

Louis Ploton

Professeur émérite de Gériologie

Comment finir ses jours ?

Si aujourd'hui je m'imagine malade et diminué, je peux signer des « directives » demandant qu'on me supprime plutôt que de vivre une vie que je ne saurais me souhaiter. J'irai même jusqu'à dire que militer pour cela est bon pour le moral, lorsqu'on avance en âge, car c'est une façon de se réapproprier imaginativement son avenir, ce qui remplit une fonction protectrice du point de vue psychique.

Si on faisait un référendum sur la question il n'y a pas de doute sur le résultat. Le problème, c'est qu'il s'agirait d'un point de vue de bien-portants, c'est à dire partagé par la majorité des bienportants qui refusent de s'imaginer diminués.

Mais je sais par expérience que l'immense majorité des malades ont un appétit renforcé de vivre. Ils peuvent néanmoins être démobilisés par la dépression, avec son corolaire l'angoisse susceptible d'occuper le premier plan, et par la douleur physique mal contrôlée.

Aussi, pour aborder la question du renoncement à vivre ou de la demande de mort émanant d'un malade, faut-il dans un premier temps nous arrêter sur ces deux questions

A propos de la dépression

Il y a la dépression caractérisée, mais aussi toutes les situations qui reposent sur la même dynamique psychique : à savoir ne plus s'aimer soi-même, ne plus pouvoir s'aimer tel qu'on est devenu, soit parce que se sentant abandonné, mal aimé ou plus du tout aimé, soit parce que se trouvant trop dévalorisé à ses propres yeux. Cela va de pair notamment avec la perte d'attributs investis : un statut social, des compétences, des capacités de séduction ... Mais aussi, très souvent, avec la perte de l'autonomie et le sentiment d'être inutile. Il y a, notamment, dans ce dernier cas une forme d'adhésion à la vision utilitariste de la vie, comme s'il n'était possible de s'aimer que pour ses œuvres, son sentiment d'utilité, et non pas intrinsèquement pour soi-même, pour celui qu'on est. Vision de sa propre valeur fondée sur des attributs gratifiants, qui à la base est très probablement la conséquence d'une assise narcissique¹ initiale fragile.

Quoi qu'il en soit, il arrive qu'on ne s'aime plus, que la vie puisse être devenue un fardeau tellement lourd à porter, qu'on espère mourir au plus vite au point de le demander, voire de projeter de se suicider et même de passer à l'acte.

Dans la grande majorité des cas, c'est parce que la dépression biaise la perception de la réalité, mais cela peut aussi survenir à la suite d'un acte ou dans une situation qui ne sont conjoncturellement pas assumables narcissiquement (parce que : impliquant la perte d'une image de soi acceptable). Du fait de l'intensité du malheur ressenti, le suicide intervient dans un vécu « d'état de nécessité », en dépit des conséquences désastreuses sur les proches. Car un suicide ouvre la boîte de Pandore. Une fois intervenu dans une famille, il devient une solution beaucoup plus facile à envisager pour ceux qui suivent, comme si un verrou avait sauté.

A ce propos, il y a lieu d'aborder une vision des choses susceptible d'être lourde de conséquences. Elle concerne la

¹ De manière simplifiée, entendons par ce terme : la base de l'estime de soi

différence que d'aucuns voudraient faire entre le suicide du dépressif et un suicide, supposé plus élégant, dit « stoïcien » (par exemple : Montherlant) dans lequel il s'agit de sauver jusqu'au bout, y compris par la façon de se supprimer, une image de soi tenant lieu de raison de vivre. Et ce, avec un évitement de la dépression manifeste (inconcevable?) voire une réelle impossibilité de se déprimer. Comme si le risque de se déprimer cliniquement et de devoir demander l'aide nécessaire était censuré (impensable, inacceptable?) laissant penser que la dépression puisse être « sortie » des mouvements psychiques possibles, parce que susceptible de mettre en lumière les failles du sujet.

Et, sur ce dernier point, j'insiste, il n'y a pas de différence envisageable entre les différentes formes de suicide. En ce sens qu'il n'y a pas de différence dans la dynamique psychique profonde qui conduit à la mort. Car dans le suicide dit « stoïcien », comme chez le déprimé « classique », l'acte fatal relève d'une problématique de souffrance narcissique (« je préfère être mort, car je ne m'aime plus », « je ne peux pas m'aimer comme je suis en train de devenir. Mieux vaut mourir ») conduisant à se supprimer dans une forme de réaction désespérée de toute puissance.

