

...en collaboration avec la Bibliothèque Municipale

Conférence du jeudi 17 octobre 2019 « Dignité et Éthique de la fin de vie : Peut-on choisir sa mort ? »

Nous étions une soixantaine ce jeudi, 8 personnes ont demandé d'excuser leur absence. Jean-Paul Beau souhaite à tous la bienvenue. Il se réjouit d'une part, de retrouver un certain nombre d'habitues à nos soirées et, d'autre part, d'accueillir beaucoup de nouveaux. À leur attention, il présente rapidement l'association « Philo & Partage » qui est entrée dans sa 8^e année de fonctionnement. Il précise que pour nos soirées, l'entrée est libre et gratuite, mais que les fidèles sont invités à s'acquitter de la cotisation. L'adhésion individuelle est fixée à 12€ et l'adhésion familiale à 18€. Serge Pahon, trésorier, est à la disposition de chacun pour recevoir votre cotisation à la fin de la réunion.

Jean-Paul définit l'esprit des activités de l'association. Rencontres le troisième jeudi de chaque mois pour soit, généralement, une soirée-débat soit une ou deux fois par an pour une conférence. Ce soir c'est une conférence avec discussion après l'exposé des orateurs.

Comme à chaque séance, l'animateur rappelle les objectifs et les méthodes des débats. Il s'agit d'apprendre à penser avec rigueur par l'échange avec les autres. C'est la rigueur dans la méthode et l'organisation de la circulation de parole qui permet l'écoute réciproque.

Objectifs et méthodes des soirées de Philo & Partage :

- Objectifs : La pensée pour tous par :
 - La délibération
 - L'analyse et le doute
 - les valeurs et l'engagement
 - Développement de l'esprit critique
- Méthodes : L'organisation de la prise de la parole
 - Demander la parole
 - Sagesse et écoute
 - Le respect de la parole de l'autre

Avant de leur donner la parole, l'animateur présente les conférencières :

Amandine GUIRAUDON, Infirmière libérale, et Tiphaine GUINET, Médecin Légiste

Il indique les principales étapes de leur études et de leur parcours professionnel. Grâce à leurs expériences, à la pratique quotidienne de leur métier en côtoyant régulièrement la fin de vie des patients, elles vont nous montrer que la médecine, l'art de soigner est certes une discipline technique pointue, mais c'est aussi un combat aux côtés de ceux qui souffrent, une réflexion constante sur la vie et la mort, une attitude de fraternité devant la fragilité de la vie, bref devant l'inexorable précarité, prendre soin des souffrances relève d'une philosophie.

L'exposé d'Amandine GUIRAUDON :

J'ai débuté ma carrière en milieu hospitalier dans un service de chirurgie orthopédique et viscérale avec déjà une première expérience de la fin de vie et de la mort qui m'a interpellée (dame âgée atteinte d'un cancer viscéral qui était restée plus de 3 semaines dans le service avec le questionnement pluridisciplinaire du pouce seringue de morphine et son dosage patient sans conscience qui a subi sa fin de vie).

Puis j'ai été un an en EPHAD (maison de retraite) où la fin de vie est notre quotidien et où la question de dignité se pose vraiment quand on rencontre des patients âgés Alzheimer et alités depuis des années sans aucune interaction avec l'entourage.

Depuis 12 ans, je suis infirmière en libéral (soins à domicile) en milieu rural avec une population de personnes âgées majoritaire et où là encore l'éthique et la dignité de la fin de vie et choisir sa mort fait partie de notre quotidien professionnel. La fin de vie à domicile est très particulière et différente de celle rencontrée et vécue à l'hôpital. En effet, la fin de vie à domicile est choisie, c'est un accord avec le patient, sa famille qui tient un rôle primordial et l'équipe soignante.

Pour moi choisir sa mort prend tout son sens dans ma pratique d'infirmière libérale car les patients décident de finir leurs jours chez eux et surtout de la médicalisation de leur fin de vie. En effet, la dignité et le choix personnel de la personne mourante est plus que jamais respecté car c'est elle qui est l'actrice principale de ses soins et de la façon dont va se dérouler sa fin de vie avec toute la sérénité que peut apporter le domicile. Le patient est chez lui, entouré des siens : il n'y a pas de fin de vie à domicile sans l'accompagnement et l'omniprésence de l'entourage, ce qui peut parfois être difficile à gérer pour les soignants qui vont devoir s'adapter aux coutumes, religions, convictions du patient et des siens.

