

Pourquoi le gouvernement pousse-t-il à l'euthanasie?



Par **Nicole Delépine**

Chômage, retraites, ouverture des mines de charbon ? Tant de sujets qui dérangent et que le décès de la reine Élisabeth II ne pourra pas masquer éternellement. Alors parlons d'autre chose en relançant un sujet qui clive facilement si on sait le présenter astucieusement. Technique classique, mais très utilisée depuis cinq ans au moins.

L'euthanasie sans consentement a été quasiment légalisée de fait par le duo Veran Philippe en 2020.¹

Avons-nous déjà effacé de nos mémoires ces dix mille personnes disparues de nos vies sans un au revoir, via le Rivotril imposé par la main de robots obéissants, complices et victimes à la fois ? Ils osent nous reparler d'euthanasie !

Une nouvelle fois, le marronnier réapparaît, alors que le système de santé s'écroule, que les urgences sont fermées au moins la nuit dans certaines villes, dont certaines importantes, que des soignants sont suspendus, sans salaire, que les suicides se multiplient, que les Français s'inquiètent du froid de l'hiver, et de la pénurie alimentaire, ou de la guerre en Ukraine ou en Arménie, une nouvelle fois on ressort le sujet de la fin de vie.

Marronnier cache-sexe, combien de lois sur ce sujet en moins de 20 ans ? Facile d'émouvoir, facile de rallier tous ceux qui ont vu souffrir des proches, tous ceux qui s'imaginent savoir ce qu'ils voudraient ou voudront, alors qu'ils sont encore en bonne santé. N'oubliez jamais que vous ne saurez jamais d'avance ce que vous ressentirez quand votre heure approchera vraiment.

Comment oser parler de l'euthanasie après le décret Philippe-Veran de mars 2020 qui a entraîné près de 10 000 décès de vieillards et personnes âgées présents dans les EHPAD ou en hospitalisation à domicile non demandé par les victimes ni par leurs proches, sans oublier certains handicapés jeunes auxquels on avait enlevé leur bouteille d'oxygène et de surcroît ces « euthanasiés » d'office ont été privés d'adieux à leurs proches ? Peut-on oublier l'horreur inhumaine ?

Après le refus de trop nombreux médecins d'aller examiner à domicile les patients suspects de covid, et leur refus trop fréquent de leur prescrire autre chose que du doliprane, après l'injection mortelle de Rivotril à trop de patients abandonnés, et à l'extorsion du consentement à une injection expérimentale à répétition, comment peut-on imaginer qu'un malade puisse faire confiance aux médecins ? Une telle trahison trop répandue de leur serment d'Hippocrate a brisé la confiance des malades envers les médecins.

Les autorités veulent utiliser l'euthanasie pour détourner la conversation et faire oublier les nombreux sujets qui fâchent

(réforme des retraites, réforme de l'assurance chômage, rationnements voulus par nos gouvernants qui ont saboté le nucléaire pour récupérer les voix des verts et imposé des sanctions contre la Russie pour faire plaisir à l'OTAN et à Ursula) ont-elles pensé à l'effet boomerang si suffisamment de personnes rappellent ces meurtres prémédités de nos vieillards, sur circulaire puis décret envoyé aux médecins de garde fin mars 2020 ? Et comment oublier aussi les nombreuses euthanasies de petits patients cancéreux en fin de parcours depuis les années deux mille, sans grande médiatisation ni discussion ? Comment faire comme si tout cela n'avait pas existé ?

Qui pourra donner un droit de vie ou de mort à la gent médicale après ce déshonneur collectif qui sévit depuis deux et demi sous la crise covid et qui a pour très longtemps élevé un mur de méfiance, voire de défiance entre patient et médecin, même avec ceux qui ont été fidèles, car comment faire la différence a priori ?

[Fin de vie : le Comité d'éthique juge possible une « aide active à mourir » \(orange.fr\)²](#)

13 septembre 2022

Le Comité d'éthique s'était jusqu'alors s'était prononcé contre une modification de la loi Claeys-Leonetti datant de 2016 et interdisant l'euthanasie et le suicide assisté.