Aussi, d'un point de vue psychopathologique, il n'existe qu'une catégorie de suicidants : les personnes qui ne peuvent envisager un avenir viable, parce qu'elles souffrent, parce qu'elles ne peuvent pas assumer de continuer à vivre telles qu'elles sont devenues ou pensent qu'elles vont devenir, convaincues que la vie qui s'offre à elles ne peut apporter aucune solution à ce qui les fait souffrir.

Car, même si la présentation sociale est différente dans les deux sortes de suicide qui viennent d'être envisagées, on est en droit de penser qu'il y a une souffrance à l'œuvre relevant d'un même ressort : un sentiment de dévalorisation présente ou redoutée et inacceptable, en d'autres termes une souffrance narcissique.

Si différences il y a, elles relèvent de ce qui est mis en avant, avec : pour le suicide du déprimé l'affichage du désespoir culpabilisant et pour le suicide qui se veut glorieux un sursaut d'orgueil (sursaut mégalomane ?) dans un refus anticipé de la douleur psychique ou de l'humiliation, tant le narcissisme hyper-vulnérable (ou vulnérabilisé) ne peut en assumer même l'idée, là où le dépressif, lui, en a l'expérience vécue. J'ajouterai que le même refus d'aide se voit chez le mélancolique, qui se situe lui aussi dans un registre de toute-puissance.

Concernant la douleur

Là je serai clair, je trouve inacceptable de faire vivre quelqu'un au prix de la douleur, mais aussi au prix de conditions de vie intolérables comme d'être attaché jour et nuit.

Et, à ce propos, la loi est claire et éthiquement inattaquable, il est justifié de recourir aux antalgiques majeurs et aux psychotropes adaptés. Même si concernant les antalgiques, on le sait, il y a le risque que la dose nécessaire emporte le malade.

Leur emploi suppose donc l'honnêteté intellectuelle de rechercher uniquement la suppression de l'inconfort et de ne pas s'être menti ou avoir menti en visant de fait d'accélérer la mort en toute discrétion.

C'est-à-dire qu'il n'est pas question, sous prétexte de confort du malade de viser celui des soignants, pas question de répondre sans recul à la demande de proches (nous y reviendrons) en abrégant la vie du malade, pour régler leurs problèmes.

Je pense aussi à ce propos à l'emploi trop « généreux » d'hypnotiques qui peuvent éviter à l'entourage, mais aussi aux

soignants, d'être confronté à l'accompagnement affectif d'un patient.

C'est dans de telles situations qu'un groupe de réflexion (dit d'élaboration de la pratique) autour d'un psychologue clinicien, s'impose absolument pour éviter le « n'importe quoi ».

La demande de mort, implicite ou explicite, venant du patient

Sans qu'il soit explicitement question d'euthanasie, un patient peut tout simplement refuser des soins qui lui pèsent et qu'il vit comme un fardeau imposé. **C'est son droit et il ne saurait être question de le lui dénier en le soignant contre sa volonté** (que ce soit de force ou par ruse).

La seule chose qui s'impose alors est de s'interdire toute position caractéristique du type : « faites ce que je vous dis ou je ne m'occupe plus de vous ». Cette attitude infantile (et infantilisante) du soignant, avec la menace d'abandon angoissant qu'elle comporte, est inacceptable d'un point de vue éthique.

Une prescription médicale ne saurait en aucun cas être un ordre impératif. Elle est une proposition et si elle est refusée, c'est le moment plus que jamais de nouer le dialogue.

Une des hypothèses qui s'impose en pareil cas est une insuffisance de l'alliance thérapeutique : alliance relationnelle qui alimente l'investissement réciproque du thérapeute et du patient. C'est donc le moment de prendre une chaise pour parler avec l'intéressé et de le refaire quotidiennement.

Mais, un patient peut aussi demander, voire implorer, qu'on le supprime, parce qu'il se ressent légitimement épuisé (au bout du rouleau) et cela indépendamment de la question de la douleur ou de la dépression.

Il y a, là encore, deux façons de réagir.

Une façon serait, si la loi l'autorisait, d'enregistrer sa demande et de la satisfaire dans le respect des formes, avec le risque de ne pas prendre le temps d'entendre sa souffrance psychique et donc de ne pas nouer une relation de qualité avec lui pour tenter de la soulager, en tant que telle.

