



Le droit à l'aide à mourir relève-t-il d'une logique capitaliste ?



**Pr Bringé, président
du comité d'éthique de
l'Académie Nationale
de médecine**

« L'ouverture d'un droit à l'aide à mourir se fonde sur la reconnaissance de ces situations de souffrances insupportables qu'il serait inhumain de ne pas reconnaître »

→ De quoi est-il question ?

Un argument monte de plus en plus dans le débat, celui selon lequel le projet de loi sur l'aide à mourir « *représente la dernière pierre de la destruction du système de soins [...] Cette société capitaliste crée des malades, des gens en souffrance, et effondre le système de santé. Les pousser au suicide assisté, les faire disparaître plutôt que les prendre en charge, est un choix économique et financier.* » (Christian Lehmann, médecin généraliste, écrivain).

Autrement dit, la dégradation du système de santé liée à des diktats économiques aurait entraîné la situation actuelle, où nombre de patients n'ayant pas accès à des soins qui leur sont indispensables seraient acculés à formuler des demandes d'aide à mourir.

→ Pourquoi ça ne tient pas ?

Il est indéniable qu'il existe aujourd'hui des difficultés d'accès aux soins et que notre système de santé connaît une tension sans précédent : cet argument est souvent mobilisé pour disqualifier des demandes d'aide à mourir entendues comme étant uniquement la résultante d'un défaut d'accès aux soins.

Le droit à l'aide à mourir relève-t-il

d'une logique capitaliste ?

Or la mobilisation de cet argument ainsi que la mise en avant d'une supposée logique capitaliste invisibilisent les situations qui conduisent à demander une aide à mourir aujourd'hui. Il est important en tout premier lieu de revenir à la compréhension de ce qui crée ces demandes, en écoutant les premiers concernés. Les motivations pour demander une aide à mourir sont moins liées à des situations de douleurs physiques réfractaires, la prise en charge de la douleur ayant beaucoup progressé, qu'à des situations de souffrances psychiques et/ou existentielles liées à ces trajectoires longues marquées par une dégradation progressive de la qualité de vie¹. Cette dernière phase de l'évolution de la pathologie peut se prolonger sur des jours, des semaines, voire des mois ou des années et constituer pour les personnes concernées une période qu'ils vivent comme désastreuse, insupportable et à laquelle ils peinent à donner du sens.

Ces situations ne s'expliquent pas par le choix d'un modèle économique capitaliste ou ultra-libéral qui valorise l'ultra individualisme, la performance, l'autonomie, la jeunesse... mais par :

- Le rallongement de l'espérance de vie, en grande partie grâce aux progrès médicaux, crée des situations de fin de vie nouvelle: entre 1950 et 2022 elle est passée pour les femmes de 69 à 85 ans (+16 ans) et pour les hommes de 63 à 80 ans (+17 ans). L'augmentation très importante de certaines maladies neuro-dégénératives et des situations de polyopathologies du sujet âgé sont en partie liées à ce vieillissement de la population.
- Et surtout, les parcours de maladie sont profondément transformés par les évolutions d'une médecine toujours plus technique et performante. Il y a plus d'un demi-siècle, nombre de situations qui se posent aujourd'hui n'existaient tout simplement pas : certains cancers non opérables entraînaient des décès beaucoup plus précoces ; les techniques de réanimation, de suppléance d'organe, de greffe ou de dialyse étaient plus rudimentaires et les possibilités de prolonger la vie étaient incomparablement plus limitées. Les progrès médicaux ont ainsi créé des conditions de fin de vie inédites avec des maladies qui se chronicisent avec lesquelles on vit souvent de nombreuses années entraînant des parcours de soins de plus en plus complexes.

¹ Quah E, Chua K, Lua J, A Systematic Review of Stakeholder Perspectives of Dignity and Assisted Dying
Journal of Pain and Symptom Management, 2022; 65, e123-e136

Downar J, MacDonald S, Buchman S. Qu'est-ce qui motive les demandes d'AMM? CMAJ. 2024 Jan 21;196(2):E69-E71. French. doi: 10.1503/cmaj.230259-f. PMID: 38253369; PMCID: PMC10805143.