*« Après 20 années de lois et débats en France sur la fin de vie, le Comité d'éthique a rendu mardi 13 septembre son avis sur ce sujet difficile. "Si une nouvelle loi sur la fin de vie devait être discutée en France, **il existe une voie pour une application éthique d'une aide active à mourir**" », a déclaré lors d'une conférence de presse Alain Claeys, l'un des rapporteurs de cet avis. Cependant, « cette évolution supposerait **certaines conditions strictes avec lesquelles il apparaît inacceptable de transiger** », a immédiatement tempéré*

le membre du CCNE, dont le rôle est purement consultatif. (..) Dans la foulée, **Emmanuel Macron a annoncé le lancement d'une large consultation citoyenne sur la fin de vie, en vue d'un possible nouveau « cadre légal » d'ici la fin 2023.**

Une convention citoyenne, organisée par le Conseil économique, social et environnemental, sera « constituée dès octobre » et rendra ses conclusions en mars, a indiqué l'Élysée dans un communiqué. Des débats seront aussi organisés dans les territoires « afin d'aller vers tous les citoyens » et le gouvernement engagera un « travail concerté et transpartisan » avec les parlementaires, a ajouté la présidence.

L'avis du CCNE constitue donc une première étape vers une telle évolution, même si l'institution l'assortit de nombreuses prévenances. **Le comité estime ainsi qu'une nouvelle loi ne saurait uniquement se concentrer sur le sujet de l'euthanasie ou de l'aide active à mourir.** « On ne comprendrait pas une loi uniquement axée sur ce sujet, car aujourd'hui on sait très bien qu'il y a des situations inacceptables sur (la mise en œuvre des) soins palliatifs », a déclaré M. Claeys. Le comité plaide donc aussi pour **accélérer les efforts en faveur des soins palliatifs**, une position qu'il avait déjà tenue dans de précédents avis.

Il marque toutefois une rupture avec ses positions passées en jugeant possible d'introduire dans la loi une aide active à mourir. Jusqu'alors, il s'était prononcé contre une modification de la loi Claeys-Leonetti datant de 2016 et interdisant l'euthanasie et le suicide assisté. Désormais, le Comité accepte d'établir un cadre éthique pour envisager de légaliser de telles mesures. **Une éventuelle « assistance au suicide doit accompagner la volonté de la personne », mais il « faut s'assurer que cette demande soit ferme, éclairée, constante et motivée »**, a expliqué Régis Aubry, autre rapporteur de l'avis.

La position du Comité n'apparaît néanmoins pas unanime :

certains de ses membres ont émis des réserves quant à la mise en place d'une aide active à mourir. « *Cet avis a fait débat au sein du CCNE comme je suppose dans la société française* », a admis M. Claeys. »

Nous avons en tant que cancérologue, pédiatre et coll. longuement réfléchi à ce difficile sujet qui ne devrait pas être jeté en pâture à des fins politiciennes en quelques mois pour masquer d'autres réformes majeures comme celle des retraites ou de l'assurance chômage.

Le dilemme reste identique aux réflexions que nous publions en 2013.

D'un côté des familles sincères et démunies qui ont vu souffrir leurs proches sans réponse à leur demande de fin de cette vie qu'ils ne supportaient plus, sans l'aide expérimentée d'un médecin dans le secret et l'intimité du cabinet, comme depuis toujours avant cette période de judiciarisation délirante de la médecine.

De l'autre, tous ceux qui instrumentalisent le profond drame qui se joue parfois pour en faire un argument politique et rameuter quelques voix tout en diminuant le prix des retraites, en diminuant la durée des séjours hospitaliers coûteux et en libérant des lits d'hôpitaux devenus si rares depuis que nos gouvernants sabotent l'hôpital trop coûteux à leur goût.

Déjà en 1993 beaucoup d'euthanasies n'étaient pas pratiquées à la demande explicite du patient. Voici ce que j'écrivais ³:

« 3,1 % des décès font suite à un acte visant délibérément à abrégé la vie, par un arrêt du traitement ou une intensification de la sédation. Dans 0,8 % des décès, des médicaments ont été administrés afin de donner la mort (dont 0,2 % seulement à la demande du patient). Aujourd'hui illégale, l'euthanasie est pratiquée et dans un nombre

significatif de cas sans la demande du patient selon l'Ined.

Toutes les questions concernant la fin de vie ne sont pas solubles dans celles relatives à l'euthanasie, loin s'en faut »

Douleur, compassion, liberté de choix du patient, dignité, respect de la volonté de l'autre (qui sera moi demain)... Tous ces bons sentiments sonnent bien et pourraient conduire à un consensus extorqué pour légaliser l'euthanasie comme si elle ne l'était pas déjà tolérée en pratique.

On nous dira que c'est pour avaliser ce qui se passe dans l'ombre et éviter les risques pour les bonnes âmes qui s'y livrent dans la nuit de l'hôpital... Justement lorsqu'on « aide » quelqu'un à mourir, ce doit être un choix longuement pesé et le risque moral, médicolégal et éthique doit persister et être assumé, seul rempart à la banalisation du meurtre.