En milieu rural là où j'exerce mon métier, on peut encore remarquer les valeurs d'autrefois où les grands parents et anciens étaient au centre de la vie familiale et lors des fins de vie étaient veillés sereinement jusqu'à la mort.

La dignité et le choix de sa mort dépendant d'un grand nombre de paramètres qu'il est difficile de réunir pour en faire des conditions idéales d'autant plus que la mort est bien souvent un tabou dans notre société. Chacun avec son histoire de vie, de maladie et son héritage culturel, familial et surtout son vécu va définir une dignité et un choix dans la fin de vie.

En tant que soignante et lors de notre formation, nous ne sommes pas préparés à affronter et gérer la mort, c'est donc lors de notre expérience professionnelle et personnelle, au fil des années que l'on apprend pour ma part à respecter et surtout accompagner nos patients. Accompagnement rendu difficile par l'hyper médicalisation et l'hypermédiatisation de la médecine.

La fin de vie est avant tout un choix personnel beaucoup plus facile à domicile qu'en milieu hospitalier, et la dignité du mourant est bien plus respectée. Ils nous arrivent d'accompagner des patients dans une sérénité, lorsque celui-ci a fait un travail d'introspection et surtout lorsqu'il a clairement exprimé ses volontés.

Pour ma part, c'est lors de débats que l'on pourra faire avancer la question de la dignité et choix de la fin de vie, et surtout de faire disparaître la notion de fatalité de sa fin de vie en devenant acteur et en exprimant ses souhaits.

Choisir sa fin de vie et accompagner les personnes mourantes n'est pas possible pour un grand nombre de personnes car cela va à l'encontre de l'essence même de la vie qui est de vivre ou de soigner. Il est difficile pour un soignant d'accepter nos limites et de se dire qu'accompagner dignement un mourant, c'est quelque part le soigner.

L'exposé de Tiphaine GUINET :

Parler de la fin de vie, c'est tout d'abord parler de la mort. La mort est le sort final, inéluctable de tous les êtres vivants. La définition classique de la mort est la cessation de toute activité biologique de l'individu qui se caractérise par l'arrêt cardiaque.

L'autre cas particulier de la mort est celui de la mort encéphalique, où le cœur et les poumons continuent de fonctionner. Cette conception est réductrice car l'homme n'est pas seulement des phénomènes biologiques. La mort, c'est aussi la disparition d'un être humain de la société d'hommes dans laquelle il vit. La mort sociale se devine même au-delà de la mort biologique. Il existe différentes formes dites médico-légales de la mort : on peut distinguer les cas de morts naturelles, les cas de morts subites, les cas de morts violentes.

La mort subite est définie comme un décès survenant moins de 24 heures après la survenue des premiers symptômes, très souvent quelques secondes voire quelques minutes après les premiers signaux d'alerte.

La mort violente regroupe les entités des suicides, des accidents et des homicides ; il s'agit de tous les décès en relation avec un processus extérieur, qu'il soit humain ou matériel. On devine déjà à travers ces quelques définitions que certains décès arrivent subitement sans que l'individu concerné ait eu le choix de son décès, que dans d'autres cas, la mort peut survenir volontairement par son propre acte ou l'acte d'une tierce personne et enfin que la mort naturelle s'impose à soi mais son déroulement notamment dans les derniers moments peut être choisi par le malade. Le malade reste au centre des interrogations concernant le thème de la fin de vie, tout comme le médecin.

Dans nos études de médecine, l'approche de la mort est un concept peu étudié. Le thème de la fin de vie a été progressivement mis au programme des études, compte tenu de l'évolution de la société et des progrès médicaux poussant toujours à une amélioration des thérapeutiques entraînant une augmentation de l'espérance de vie mais également à une augmentation croissante de certaines maladies liées au vieillissement comme les cancers ou les maladies neuro-dégénératives. Depuis plusieurs années, de nombreux services de soins palliatifs ont été créés et les hospitalisations à domicile gérées par des structures agréées ont vu le jour.