Rahimian Z, Rahimian L, Lopez-Castroman J, Ostovarfar J, Fallahi MJ, Nayeri MA, Vardanjani HM. What medical conditions lead to a request for euthanasia? A rapid scoping review. Health Sci Rep. 2024 Mar 20;7(3):e1978. doi: 10.1002/hsr2.1978. PMID: 38515545; PMCID: PMC10955044.

Le droit à l'aide à mourir relève-t-il

d'une logique capitaliste ?

Les traitements, les techniques de suppléance mais aussi les soins palliatifs permettent aux personnes de traverser des étapes qu'elles pensaient initialement insurmontables, parfois de retrouver des équilibres de vie inattendus ... jusqu'au moment où certaines personnes estiment avoir atteint ce qui, pour elles, constitue le seuil du supportable et expriment alors un « stop ».

Les demandes d'aide à mourir expriment donc fréquemment ces deux aspirations entremêlées :

- échapper à une période pré-mortem jugée trop longue et trop pénible par la personne elle-même, au regard de son parcours singulier ;
- et être respecté dans ses convictions existentielles et dans son autonomie entendue ici non comme une simple revendication d'indépendance individuelle, mais comme la capacité de demeurer sujet de ses choix et de son histoire jusqu'au terme de sa vie, en cohérence avec ses valeurs, sa conception de la dignité, son rapport au corps, à la dépendance, à la souffrance et à ce qu'elle considère comme une vie encore acceptable.



Qu'en pensent les premiers concernés ?

**Loïc Resibois, 47 ans,
atteint de la maladie de
Charcot, décédé en
septembre 2024² :**

² <https://www.laprovence.com/article/societe/224427978504915/je-ne-veux-pas-passer-de-la-vie-a-la-survie-loic-resibois-figure-du-combat-pour-la-fin-de-vie-a-decide-de-mourir>

“Je passe encore de très bons moments sur mon île adorée (l'île de Ré, Ndlr) avec ma famille et mes amis. Ma décision de ne pas pousser ma vie au-delà de la fin du mois de septembre n'est pas liée à un événement en particulier mais plutôt à un sentiment de lassitude et d'épuisement que je ressens depuis maintenant plusieurs semaines. Je ne souhaite pas franchir le point de bascule qui ferait passer mon existence de la vie à la survie.”

En référence au cadre législatif actuel, la loi Claeys-Leonetti : “Je suis visiblement, comme tant d'autres malades condamnés, condamné aussi à pourrir dans un lit jusqu'à ce que l'on estime que mon état de santé soit compatible avec une sédation profonde et continue.”

“Je me bats pour que les malades condamnés puissent décider du moment où ils estiment ne plus vouloir ou ne plus pouvoir aller plus loin et ce moment est arrivé pour moi.”

Le droit à l'aide à mourir relève-t-il

d'une logique capitaliste ?

Pourquoi est-il donc important de légiférer ?

Les progrès médicaux ont créé des conditions de fin de vie inédites qui appellent nécessairement à réinterroger l'offre de soin et les prises en charge qu'on propose. Même si le développement des soins palliatifs et l'amélioration de leur accès sont indispensables, ils ne répondent pas à eux seuls à toutes les situations qui motivent certaines demandes d'aide à mourir.

Il existe ici un angle mort de notre cadre législatif actuel et de notre organisation des soins qui justifie pleinement le projet d'évolution législative actuel, projet qui trouve son origine dans la demande de personnes malades et non dans un quelconque projet politico-économique.

« La société et la médecine ne peuvent fabriquer de la complexité, et ne pas accompagner ce qu'elles fabriquent »

François Blot, spécialiste d'éthique médicale, administrateur de Renaloo



www.france-assos-sante.org



www.accompagnementsoignantsolidaire.org