Il ne faut pas banaliser le fait de « tuer » dans notre société, car achever un mourant est bien « tuer ». Si on franchit la limite sans même sans apercevoir, la déliquescence de la société et son humanité sont menacées. La porte est rouverte aux wagons de bestiaux, aux camps pour handicapés ou opposants, aux expériences médicales sur ces « sous hommes » déchets humains selon l'expression des années 1930 pour les cancéreux incurables, des infirmes voire à l'extermination de catégories gênantes, bref, au fascisme qui rode toujours » ceci fut écrit en 1993. La preuve de la déshumanisation de notre société s'est affichée avec l'interdiction de soigner les malades discriminés sur leur âge et leur handicap, et pour tous l'interdiction d'utiliser les médicaments peu chers et efficaces comme l'hydroxychloroquine et l'ivermectine et antibiotiques. Et pour tous aussi l'exigence d'injections expérimentales d'une substance génique dont les effets toxiques étaient prévisibles et maintenant démontrés. Et vous confieriez votre vie à une corporation médicale,

pharmaceutique, soignante (qui a injecté le poison) et qui a failli largement et longuement... Encore aujourd'hui on refuse au patient de l'Ivermectine. Et certains confrères dénoncent le collègue qui soigne à l'ordre qui le poursuit alors qu'il n'a pas poursuivi les médecins de plateau qui nous pas déclaré leurs liens d'intérêt comme la loi anticorruption l'exige...

Encore aujourd'hui des médecins et soignants sont interdits de travail et de RSA ou chômage pour désobéissance et aucune grève générale des soignants qui réglerait le problème en quelques jours n'éclate même un an plus tard, alors que le mythe de l'efficacité du pseudovax a explosé. ET VOUS FERIEZ CONFIANCE ?

Déjà trop d'euthanasies en France la mort précipitée dans un cas sur deux ! Elle concerne principalement les malades souffrant de cancer. Ce nombre important de fins de vie « accélérées » dont un nombre non négligeable sans l'accord du patient même conscient interpelle. Les gouvernements et en miroir les soignants voire les familles ont pris l'habitude de décider de ce qui est bon pour le malade. **On a l'habitude d'entendre dans les réunions hospitalières qui se permettent de décider de la vie ou de la mort des individus au nom d'une collégialité toute puissante : « cette vie ne vaut pas la peine d'être vécue » (et la leur ?).** Ou bien « *pourquoi réanimer cette enfant handicapée ?* » (Entendu hier : ce sont des faits quotidiens dans les hôpitaux). Faut-il avoir un QI minimum pour avoir le droit de vivre, de rire, de jouer, d'aimer et d'être aimé ? On utilise la souffrance des familles pour les amener à prendre la décision qu'ont choisie les médecins en leur faisant croire que c'est eux qui la prennent. Perversion, peur des responsabilités ? On fait croire à une famille qu'un patient jeune doit être amputé pour se sortir d'un épisode infectieux qui met sa vie en jeu (sans l'avis de son orthopédiste référent qui le suit depuis 13 ans). On le dit à la jeune fille intubée, ventilée qui fait comprendre que dans ces conditions il faut abrégé sa vie... De quel droit

imposer des souffrances psychologiques de ce type à une adolescente et à sa famille. Est-ce là le monde médical dont nous rêvions quand nous avons choisi les études de médecine ?

Ne faut-il pas chercher d'autres explications à cette véritable mise en condition pour légaliser l'euthanasie après avoir mis en exergue les soins palliatifs en les opposant de fait aux soins curatifs qu'ils ont fini par écarter même lorsqu'il existe encore des possibilités de traitement potentiellement curatif ?

L'argument pour légaliser l'euthanasie est le même qu'on entendait il y a quelques années pour développer les soins palliatifs de façon autonome. Car pallier la douleur des gens avait toujours fait partie du travail des oncologues en combinaison avec les soins à visée curatrice. Les isoler comme une entité à part revenait à faire admettre l'arrêt brutal des soins curatifs. Or si ces soins palliatifs ont été développés, le traitement de la douleur a été contrôlé, chacun sait maintenant dans le milieu du cancer traiter la douleur, même s'il reste parfois des situations difficiles (par exemple les douleurs neurologiques peu sensibles aux morphiniques). Dans les situations résistantes à la morphine et ses dérivés d'autres médicaments sont utiles (Laroxyl, Rivotril, Neurontin etc..) et à la limite la sédation (diminuer la vigilance et endormir le patient par des anesthésiques) est possible et utilisée de façon fréquente et ne doit pas signifier euthanasie. Cependant **le patient doit avoir le choix et être informé** : celui-ci préfère parfois tolérer une certaine douleur plutôt que de perdre contact avec la réalité et ses proches. **Quand on souffre, c'est qu'on est vivant et certains le réclament haut et fort malgré la mode ambiante.**

Alors pourquoi ces campagnes depuis la fin des années 1990 pour mettre en avant les soins palliatifs et les mettre en concurrence avec le traitement du cancer par exemple ? On avait vite compris à l'époque que la morphine coûte quelques euros et la chimiothérapie des centaines. Maintenant, comme si

cela ne suffisait pas de ne plus soigner les gens pour leur pathologie, mais seulement les « accompagner », la bataille de l'euthanasie commence...