Une autre attitude, à mes yeux préférable sur le plan éthique, est de prendre acte de la demande, tout en exprimant les réserves que l'on peut avoir au nom des valeurs médicales². Dans le même temps, il y aura lieu, aussi et surtout, d'évaluer la souffrance narcissique légitime, avec une position signifiant: « je vous respecte et je vous investis tel que vous vous présentez», ce qui est de nature à l'aider à s'investir encore lui-même. En d'autres termes, il s'agit de sceller avec lui une alliance relationnelle forte, lui permettant d'avoir quelqu'un aux yeux de qui il aura le sentiment de compter vraiment, quelqu'un avec qui pouvoir parler (c'est-à-dire mettre des mots sur des émotions). Et ce, sans détour ni faux-semblant, y compris donc de manière contradictoire pour autant qu'elle soit respectueuse.

Car, même si on ne peut donner l'amour qui lui serait nécessaire, il est toujours possible de donner de l'investissement authentique.

Et à ce sujet, il y a de plus lieu de savoir que si la demande de mort peut constituer une façon de solliciter l'attachement, elle peut également avoir pour fonction de tester l'ambivalence du thérapeute fantasmé comme détenteur de la vie et de la mort.

A partir de là nul ne peut prédire ce qu'il adviendra. Mais cette relation, en faisant l'honneur au patient d'être encore traité comme un être respectable, lui permettra de se réapproprier quelque chose de sa vie et de sa mort, avec la dynamique inconsciente que cela peut mobiliser.

² Au nom du serment d'Hippocrate : « tu ne donneras point de poison »

Cela dit (même si c'est rarissime³) un patient, sans exprimer de souffrance manifeste, pourrait s'appuyer sur une conviction idéologique pour revendiquer l'euthanasie ou, à tout le moins, une forme de suicide assisté, n'assumant pas ce qu'il est devenu ou risque de devenir.

En pareil cas, il ne saurait être trop tard pour de tenter de retravailler avec l'intéressé sur ce qui l'a conduit cette solution, afin d'aborder la question de son rapport à la mort ou de lui permettre si besoin de se réconcilier avec lui-même au regard d'un éventuel contentieux ancien relatif à la fin de vie d'un proche (c'est un des rôles du psychologue clinicien hospitalier).

Mais, de plus, cette possible situation amène à plusieurs remarques qui renvoient, là encore, à la question de la dynamique psychique à l'œuvre, dynamique qu'il est nécessaire de tenter d'identifier pour ne pas faire n'importe quoi, n'importe comment.

La première, est de souligner la dérive de sens du terme « dignité » (terme généralement invoqué) qui dans le vocabulaire quotidien au lieu de se référer à ce qui caractérise intrinsèquement la condition humaine, comme la définit KANT, est devenu synonyme de position narcissiquement valorisante ou, à tout le moins, non dévalorisante (cf. « il a réagi dignement » ou « il a de la dignité »). Là encore c'est bien d'une problématique narcissique dont il semble être question.

La deuxième, consiste à s'interroger sur ce qui relève, là encore, d'une réaction de toute puissance, avec la volonté de contrôle de sa vie comme de sa mort, prolongement possible d'une personnalité ayant toujours régi ses relations avec autrui, comme avec soi-même, sur ce mode là. Et ce, avec une sorte de point d'orgue du type : « faute de maîtriser à ma guise mon avenir, je

³ Au point qu'aucun de gériatres que je connais n'y auraient été confrontés, m'ont-ils dit

peux récupérer le sentiment d'en être maître en le brisant délibérément, quand je veux, comme je veux ! »⁴.

Enfin et surtout, il y a lieu de se demander : pourquoi revendiquer une mort non pas donnée par soi (le suicide) mais donnée par un tiers? La peuvent intervenir plusieurs hypothèse :

- Souhaiter que le fait d'abrégé la vie soit cautionné au nom de la société ?
- La revendication (par l'implication obligée d'autrui) d'une forme de réparation pour une situation vécue comme un préjudice ? En d'autres termes : Y aurait-t-il une forme de dette à faire payer à la société ou au corps médical (peut-être pour son impuissance) ?
- Une possible réaction désespérée de toute puissance par la prise de pouvoir sur autrui, là où tout espoir semble perdu ?
- Un simple besoin d'accompagnement dans un acte désiré, mais trop difficile et trop douloureux à assumer pour le réaliser par soi-même ou, plus simplement, un besoin de suppléance là où il est plus facile d'ordonner que de faire les choses soi-même ?