Le monde de la médecine s'intéresse enfin à la prise en charge de la fin de vie, spécialité à part entière tant elle nécessite et induit des soins particuliers. Lors des études universitaires de médecine, tout est axé sur le principal dogme abstentionniste « primum non nocere » : en premier ne pas nuire. Ce concept fait écho à un dogme éthique du principe de non malfaisance. La relation triangulaire médecin-malade-maladie est régie par ce principe. Devenir médecin pour accompagner un malade dans la mort et ne plus le soigner pour guérir peut provoquer un dilemme contradictoire chez le médecin qui rend difficile la pratique de cette spécialité. Cette dualité intellectuelle est également retrouvée dans le serment d'Hippocrate que tout étudiant passant son diplôme de doctorat en médecine se doit de réciter lors de sa thèse et se doit d'appliquer consciencieusement tout le long de sa pratique médicale : « *je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerais pas abusivement les agonies. Je ne provoquerais jamais la mort délibérément.* ». C'est dans l'étude de ces deux dernières phrases qu'on retrouve toute la difficulté de gérer une fin de vie : soulager les souffrances mais ne pas provoquer la mort.

Or les thérapeutiques utilisées actuellement pour abréger, soulager les souffrances physiques et psychiques d'une personne en fin de vie présentant une maladie incurable vont également entraîner l'arrêt cardiaque final plus rapidement et donc la mort survient plus prématurément. Tout médecin utilisant ces produits médicamenteux le sait et se retrouve donc devant un conflit intérieur éthique majeur. Heureusement, les études actuelles permettent de mieux appréhender ce type de conflit, mais les médecins de la génération antérieure ne connaissaient pas la manière de faire pour gérer ces fins de vies. Cela me rappelle mon expérience personnelle quand j'étais jeune interne en médecine générale, effectuant un stage en service d'hépto-entéro-gastrologie dans un centre hospitalier. En tant qu'interne et encore en formation, je devais être supervisée pour tous les actes médicaux que je pratiquais. Or, dans les cas de malade atteint de cancer incurable et dans une situation de souffrance physique, aucun médecin du service ne se décidait à prescrire ces thérapeutiques pour soulager la souffrance de ces

malades. Je devais donc de ma propre initiative prescrire ces traitements, les initier et parfois les réaliser. Les médecins en fin de carrière nous laissaient faire mais n'intervenaient pas.

Cette dualité si problématique pour certains doit être discutée avec le patient/malade qui est lui seul maître de son corps et de sa « destinée ». C'est dans ce contexte de choix offert au patient qu'ont été créés les lois relatives aux droits des malades et à la fin de vie, dit loi de Léonetti qui a été adoptée le 12 avril 2005. La rédaction de ce texte avait été confiée à deux députés chargés de rechercher un consensus après une série de consultations sur la fin de vie et la question sous-jacente de la législation de l'euthanasie ou du suicide assisté.

En 2016, une nouvelle loi Claeys-Leonetti a été étoffée de nouveaux concepts, compte tenu du retentissement de l'affaire Vincent Lambert. L'article 2 de cette loi retient un élément de jurisprudence du conseil d'État issu de l'affaire Lambert en disposant que la nutrition et l'hydratation artificielle constituent des traitements qui peuvent être arrêtés. L'article premier pose le principe général que « toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ». Ensuite cette loi confirme un principe de 2005 qui interdit l'obstination thérapeutique déraisonnable, c'est-à-dire la suspension conformément à la volonté du patient, du seul maintien artificiel de la vie. Toute la difficulté est dans le cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté. Dans ce cas, la décision est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire, après avoir recherché si le malade avait laissé des directives anticipées. Ce problème des directives anticipées et des malades ne pouvant exprimer leur volonté dans le cas de la fin de vie rejoint également le thème des prélèvements d'organes.

En effet, les lois régissant la réglementation sur les prélèvements d'organes mettent en avant l'obligation d'obtenir l'accord du patient avant tout acte. Dans le cas de prélèvement sur un individu vivant, l'accord est obtenu après avoir donné toutes les informations nécessaires. Mais que faire quand il existe un événement inattendu et soudain entraînant des troubles de la conscience, un coma aboutissant à un état de mort encéphalique empêchant le malade de faire part de ses choix ?