Des raisons pas si nobles en faveur de l'euthanasie motivent peut-être certains de ses promoteurs. Les soins palliatifs seraient encore trop coûteux. Les hôpitaux seraient « *encombrés* » de patients vieux, fatigués, malades peut-être incurables (cela est vite décrété et souvent au moins partiellement faux). Les établissements hospitaliers sont en déficit. Il faut réduire les coûts, donc les hospitalisations, d'autant que les moyens ou longs séjours nécessitent beaucoup de personnel soignant et que ce sont les emplois qui coûtent cher. Alors, accélérer les fins de vie en le présentant comme un choix humain et compassionnel, n'est-ce pas une belle idée de gestionnaires qui ne veulent pas avouer ses raisons profondes à la population. Les citoyens ne le découvrent que lorsque leur proche est en cause. Et encore seulement les plus vigilants qui ne se laissent pas tromper par le discours de compassion ambiante.

La mise à mal du système de santé depuis les années 1990 avec les ARS, les SROS, les différentes réformes et plans successifs (plan cancer, plan hôpital 2003-2007, et finalement la loi Hôpital patients santé territoire de 2009 dite HPST qui achève la casse de l'hôpital et la mainmise des gestionnaires pour ériger l'hôpital-entreprise).

Quant a commencé la grande vague de médiatisation pour la diminution « nécessaire » des dépenses de santé vers les années 1995 pour soi-disant « sauver » la sécurité sociale (dont il s'agissait de fait de préparer la privatisation pour rendre à la Bourse les milliards d'euros qui y échappent encore), **les fusions d'hôpitaux, les fermetures des petites maternités et des hôpitaux de proximité ainsi que la fermeture de milliers de lits de psychiatrie ont modifié radicalement le paysage du système de santé.**

Le coût pour la Sécurité sociale des six derniers mois de vie

Les analyses publiées pour l'établissement du SROS en 1995 (schéma régional d'organisation sanitaire) ont rapidement montré que les dépenses de santé d'un patient pendant ses six derniers mois de vie équivalaient aux sommes qu'il avait consommées dans le reste de sa vie.

Quoi de plus simple que d'imaginer « raccourcir » ces six mois de vie par les soins palliatifs d'abord et l'arrêt des traitements coûteux de chimiothérapie au prétexte d'obstination déraisonnable puis l'euthanasie passive ou active, mais toujours discrète inavouée, innommée ou innommable. On préfère la notion d'aide, de sédation un peu poussée qui raccourcira la vie *mais* « *pour le bien du patient* ». La loi Léonetti a encadré ces pratiques en les dégageant du risque médico-légal. Cela devrait être bien suffisant vu déjà les dégâts en termes d'autorisation que se donnent les équipes médicales sur la vie et la mort des malades. L'image de Dieu personnifié n'est jamais loin du médecin et la différence bien connue entre un médecin et dieu est que Dieu ne se prend pas pour un médecin.

Effets pervers d'une loi bien équilibrée dans les textes, mais dont l'application dépasse déjà ses buts. Les équipes se réunissent et se croient légitimes pour décider de la vie du patient, de la sédation qu'il nécessite pour pallier sa douleur. De fait c'est à lui de décider, mais à personne d'autre. Et l'on connaît maintenant la grande infériorité et l'incohérence des décisions prises en collectivité [6], l'abus de faiblesse des équipes médicales sur les familles auxquelles elles font accepter la décision du staff qui passe pour motivée, objective et raisonnable. Notre vie ne tient qu'à un fil surtout en réanimation ou en oncologie. Vous avez intérêt à avoir comme famille et/ou personne de confiance des gens non influençables qui vous aiment et n'attendent pas l'héritage.

Et puis la Tarification à l'activité s'en est mêlée (célèbre

T2A) .