Je ne sais pas et je me garderai de juger, mais cette éventuelle revendication me trouble, comme me trouble l'idée d'être l'instrument obligé de l'autre en pareille circonstance. Avec une réserve pour la possible requête formulée par un tétraplégique, pour autant qu'elle ne vienne pas répondre à une demande implicite (voire explicite) de proches dont l'amour lui est essentiel au point d'y adhérer dans un mouvement fusionnel.

La demande d'abrégé la vie venant d'autrui ...

⁴ Comme d'aucuns brisent un objet qui leur résiste.

Il s'agit d'une demande pouvant provenir aussi bien des proches d'un malade que des soignants.

Elle risque en particulier de viser des sujets, hors d'état de s'exprimer verbalement, tels que :

- les malades d'Alzheimer ou les grands handicapés tels que les arriérés profonds, au décours de décompensations somatiques graves ;
- les malades mentaux, par exemple à l'occasion d'une tentative de suicide de plus ;
- les comateux de tous ordres

Et cela, sans nécessairement choquer a priori. Car derrière cette attitude intellectuelle il y a des rationalisations utilitaristes communément partagées : entre deux malades à réanimer, donner la préférence au plus jeune ou à celui auquel on prête un avenir valorisé, plutôt qu'à quelqu'un « n'ayant pas d'avenir ».

Cela peut se comprendre en cas de catastrophe, mais admettre en temps ordinaires la banalisation du sacrifice discret des « bouches inutiles » cautionne un risque de dérive eugénique qui ne se dit pas, mais dont on ne sait pas où il pourra conduire de proche en proche.

A ce propos, il y a lieu de s'arrêter sur le cas des patients atteints de déficits cognitifs. C'est ainsi que, par exemple, j'ai vu des malades d'Alzheimer se déprimer et souhaiter mourir, en début de maladie. Mais, par la suite, curieusement, tout laisse à penser que nombre d'entre eux tiennent à la vie. Il s'agit d'une hypothèse que la plupart des psychologues cliniciens pourraient confirmer, tout en tenant compte du risque de projection que ce type de déduction peut comporter (et ce au même titre que pour toute tentative de lecture du langage comportemental).

Pour ma part, comme on le sait, j'ai de longue date fait l'hypothèse consistant à voir dans l'évolution alzheimerienne une tentative désespérée d'adaptation inconsciente consistant à survivre biologiquement au prix du sacrifice de la cognition et de la vie sociale.

Et, j'ajouterai que, comme avec les comateux, je crois nécessaire de laisser aux malades d'Alzheimer le bénéfice du doute, quant à une forme de perception de ce qui les entoure, avec des capacités de réactions adaptatives inconscientes. C'est ainsi que parfois, en dépit de tout pronostic, même la mort ne semble pas intervenir n'importe quand (par exemple : après le retour d'un enfant).

Quoi qu'il en soit, dans tous ces cas, et indépendamment des questions d'acharnement thérapeutique (mais quand commence-t-il ?) il est **capital de s'interroger sur la place accordée dans les soins à l'identification de la souffrance psychologique de l'entourage, c'est-à-dire autant des proches que des soignants.**

Je veux dire que s'il y a absolument lieu d'identifier la souffrance des malades, il est tout aussi impératif de soutenir leur entourage et, notamment, d'aider les proches à ne pas se tromper. Car il existe le risque de dire : « il souffre » quand il s'agit de : « je souffre de le voir dans cet état » ou de : « je n'en peux plus de voir les choses trainer en longueur à ce point, c'est épuisant, j'ai besoin de passer à autre chose... ». Car, là, peut survenir le besoin de tuer la souffrance (mais parfois aussi de tuer la mort) en tuant le malade. Même si le terme tuer n'est jamais prononcé au bénéfice d'euphémismes du type : « aider à mourir », etc.

Dans le même but, il est indispensable de permettre aux soignants de faire un travail d'expression (de mise en mots de leurs émotions) mais aussi un travail de « mentalisation », c'est-à-dire un travail d'élaboration psychique permettant d'entrevoir quoi fait penser à quoi dans une situation clinique. Tout en

sachant que ce travail « de première ligne » ne dispense pas d'une réflexion éthique complémentaire, sur les valeurs au nom desquelles on prend telle décision plutôt que telle autre, et ce avec un projet de service incluant une définition des rôles et des responsabilités.