Tout d'abord, ce type de décès est très mal compris par la famille du patient en mort encéphalique, qui voit leur proche encore respirer avec une activité cardiaque. La mort est difficile à admettre alors que les différents examens montrent tous que le cerveau a arrêté de fonctionner. C'est pourtant dans ce cas précis que des prélèvements d'organes peuvent être envisagés comme le cœur, les poumons, le foie, les reins, la peau ; afin de faire bénéficier de greffe d'organes à des malades en attente parfois depuis de nombreuses années. Le premier réflexe de l'équipe de coordination des prélèvements d'organes sera de rechercher l'avis du patient de son vivant sur ce sujet. Le registre national des refus sera consulté en premier pour savoir si la personne y a été inscrite de son vivant, signant tout refus à des prélèvements. La personne doit faire connaître par tous les moyens sa position par rapport à ce sujet. Toute la difficulté réside dans les cas de personnes n'ayant jamais fait part de leur vivant de leur volonté. Les lois de bioéthiques parlent de consentement présumé, c'est à dire que toute personne est considérée comme consentante au don d'organes et de tissus si elle n'a pas manifesté son opposition de son vivant. Mais après le décès, le médecin demandera aux proches si le défunt s'était opposé ou non, en cas de refus catégorique de la famille, aucun prélèvement ne sera réalisé. Ces lois sont régulièrement révisées, les dernières datant de 2017. Ces notions rejoignent donc le concept de directive anticipée, si important dans la fin de vie.

Dans tous les cas pour la fin de vie, s'il n'existe pas de directive anticipée, la sédation profonde et continue jusqu'au décès doit être effectuée selon une procédure collégiale, à la demande du patient. S'il ne peut exprimer sa volonté, les proches seront consultés. Il existe dans ce cas la notion de personne de confiance qui sera consultée et recevra l'information nécessaire pour prendre la décision. Le témoignage de la personne de confiance prévaut donc sur tout autre témoignage. La personne de confiance doit être désignée par la malade par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Outre le choix de la personne de confiance, le malade peut également avoir le choix si cela est possible du lieu où ces thérapeutiques de la fin de vie seront réalisées et dans les conditions souhaitées. La prise en charge d'un patient en fin de vie peut être effectuée au domicile du malade ou dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social destiné aux personnes âgées. On voit apparaître de plus

en plus fréquemment des demandes d'hospitalisation à domicile pour réaliser ces actes liés à la fin de vie depuis quelques années. Le patient est plus désireux d'être chez lui entouré de ses proches pour terminer sa vie. Mais pour cela, il faut que la famille adhère à ce projet et soit présent aux côtés du malade, concept difficile à mettre en œuvre au vu de l'évolution sociétale du concept de la mort.

Dans notre société actuelle, la mort est un concept, un thème difficile à aborder, comme une sorte de tabou. Nous sommes passés de la mort solidaire à la mort solitaire avec une mutation profonde de la relation avec la mort. Au Moyen âge, la mort était apprivoisée : l'homme se préparait à mourir et attendait la mort qui était une cérémonie organisée par le mort lui-même ; les proches étaient passifs. Puis à partir du 18^{ème} siècle, après que plusieurs phénomènes apparaissent pour marquer la particularité de chaque individu, l'homme tend à dramatiser la mort de l'autre ; la mort devient une rupture avec un grand cérémonial ; les proches adoptent un deuil excessif. Au milieu du 20^{ème} siècle, la mort jusque là familière n'est plus la bienvenue. Elle devient honteuse, taboue, interdite. L'entourage du mourant a tendance à lui cacher la gravité de son état et l'issue prochaine, afin d'éviter à la société, à l'entourage, le trouble et l'émotion trop forte, insoutenable causée par la laideur de l'agonie et par la simple présence de la mort en pleine vie heureuse. Les manifestations apparentes du deuil disparaissent également. Il devient inconvenant d'exprimer sa peine en public. Différentes hypothèses sont soulevées pour expliquer cette évolution : pertes des repères religieux, émergence des nouvelles croyances, évolutions démographiques, évolution de l'image de la famille dans notre société... Il y a 100 ans, lorsqu'un voisin mourait, tout le monde y allait, on le visitait, le veillait, cela faisait partie de la vie. Dans les usages d'il y a à peine un siècle, la perte d'un parent entraînait au moins 2 ans de deuil. Aujourd'hui, lorsqu'une personne est en deuil, qu'elle vient de perdre un proche, rien ne doit transparaître. On ne le montre pas, on doit continuer sa vie et faire comme si tout allait bien. Le corps social a beaucoup de mal à lui apporter son soutien. Dans ce contexte toujours plus grand de technologisation de notre société où tout doit être contrôlé, la mort elle-même doit être sous contrôle. De l'ordre de 85 à 90% des décès se produisent hors des domiciles, le plus souvent dans un contexte médicalisé et parfois consécutifs par une décision médicale. Par décision médicale, on entend soit un arrêt des soins, soit un soulagement de la douleur soit l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté.