Mis en place dans les hôpitaux progressivement depuis le début du nouveau siècle, il s'avéra rapidement que seuls les « actes » payaient (pose de cathéter central, fibroscopie, biopsie, ponction, etc., interventions évidemment).. Règne et dogme du quantitatif, cette tentative a priori saine de payer les hôpitaux en fonction du travail fourni réellement eut rapidement ses effets pervers et fut détournée de ses objectifs.

Il apparut vite que toutes les activités humaines auprès du patient n'étaient pas « valorisées ». La toilette d'un malade devait se faire rapidement, plus question de passer du temps avec lui ni de bavarder, de l'écouter, le consoler, le cajoler. Fini l'infirmière autorisée à nurser son patient devenu client. Quant aux médecins vissés sur leur siège devant l'ordinateur pour récupérer les protocoles à appliquer à la maladie qu'ils devaient traiter, ils oublièrent trop souvent que cette maladie survenait chez un être humain à prendre en charge globalement.

Ainsi malgré la rentabilité exigée de plus en plus du personnel, il fallut réduire la durée des séjours « en court séjour » habituel et en soins palliatifs. Ils devinrent non rentables, pas plus qu'en long séjour ou en maison de retraite médicalisée. Il fallut « raccourcir » la durée des hospitalisations en soins palliatifs aussi et on m'expliqua clairement quand je me renseignais pour un proche qu'au-delà de douze jours le malade devait être sorti... Retour à domicile ? Parfois exceptionnellement. Sinon... Nombre d'entre eux probablement réclameraient l'euthanasie avant qu'on ne les mette franchement à la porte. Ils sauraient se tenir et s'effacer à temps. On tournerait autour d'eux et de leurs familles leur demandant de trouver un autre point de chute... Ils seraient conditionnés et surtout se sentiraient de trop, gênants, pesant sur la société et leurs proches... Même dans les services d'oncologie pédiatrique, des adolescents en soins

entendent « *qu'ils creusent le trou de la sécu* ». **Mais personne n'avoue jamais avoir prononcé une parole pareille...**

Alors que signifie une demande d'euthanasie si tant est qu'elle existe, sinon une sensation d'être un poids pour la société ou/et sa famille. Une société digne de ce nom traite mieux ses malades, ses parents, ses enfants, et ne les pousse pas au suicide, au nom de la compassion et de la dignité.

Un exemple : en service d'oncologie de court séjour à l'hôpital public une journée d'hospitalisation avec comme diagnostic principal ; soins palliatifs (Z515) rapporte à l'hôpital environ 1400 euros payés par la sécurité sociale ; deux jours environ 2400, de quatre à douze jours de l'ordre de 4400 euros. Toute journée supplémentaire ne sera payée que 200 euros. Il vaudra mieux « libérer le lit » rapidement et y traiter un patient, ou plutôt une pathologie, plus rentable comme une septicémie chez un malade en aplasie (trop peu de globules blancs) où 5 jours rapporteront plus de dix mille euros à l'hôpital. Et étant donné la pression des gestionnaires médecins et administratifs qui nous donnent des objectifs financiers d'activité à remplir... le sort du malheureux malade est oublié. Parfois les soignants essaient de prolonger le séjour possible en prescrivant quelques actes qui le rentabiliseront et permettront de s'autoriser à le garder un peu, telle une pose de cathéter central chez un sujet cachectique par ailleurs en arrêt de soins. Quid de sa souffrance au bloc, dans les couloirs sur le brancard ? Celui-là va vite demander qu'on en finisse. On n'est pas à une contradiction près dans les services. On fait comme on peut. Pour la défense des soignants au centre de ce cercle infernal, soulignons que les distorsions psychiques liées aux injonctions paradoxales deviennent permanentes et causent de grandes souffrances qui mènent souvent au suicide des médecins et cadres, à de nombreuses dépressions chez les soignants et à l'abandon de la profession.

En résumé comme l'écrivait le professeur Lucien Israël dans

« la Vie jusqu'au bout », la demande d'euthanasie est rare, exceptionnelle même chez les patients adultes et âgés gravement malades, mais correctement pris en charge. Elle correspond le plus souvent à une dépression profonde en rapport avec la perte de l'estime de soi liée à la façon dont vous êtes traité. Des couches à l'arrivée du malade avant même de savoir s'il est continent, économiseront du temps soignant, mais transformeront la personne âgée valide en incontinent, plus ou moins confus (les somnifères de la nuit sans modération) en quelques jours. La honte effacera l'envie de vivre.

Puisque notre société marchande rêve d'indicateurs, elle pourrait prendre comme indice de la maltraitance dans nos hôpitaux le nombre de demandes véritables d'euthanasie.