Mais les familiers, eux, ont de plus un deuil à envisager, ce qui passe par un temps préalable de réconciliation avec le malade mais aussi entre eux. Et nous avons le devoir de les y aider. Pour ce faire, il est indispensable d'avoir pu les rencontrer, tous, en consacrant un temps suffisant à une écoute étayante.

A ce sujet, un des risques autour d'un mourant ou de quelqu'un désigné comme tel est que ses proches soient malmenés dans leur processus de deuil parce que l'évolution clinique est longue et oscillante avec des périodes d'espoir (d'amélioration clinique) et de désespoir pouvant durer plusieurs mois, au point que tout le monde, n'en pouvant plus, espère en finir, ce qui ne préjuge pas du type de chagrin une fois la mort venue.

Un autre risque est représenté par les conflits : entre membres de la famille, au sein de l'équipe soignante, mais aussi entre celle-ci et tout ou partie des proches. Or, il n'est rien de plus éprouvant que les conflits autour d'un mourant y compris avec leur prolongement lors des funérailles et à propos de sa succession.

Dans ce cas, les théories psychodynamiques autorisent à travailler en considérant que dans les interrelations il n'y a pas de hasard mais des phénomènes d'adaptation inconsciente réciproque.

Ce faisant quand quelqu'un est long à mourir, fut-il comateux, outre les données biologiques (souvent paradoxales) une explication potentielle concevable est qu'il y a encore chez lui une dynamique de vie qui s'affronte à la dynamique de mort, comme s'il disait : « encore un jour, encore une heure SVP », sans que cela puisse être exprimé avec des mots. On peut alors considérer, qu'autour de lui, les uns sont plus sensibles aux messages inconscients qui témoignent de la demande de vie alors que les

autres le sont aux messages demandant que ça cesse, d'où le conflit entre des protagonistes d'autant plus péremptoires qu'ils ont mutuellement raison.

Or, il peut exister de surcroît des contentieux manifestes ou latents, plus ou moins anciens et profonds, au sein de l'entourage d'un mourant, tant chez les familiers que chez les professionnels. La question de sa mort risque alors d'être dramatiquement instrumentalisée dans un conflit qu'il serait temps de résoudre pour que l'intéressé puisse enfin partir en paix, lui qui (peut-être dans cette attente ?) n'en finit pas de mourir.

Les soignants risquent alors de toucher leurs propres limites, parce qu'enfermés dans un dilemme par des questions telles que:

- Juridiquement qui est prééminent, lorsque par exemple la mère et l'épouse s'affrontent ?
- A-t-on le droit de sacrifier la sensibilité de l'une plutôt que celle de l'autre et au nom de quoi ?

Personne ne souhaite être à la place d'une équipe confrontée à ce type de situation. Mais elle a valeur d'enseignement pour nous inciter, dans nos pratiques, à subodorer et tenter de résoudre à temps, pour autant que ce soit possible, des conflits familiaux dont les origines peuvent remonter à des décennies. Et là, lâchement mais aussi connaissant mes limites, je conseille encore de s'appuyer sur la collaboration avec les psychologues cliniciens.

Pourtant, celui qui est marqué du sceau de la mort mérite un effort de réconciliation, même si les choses risquent d'être compliquées :

- d'une part, par la question du travail de deuil qui n'est pas à l'œuvre, voire envisageable, au même rythme chez les uns que chez les autres ;
- d'autre part, si d'aucuns s'appuient sur des positions idéologiques, opérant des blocages massifs. Et cela tant

chez les proches du malade que dans le sein des équipes soignantes où des engagements personnels ont pu, de plus, conduire à des dérives inquiétantes : je veux parler de patients tués sans recul sur l'initiative d'un médecin ou de tout autre soignant.

A ce propos, il y a lieu de s'interroger sur la fonction de l'idéologie et de ses rationalisations, tant comme expression de failles psychologiques intimes sollicitées notamment par la question de la mort, que pouvant constituer une tentative de solution au regard de traumatismes anciens, causés par les conditions de mort de proches qui ont pu marquer de manière indélébile.

Le militantisme a alors pu offrir une solution résiliente en permettant de dépasser le traumatisme, avec le sentiment de s'acquitter d'une dette. Mais s'y enfermer de manière dogmatique en fait une solution à double tranchant qui risque (lourde responsabilité) d'hypothéquer autant son propre avenir que celui de ses proches, voire celui de la société. Car⁵ dans ce cas précis, le confort psychologique des uns risque d'avoir concrètement des conséquences sur la vie et la mort des autres, faute d'une élaboration psychologique et d'une réflexion circonstanciées.

