire. "La boîte de Pandore est ouverte, il faut aller jusqu'au bout de la discussion maintenant", estime ainsi François Braun, ancien ministre de la Santé, qui n'avait pas caché ses réserves sur l'aide à mourir quand il était encore au gouvernement. "Reporter encore la discussion reviendrait à rouvrir une nouvelle fois ces débats."

Source : Franceinfo

https://www.francetvinfo.fr/societe/euthanasie/tous-ces-debats-reduits-a-neant-le-projet-de-loi-sur-la-fin-de-vie-victime-de-la-dissolution-de-l-assemblee-nationale_6596025.html