Au-delà du caractère transgressif du tabou de tuer qui contribuerait à déstabiliser un peu plus une société psychologiquement fragile et à la faire basculer subrepticement dans la barbarie, il faut que les futurs patients (nous tous) se rendent compte des dangers de donner quitus à tous ceux qui pratiqueraient l'euthanasie à la demande. Vous connaissez tous l'état de faiblesse d'un malade couché dans son lit face au médecin debout, fier et droit dans ses bottes pleines de certitudes. La fragilité de leurs familles effondrées par la maladie (pour ceux qui aiment le condamné) désireuses de faire cesser les souffrances de leur proche et encore plus les leurs ou, dans le cas contraire, pressés d'être débarrassés du fardeau et éventuellement de récupérer l'héritage, complètent le tableau. Pas d'angélisme, pas de garde-fou possible. Et ne parlez pas de procédures. Aucun papier ne peut protéger les malades même pas d'eux-mêmes, car les intentions affichées quelques mois ou semaines plutôt étaient des paroles de bien portants et en tous cas pas de mourants. Au seuil de la mort, seule la famille, parfois de bonne foi, exige que l'on respecte les « directives anticipées ». La plupart des mourants souhaiteraient qu'elles

soient perdues. Certes on m'opposera tel ou tel rare cas, je ne le nie pas. Chaque patient, chaque situation est différente, mais dans les cas exceptionnels, le dialogue singulier médecin – patient permet de résoudre le dilemme dans le secret du cabinet et en assumant ses responsabilités comme cela a toujours été le cas.

Les situations impossibles et insupportables médiatisées largement sont des constructions politiques ou sociétales utilisant des personnes en souffrance. Leur cas particulier aurait dû et pu être résolu par leurs médecins personnels comme d'autres le sont et le furent dans le silence médiatique depuis toujours. Rien à voir avec une loi qui banaliserait l'acte de tuer et qui favoriserait toutes les dérives médicales familiales, politiques.

L'euthanasie peut être un business aussi comme l'est déjà en Suisse l'assistance au suicide dont le coût est d'au moins 10 000 euros pour le séjour fatal de trois jours. Avant même qu'elle ne soit légalisée, trop de patients meurent sédatisés, donc inconscients alors que ces moments riches sont souvent l'occasion de relations irremplaçables entre parents, enfants, d'échanges forts de confidences, de révélations de secrets de famille quand ils ne sont pas volés par l'Hypnovel. De quels droits les en priver, sans leur consentement ? Combien de parents révoltés d'avoir trouvé leur enfant sédatisé qui ne s'est jamais réveillé à leur retour auprès d'eux après une absence de quelques minutes à leur chevet. Ils se sentent privés à jamais d'un dernier échange avec leur malade. De quel droit ?

Je ne prétends pas détenir la vérité sur ce difficile sujet, car il n'en existe pas une seule ; chaque malade est unique, chaque maladie est différente, chaque environnement familial aussi, comme chaque demande d'euthanasie. Ma contribution se borne à faire remarquer plusieurs choses à verser au débat indispensable avant toute législation dangereuse en soi. Les soins coûtent chers et les politiques ont intérêt objectif à

raccourcir les hospitalisations et diminuer la masse de personnes qui nécessiteront des soins à domicile prolongés. Le vieillissement de la population pose le problème en termes clairs : augmentation de la dépendance et de son coût. Faut-il le résoudre par l'absurde (supprimer les dépenses en supprimant les malades) ?

L'euthanasie a été établie comme loi par Hitler dans le cadre de la suppression des handicapés et de l'eugénisme régnant (Action T4)⁴. Cet antécédent doit nous faire réfléchir.

La loi Léonetti a déjà abouti malgré elle à la multiplication des euthanasies selon l'Institut national d'études démographiques (Ined), pratiquées en France sans l'accord ni la volonté du patient comme le cite le rapport Sicard de 2012⁵, faut-il aller plus loin ? Le minimum serait d'éviter d'utiliser ce sujet à des fins politiciennes. Il est trop facile de manipuler les foules à l'évocation de la mort.