Pour toutes ces raisons, si une décision culpabilisante doit être prise (par exemple : limiter les interventions à des soins de confort, il importe qu'elle relève en dernier ressort du médecin pour protéger les proches tout autant que l'équipe soignante.

Si une loi devait intervenir ?

⁵ Du fait d'une volonté de généralisation engageant autrui

Si une loi devait intervenir, pour rassurer ceux (on les comprend) qui préfèrent, dans l'instant présent, s'imaginer mort plutôt que malades ou ressemblant à des proches dont la destinée leur fait peur. Si elle devait intervenir malgré tous les efforts des lanceurs d'alerte pour dire : « attention aux dérives progressives, de proche en proche... ».

Je crois fondamental qu'elle tienne compte de ce qui vient d'être évoqué. Notamment qu'elle évite tout automatisme dans l'arrêt des soins ou, pire, dans le fait donner la mort délibérément. Car abrégé la vie d'un être humain, quelle que soit la situation, mérite de relever du cas de conscience.

Cela implique donc au premier chef de prendre en compte la dynamique psychique à l'œuvre chez le malade, tout comme chez ses proches (dont les soignants) pour tenter de désamorcer la souffrance qui vient biaiser le libre arbitre.

Cela va de pair avec un travail de soutien psychologique qui suppose des connaissances spécifiques et qui justifie, j'y reviens obstinément (car j'en connais le bien-fondé) d'être conduit ou supervisé par un psychologue clinicien qualifié.

Si néanmoins, malgré toutes ces réserves, une loi devait commencer à permettre l'euthanasie, il est impérieux que soient pris en considération le cas évoqué ci-dessus des malades particulièrement influençables et en danger du fait de leur difficulté à s'exprimer par eux-mêmes quant à leur avenir.

Ce sont notamment : les malades d'Alzheimer (et assimilés) tout comme les malades mentaux et les handicapés lorsqu'ils ont besoin de soins somatiques importants.

Il y a lieu d'insister, ils doivent encore plus que tous autres être protégés, c'est-à-dire impérieusement exclus sans ambiguïté de toute tentation euthanasique les concernant, quel que soit leur âge et de la gravité de leurs handicaps.

Car en ne protégeant pas ces populations, on légitimerait de fait la notion d'euthanasie à la demande d'un tiers et on mettrait, sans le dire, sans le sentir, le doigt dans un engrenage eugénique pouvant mettre en danger, de proche en proche, tous ceux qui pourraient être, un jour, considérés comme des bouches inutiles.

Et, en tant que gériatologue, j'ajouterai pour enfoncer le clou, que si l'euthanasie venait à être légalisée je m'interroge sur le risque d'une dérive utilitariste, concernant plus spécifiquement les grands vieillards, avec l'intériorisation par eux, au fil du temps, d'une injonction du type : « tu as fait ton temps, tu coûtes cher, tu ne sers plus à rien, ton devoir de vieux malade est de mourir sans tapage, en ayant l'élégance de le demander ». C'est-à-dire qu'il pourra devenir honteux de trouver satisfaction à vivre pour vivre, vieux, dépendant et malade, sous le regard des bien-portants.

Car je pense qu'il y a aussi, en filigrane, derrière la question de l'euthanasie, la question du regard porté sur la vieillesse et plus précisément sur les grands vieillards, regard de nature à alimenter le risque implicite (voire explicite) de tentations eugéniques, dont il y a lieu de refuser même d'en imaginer les développements.

Et, c'est à mes yeux un risque qu'une société, digne de ce nom, ne peut que s'honorer à combattre.

Résumé :

A propos de l'euthanasie cet article aborde les questions de la dépression, du suicide sous ses différentes formes, de la douleur et de la demande de mort émanant tant d'un patient que de ses proches, voire des équipes soignantes.

Il vise à poser des limites concernant les cas qui comportent un risque de dérive eugénique.

Il s'agit notamment, quel que soit leur âge et la gravité de leur pathologie initiale : des malades d'Alzheimer, des malades mentaux et des handicapés, requérant des soins somatiques.

Et il s'agit aussi, d'une manière plus générale, des grands vieillards, qui pourraient être tout naturellement visés comme bouches inutiles et faire les frais d'une vision utilitariste de l'homme.