L'article 5 de la loi Leonetti Claeys rappelle ce principe que « toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement » et que « le médecin a l'obligation de respecter sa volonté après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité ». Une personne malade a donc le choix dans sa prise en charge thérapeutique et doit avoir à sa connaissance les conséquences de ses décisions. Mais cette connaissance qu'apportera le médecin ne sera qu'infime par rapport à l'étendue des connaissances médicales. Le malade décidera donc à l'aide d'informations qui ne pourront être que parcellaires.

La problématique du suicide médicalement assisté ou euthanasie prend toute son ampleur dans ce contexte. Cette pratique qui n'est pas autorisée en France, l'est dans d'autres pays tels que la Suisse, la Belgique, le Canada. Euthanasie signifie bonne mort en grec et désigne le fait d'avoir une mort douce. La législation des différents pays est source de grands débats. En Belgique, une loi de 2002 définit l'euthanasie comme étant l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. L'acte n'est autorisé que si le patient est majeur, capable et conscient au moment de sa demande qui doit être formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et que si le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée. Le médecin ayant à pratiquer cet acte est également soumis à de nombreux contrôles et doit rendre un rapport devant une commission. Depuis 2014, l'euthanasie est également autorisée sur les mineurs en Belgique (seul pays au monde). Les lois des différents pays sur l'euthanasie mettent également en avant le principe du droit de rédiger des directives anticipées. Certaines maladies dégénératives amenant progressivement à une démence et une perte de ses capacités mentales ne permettront pas au malade de choisir sa mort quand il sera à un stade avancé de la maladie. Tout comme une personne victime d'un accident et présentant un coma profond sans espoir de guérison, elle sera alors incapable et hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées sont révocables et révisables à tout moment.

Elles reposent sur le principe de la propriété de notre corps de notre vivant. Tous les êtres humains et

seuls les êtres humains, sont des personnes physiques, sujets de droits. Les personnes physiques acquièrent la personnalité juridique par la naissance et la perdent avec le décès.

Le décès doit être constaté médicalement et déclaré en mairie. Il met fin à la personnalité juridique. Le corps devient une chose de droit. Une chose a donc un propriétaire, qui semble être la famille. Néanmoins, ce propriétaire ne dispose finalement d'aucune des prérogatives habituellement attachées à cette qualité de propriétaire puisqu'il est tenu par le respect de la volonté du défunt, volonté exprimée ou présumée. Le défunt ayant été une personne, sera recherchée, lorsqu'il s'agira de s'intéresser au devenir de sa dépouille, l'expression de sa volonté avant la mort. En effet, la personne va, de son vivant, pouvoir "imposer" le devenir de son corps après le passage de vie à trépas, et demeurera en quelque sorte maîtresse de son corps, bien qu'ayant disparu. Dans le cas de la fin de vie, si aucune directive anticipée n'a été écrite ou si la personne n'a pas fait part de son vivant de sa volonté sur sa mort, alors la décision sera prise par la famille ; pouvant amener à d'importantes problématiques en cas de conflit familial comme fut le cas de Vincent Lambert.

Cette notion de propriété du corps est levée en cas d'obstacle médico-légal et d'enquête judiciaire lors d'un décès suspect. Le corps appartient alors à la justice qui peut décider d'une autopsie. C'est dans ce cadre que je pratique mon métier, où je réalise une autopsie sur demande du procureur de la République. Le corps est ensuite rendu à la famille après accord du Procureur. Je suis également amenée à réaliser des examens de corps sur des personnes en état de mort encéphalique pour décider d'un prélèvement d'organes en cas de décès suspect. Rechercher les causes de la mort passe obligatoirement par la réalisation d'une autopsie médico-légale, que la famille soit consentante ou non, mais surtout même si le défunt avait fait part de son vivant de son refus de pratiquer un tel acte. La volonté du défunt ne pourra donc pas être respectée dans ce cas. Cela peut poser problème dans les cas de suicide où l'autopsie doit être obligatoire ; où parfois le défunt écrit dans sa dernière lettre ne pas vouloir d'autopsie après son décès.