Je citerai, en conseillant sa lecture, le rapport sur la fin de vie de 2011⁶. Il présente une série d'observations à inscrire dans la durée. Les analyses qui y figurent devront être lues dans leur évolution, année après année, pour mieux réaliser l'ampleur de l'évolution professionnelle, culturelle et sociétale autour de ces questions essentielles pour notre démocratie. **Il est en effet indispensable pour une démocratie, et ceci particulièrement dans une période de grandes contraintes économiques, de savoir réaliser un « arrêt sur image » pour réfléchir collectivement sur la valeur et le sens de la vie humaine (la vie individuelle, mais aussi la vie collective) de manière à toujours garantir le respect des personnes les plus vulnérables. Arrêt sur image indispensable. »**

« Les partisans de l'euthanasie se gargarisent de mots dont ils dévoient la signification »

Et réfléchissons aussi à la position de M Houellebecq en 2021 lors d'une xième discussion au parlement pour étendre la loi Leonetti.⁷

Michel Houellebecq fait clairement partie des opposants à ce projet de loi. « *Personne n'a envie de mourir* », expose-t-il dans une lettre publiée par Le Figaro. « *Personne n'a envie de souffrir* », *non plus*. Mais, surtout, « *on peut éliminer la souffrance physique* », ce qui, selon l'écrivain, vient clore le débat. Sur ce point, Michel Houellebecq justifie : « *Début du XIXe siècle : découverte de la morphine ; un grand nombre de molécules apparentées sont apparues depuis lors. Fin du XIXe siècle : redécouverte de l'hypnose ; demeure peu utilisée en France.* »

« La supposée méconnaissance de ces sujets par le grand public (qui plébiscite le droit à l'euthanasie, selon les dernières études) provoque, considère-t-il, "une polarisation caricaturale du débat, réduit à la question Préferez-vous qu'on vous aide à mourir ou passer le restant de vos jours dans des souffrances épouvantables ?" Souffrances surmontables, donc, selon lui, par la morphine et l'hypnose, notamment. Soulignant l'utilisation récurrente des termes de "compassion" et de "dignité" par les défenseurs du projet, Houellebecq écrit : "Les partisans de l'euthanasie se gargarisent de mots dont ils dévoient la signification à un point tel qu'ils ne devraient même plus avoir le droit de les prononcer."

Un pays qui légalise l'euthanasie "perd, à mes yeux, tout droit au respect" (...) »

Alors que dire aujourd'hui dans une société de plus en plus totalitaire et de moins en moins humanisée ? **Feront-ils leurs directives anticipées dans une télécabine de supermarché ?**

Mon souci n'est pas le principe pour les situations de

souffrances insurmontables et où les vrais médecins dans le secret du cabinet ont toujours pu ou su faire le nécessaire (le médecin de campagne était plus pragmatique...).

Le sujet est celui d'une loi qui va permettre tous les excès au nom de la liberté qui ne sera que celle des accompagnants et pire des docteurs qui comme avec le Rivotril n'auront aucun scrupule pour le grand-père riche qui fatigue ni pour le handicapé jeune dans sa chaise roulante qui encombre un lit...

De toute façon c'était déjà la pratique trop courante dans beaucoup d'hôpitaux et ce ne pourra que l'aggraver.

Nous l'avons vécu, vu en gériatrie dès les années 80, en oncologie pédiatrique et adulte, de plus en plus depuis les années 2000 avec des "protocoles" bien rodés au lit du malade en HAD bien avant le covid.

Je l'ai tant vu faire par les pédiatres "modernes" qui depuis 2002 pratiquaient des euthanasies chez des enfants déclarés incurables par eux et pas forcément en réalité (on en a remis en forme !! [voir mon livre de 2000 "neuf petits lits au fond du couloir"]) et sans évidemment l'avis du patient. Des parents furent intarissables sur le sujet ⁸ après avoir vécu les propositions des pédiatres "d'aider leur enfant".

J'avais ouvert le livre par l'histoire d'une jeune fille adressée en chirurgie et finalement euthanasiée par les anesthésistes en accord avec la mère sous prétexte que la vie à venir ne serait pas sympathique [problème d'une paralysie des membres chez une adolescente de 17 ans]. Doit-on tuer tous les paraplégiques sans leur avis ? La Maman l'aimait, et ne s'en est jamais remise.

Le premier danger des soins palliatifs est l'abandon du traitement curatif

possible, mais méconnu ou méprisé

Un petit gars de dix ans avec une seule métastase mal située sur la carène ; l'intubation permet à la radio de thorax de redevenir normale, mais le chirurgien appelé par le réanimateur dit que cette localisation est difficile et qu'il ne pourra pas enlever la tumeur. Le réanimateur débranche la machine, l'enfant décède ni son père ni moi-même en réunion dans un autre hôpital [avant le temps du portable] n'auront eu notre mot à dire ni pu lui dire au revoir...

Dans des circonstances comparables, un chirurgien thoracique a opéré une jeune fille en imposant une pneumonectomie sur poumon normal : elle a vécu 25 ans de plus et mis au monde un garçon. Elle est décédée d'une infection pulmonaire...

La notion d'incurabilité est très incertaine...

Combien de patients déclarés inopérables sans avoir vu de chirurgien ? Il faut le chercher... Je dis souvent qu'il y a très peu de malades inopérables et seulement des malades pour lesquels on n'a pas trouvé le chirurgien adéquat pour cette localisation, pour ce type d'intervention... Il faut le chercher parfois à l'étranger...

Pas de chirurgie possible => palliatif

Chirurgie réalisable => curatif

La nuance est capitale et ne dépend que de la vision d'hommes plus ou moins compétents et tenaces. Bien d'autres exemples alimenteraient des volumes entiers.

ALORS POUR L'EUTHANASIE LÉGALISÉE PAR UNE LOI

Si vous trouvez une solution compatible avec ce dilemme, **véritable liberté versus abus de pouvoir, je suis preneuse... attention aux dérives surtout en ce monde pré**

totalitaire

J'ai été formée par le PR Leon Schwartzberg à Villejuif, dans les années 80, qui défendait et pratiquait l'euthanasie à la demande éclairée de ses patients qu'il connaissait très bien. Il disait qu'il se mettait en avant pour protéger les docteurs ou familles qui seraient poursuivies si elles avaient agi en conscience, mais **qu'il ne fallait en aucun cas légiférer** ! J'ai aussi eu le privilège d'être formée par Lucien Israël, le premier oncologue à se battre chez les patients confrontés aux cancers du poumon... Lui aussi était très vigilant sur ce qu'une loi générerait.

Donnez-nous la solution... Quant aux "directives anticipées, 'ce ne sont que des protections juridiques pour l'hôpital ou le médecin, et des discours de bien portants dont, je vous l'assure, beaucoup ne les reconnaissent plus quand l'heure arrive... Prudence !

Écoutez pour conclure le discret professeur d'éthique médicale à la faculté parisienne, le 13 SEPT 2022 :

Emmanuel Hirsch : « L'acte d'euthanasie est un meurtre »

Le professeur d'éthique médicale université, Paris-Saclay, Emmanuel Hirsch, dans l'émission Morandini Live : « Il ne faut pas légiférer ou banaliser l'acte d'euthanasie qui est un meurtre ».

Tout est dit !

Dissimuler le meurtre sous des arguments médicaux⁹

« Faut-il désormais légaliser l'euthanasie – l'acte de mort sous forme d'injection létale exécuté par un médecin – et estimer que nous serons alors parvenus au terme d'un parcours législatif ? Notre confrontation personnelle à la mort sera-

t-elle enfin apaisée et digne des valeurs de notre démocratie ? Pourrons-nous affirmer que nous aurons instauré une méthode du 'bien mourir' là où les conditions du 'mal mourir' hantaient notre conscience collective, sans avoir la lucidité de reconnaître que, face à la maladie grave ou à un handicap qui altère l'autonomie, c'est le sentiment de 'mort sociale' qui incite bien souvent à préférer anticiper la mort plutôt qu'à poursuivre une vie ou une survie indigne d'être vécue ? »

source [France – Pourquoi le gouvernement pousse-t-il à l'euthanasie ? – Nouveau Monde \(nouveau-monde.ca\)](#)

[1 Décret Rivotril : compassion, euthanasie ou meurtre sur ordonnance ? Versus traitement prometteur par chloroquine, interdite ? – AgoraVox le média citoyen](#)

[2](#) Les membres sont désignés par le président de la République de même que son président. ils ne représentent donc pas la profession médicale soumise au dilemme de l'euthanasie.

[3](#) Publication sur Économie Matin – 2013 : | Publication sur le site du média :

L'euthanasie, ou la réduction radicale des dépenses de santé **Nicole Delépine**

[4](#) Nazisme : Aktion T4, la mise à mort des « inutiles »
<https://www.geo.fr/voyage/nazisme-aktion-t4-la-mise-a-mort-des-inutiles-161366>

[5](#) Rapport Sicard – Penser solidairement la fin de vie
<https://ethique.unistra.fr/master-ethique/ressources-documentaires/ressources-en-ligne/rapport-sicard-penser-solidairement-la-fin-de-vie/>

[6](#) Observatoire national de la fin de vie : rapport 2011 – Fin de vie : un premier état des lieux

<https://www.vie-publique.fr/rapport/32311-observatoire-national-de-la-fin-de-vie-rapport-2011-fin-de-vie-un>

[7 Le plaidoyer de Michel Houellebecq contre l'euthanasie – Le Point](#)

[8 Nicole Delepine – Soins palliatifs et oncopédiatrie](#)

[9 Fin de vie : « Légiférer sur l'euthanasie n'est pas une urgence politique » \(lemonde.fr\)](#)



[PDF A4](#)



[Imprimer](#)