Choisir sa mort amène actuellement encore beaucoup de questionnements. De nombreux avis sont divergents, ils résultent de sa propre expérience, de son appartenance religieuse, du niveau socio culturel du pays où l'on vit, de notre rapport avec la mort et probablement d'une multitude de facteurs. Choisir sa mort, c'est surtout choisir de notre vivant, en toute connaissance de cause et après avoir été informé, les conditions dans lesquelles notre vie prendra fin. Parfois, la mort s'impose à nous soudainement ; ce choix ne peut être respecté ou ne peut être recueilli. Chaque cas est unique comme chaque parcours de vie est unique ; aucune loi ne pourra anticiper certaines situations qui ne trouveront de solution que dans la réflexion et la discussion, parfois sous tendues par de nombreux conflits.

D'un point de vue médical et en tant que soignant, le plus important dans la fin de vie est de respecter les choix de la personne, comme le veut la définition de la dignité : « respect que mérite quelqu'un. »

Quelques notes sur les témoignages ou questions qui ont suivi les exposés :

- Difficultés de la fin de vie pour soi et pour les autres...
- Comment recueillir valablement les directives anticipées ? Contenu, durée... ?
- Comment sont-elles prises en compte, appliquées ?
- Rôle de la personne de confiance, peut-elle être remise en cause ?
- Le poids des convictions, surtout religieuses, du médecin...
- La nécessaire anticipation des équipes soignantes, les relations avec le mourant et ses proches.
- La recherche de la sérénité dans ces moments ultimes.
- Le manque de moyens humains face à notre population qui vieillit et qui s'urbanise.
- Les refus ou l'agressivité du malade, du mourant, vis-à-vis des soignants ou de ses proches.
- Les progrès de la médecine et de la chirurgie qui permettent les greffes et la survie de personnes malades ou déficientes.
- Donc la nécessité du don d'organes, prélevés sur des personnes en état de mort encéphalique.

- Le suicide assisté ou l'euthanasie restant interdits en France, il ne reste que le suicide pour choisir « sa » mort si on refuse une longue maladie ou la solitude de la vieillesse.
- La « sédation profonde et continue » ne doit pas être confondue avec l'euthanasie (voir <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichesedation.pdf>)
- Savoir comment on veut vivre, c'est penser à sa vieillesse et à sa mort : accepte-t-on la maladie, l'isolement, la dépendance ?
- Il faut réfléchir ensemble sur ces grandes questions, il manque des lieux pour le faire...
- Comment agir pour qu'on continue de progresser et que notre pays accepte ce qui se fait en Belgique ou en Suisse ?
- ...

Extrait de l'Utopie de Thomas More, lu en fin de réunion, ce texte de 1516 n'a-t-il pas 500 ans d'avance sur la loi Leonetti ?

« J'ai déjà dit quels soins affectueux les Utopiens ont pour les malades ; rien n'est épargné de ce qui peut contribuer à leur guérison, soit en remèdes, soit en aliments.

Les malheureux affligés de maux incurables reçoivent toutes les consolations, toutes les assiduités, tous les soulagements moraux et physiques capables de leur rendre la vie supportable. Mais, lorsque à ces maux incurables se joignent d'atroces souffrances, que rien ne peut suspendre ou adoucir, les prêtres et les magistrats se présentent au patient, et lui apportent l'exhortation suprême.

Ils lui représentent qu'il est dépouillé des biens et des fonctions de la vie ; qu'il ne fait que survivre à sa propre mort, en demeurant ainsi à charge à soi-même et aux autres. Ils l'engagent à ne pas nourrir plus longtemps le mal qui le dévore, et à mourir avec résolution, puisque l'existence n'est pour lui qu'une affreuse torture.

« Ayez bon espoir », lui disent-ils, « brisez les chaînes qui vous étreignent et sortez vous-même du cachot de la vie ; ou du moins consentez à ce que d'autres vous en délivrent. Votre mort n'est pas un refus impie des bienfaits de l'existence, c'est le terme d'un cruel supplice. »

Obéir, dans ce cas, à la voix des prêtres interprètes de la divinité, c'est faire une œuvre religieuse et sainte.

Ceux qui se laissent persuader mettent fin à leurs jours par l'abstinence volontaire, ou bien on les endort au moyen d'un narcotique mortel, et ils meurent sans s'en apercevoir. Ceux qui ne veulent pas de la mort n'en sont pas moins l'objet des attentions et des soins les plus délicats ; quand ils cessent de vivre, l'opinion publique honore leur mémoire. »

Annexe : Document sur les directives anticipées.

Bibliographie :

La mort de Vladimir Jankélévitch

Réparer les vivants de Maylis de Kérangal

Le manuel d'Épictète